


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

O ponto de partida deste GT foram as demandas identificadas por indígenas e psicólogos participantes dos encontros. Ali foram apontadas, como principais necessidades no campo da saúde mental indígena, o fortalecimento da identidade nativa, na redução do índice de suicídio e do uso de álcool e outras drogas.

Em consideração à necessidade de interlocução da Psicologia e dos psicólogos com os diversos atores envolvidos na questão, e também com outros campos do saber, o GT foi criado com os seguintes objetivos:

Afirmar a importância da Psicologia e do psicólogo na promoção da saúde indígena.

Proporcionar encontros e diálogo entre psicólogos, indígenas e os demais profissionais que atuam neste campo.

Ampliar espaços de troca entre os psicólogos interessados no tema ou que trabalhem com indígenas.

Sistematizar e divulgar o produto de reflexões coletivas, as quais possam servir de referência para a atuação dos psicólogos no campo da saúde mental indígena.

Publicado 30/8/2011

Acordo de Jokkmokk

Acordo de Jokkmokk

Publicado 13/12/2010

Jornalismo irresponsável com povos indígenas

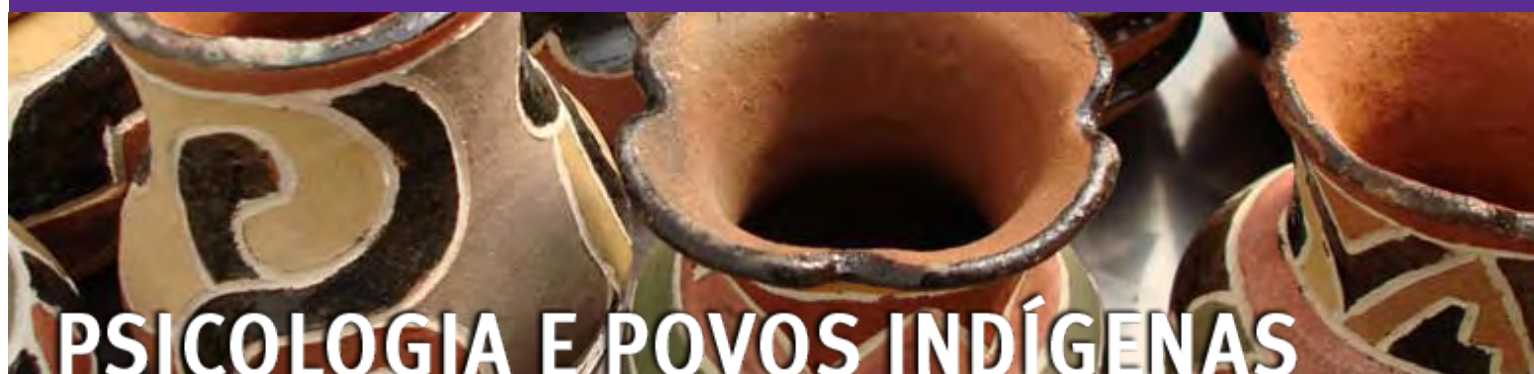
Jornalistas mal preparados a serviço de meios de comunicação que representam grupos religiosos cometem falta ética grave e aumentam o racismo contra os Povos Indígenas.

Publicado 13/12/2010

TROCA DE CARTAS ENTRE ROSI WAIKHON E MÁRCIA SUZUKI

Após a matéria do Domingo Espectacular a índio Rosi Waikhon escreve para a missionária Márcia Suzuki da ONG Atini

mais notícias...

[Membros](#)[Contato](#)[Objetivos](#)[Antecedentes](#)[Legislação específica](#)[Mapa da População](#)[Ações realizadas](#)[Sistematização 2009](#)[Projeto 2010](#)[Grupo de Estudos](#)[Imagens](#)[Vídeos](#)[Livro](#)[Notícias](#)[Interação](#)[E-Grupo](#)[Agenda](#)[Links](#)[Textos](#)[Envie seu texto](#)

Membros

Coordenador: Luiz Eduardo Valiengo Berni

Membros:

Bruno Simões Gonçalves

Danilo Silva Guimarães (São Paulo)

Elizabeth Passero Pastore - (Itanhaém)

Lumena C. Teixeira – (Região Baixada Santista e Vale do Ribeira)

Márcio José Alvin do Nascimento (São Paulo)

Sergio Garcia – (Região de Sorocaba)

Vanessa Cardoso S. Vaiti – Região de Assis (Indígena Kaingang e psicóloga)

[Membros](#)[Contato](#)[Objetivos](#)[Antecedentes](#)[Legislação específica](#)[Mapa da População](#)[Ações realizadas](#)[Sistematização 2009](#)[Projeto 2010](#)[Grupo de Estudos](#)[Imagens](#)[Vídeos](#)[Livro](#)[Notícias](#)[Interação](#)[E-Grupo](#)[Agenda](#)[Links](#)[Textos](#)[Envie seu texto](#)

Contato

Nome:

E-mail:

Assunto:

Mensagem:


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Objetivos

O ponto de partida deste GT foram as demandas identificadas por indígenas e psicólogos participantes dos encontros. Ali foram apontadas, como principais necessidades no campo da saúde mental indígena, o fortalecimento da identidade nativa, na redução do índice de suicídio e do uso de álcool e outras drogas.

Em consideração à necessidade de interlocução da Psicologia e dos psicólogos com os diversos atores envolvidos na questão, e também com outros campos do saber, o GT foi criado com os seguintes objetivos:

Afirmar a importância da Psicologia e do psicólogo na promoção da saúde indígena.

Proporcionar encontros e diálogo entre psicólogos, indígenas e os demais profissionais que atuam neste campo.

Ampliar espaços de troca entre os psicólogos interessados no tema ou que trabalhem com indígenas.

Sistematizar e divulgar o produto de reflexões coletivas, as quais possam servir de referência para a atuação dos psicólogos no campo da saúde mental indígena.


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Antecedentes

2008 - Constituição do GT Psicologia e Povos Indígenas

Desde março de 2008, as reuniões do GT são realizadas na sede do CRP SP, ordinariamente em periodicidade mensal. As convocatórias e as atas das reuniões são divulgadas no grupo eletrônico.

2006 - Grupo eletrônico Psicologia-Indígenas

Uma rede em construção permanente que reúne, além de psicólogos, profissionais de outras áreas, pesquisadores, alunos de graduação e indígenas, identificados com as lutas dos povos indígenas brasileiros e de toda a América Latina.

Iniciado em outubro de 2006, é um espaço de livre diálogo, para troca de experiências e conhecimentos, visando qualificar discussões e práticas, especialmente no campo da saúde mental indígena. Atualmente conta com mais de 140 participantes e pode ser acessado pelo endereço eletrônico psicologia-indigenas@yahoogrupos.com.br

2005 - Levantamento de psicólogos no estado de São Paulo

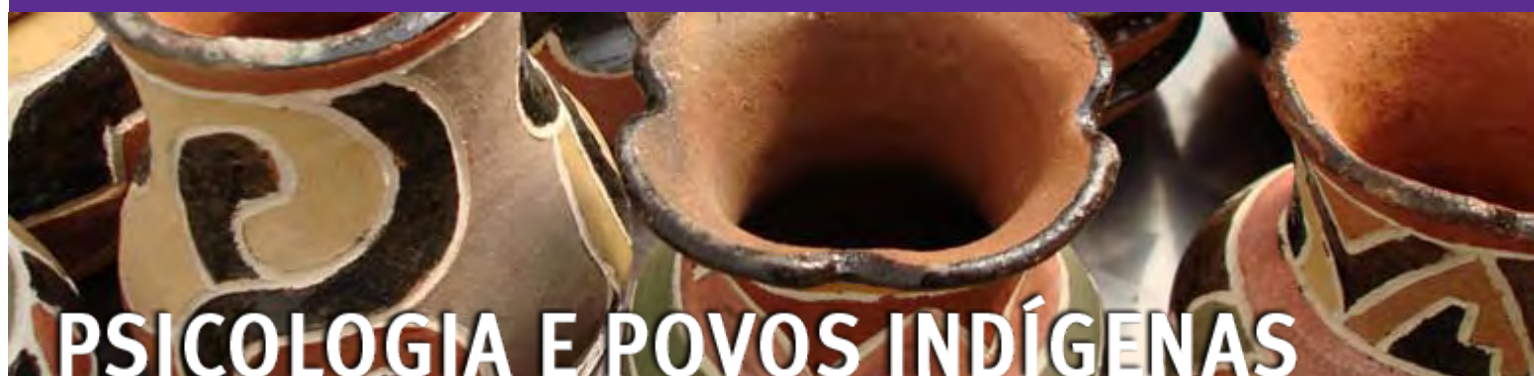
Durante 2005 e parte de 2006, buscamos identificar psicólogos que trabalhassem com indígenas no Estado, a partir de consultas a universidades, organizações governamentais e não-governamentais, além de chamada permanente no site do CRP-SP. Apesar do empenho, poucos contatos se efetivaram. No entanto, esse levantamento inicial levou à constituição de um grupo eletrônico, que prossegue agregando e articulando pessoas em torno do tema.

2004 - Seminário Subjetividade e Povos Indígenas

Realizado em Luziânia, DF, de 5 a 7 de novembro de 2004. Promovido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), teve como objetivo principal aproximar a Psicologia da questão indígena, cumprindo um dos encaminhamentos do IV Congresso Nacional de Psicologia - IV CNP, que deliberou que os Conselhos de Psicologia deveriam "inserir a Psicologia nas questões relativas aos povos indígenas brasileiros".

Participaram do seminário cerca de 50 nativos, representando 37 aldeias de 11 Estados brasileiros, pertencentes a 23 etnias: Xukuru, Xukuru de Ororubá, Kawbiwa, Karajá Xmbioá, Karajá, Gavião, Arara, Aikanã, Sabanê, Apurinã, Macuxi, Bororo, Terena, Xerente, Canela, Kingang, Guajajara, Guarani/Kaiowá, Wapichana, Tucano, Mayoruna, Maxakali e Karitiana. Além das lideranças indígenas, participaram dez missionários do CIMI e 15 psicólogos representando os diversos regionais, entre eles Lumena Celi Teixeira, do CRP SP.

Várias **ações** foram empreendidas no sentido de favorecer a interlocução entre psicólogos que atuam nesse campo e destes com outros profissionais e representantes indígenas, culminando com a criação do GT em março de 2008.


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Legislação específica

A possibilidade de permuta de terra da União de ocupação tradicional do Povo Xavante, no Estado do Mato Grosso / 2011. Considerações jurídicopolíticas

12.416 / 2011 que altera artigo da Lei 9394/96 (Educação Superior Indígena)

Decreto Federal nº. 6.861, de 27.05.2009: Dispõe sobre a Educação Escolar Indígena, define sua organização em territórios etnoeducacionais, e dá outras providências.

Resolução SS-SP 72 / 2008 - Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população indígena, e dá outras providências

Resolución aprobada por la Asamblea General (Naciones Unidas) 61 / 295 de 13 de septiembre de 2007 - Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

Portaria 2.759 / 2007 do Ministério da Saúde - Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.

Portaria 2.656 / 2007 do Ministério da Saúde - Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

Portaria 204 / 2007 do Ministério da Saúde - Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - 27 a 31 de março de 2006

Portaria 645 / 2006 do Ministério da Saúde - Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Carta de Brasília 2005 - Ministério da Saúde do Brasil, Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde - Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 - OMS, Geneva

Portaria 70 / 2004 GM do Ministério da Saúde - Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

Decreto 5.051 / 2004 - Promulga a Convenção nº 169 da OIT sobre povos indígenas

Decreto 143/2002 - Aprova o texto da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre os Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes

Portaria 254/2002 do Ministério da Saúde - Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Lei 10.406/2002, institui o Código Civil - Que determina que a capacidade dos índios será regulada por legislação específica.

Decreto 4.229/2002 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos

Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001

Decreto 3.799/2001 - Altera dispositivos do Decreto 1.141/1994, que dispõe sobre proteção ambiental, saúde e apoio à comunidades indígenas.

Resolução MS / CNS 304/2000 - Aprova Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas

Resolução do Conselho Nacional de Educação 03/1999 - Fixa diretrizes especiais para a educação escolar indígena, de acordo com o estipulado na Lei 9.394/96.

Portaria 1.163/1999 do Ministério da Saúde - Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Portaria 852/1999 da Funasa - Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Decreto 3.156/1999 - Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá out

Lei 9.836/1999 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.

Lei 7.716/1989 - Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor
Portaria Interministerial MJ e Mec 559/1991 Cria a Coordenação Nacional de Educação Indígena e dá outras providências

Decreto 1.775/1996 - Dispõe sobre procedimento administrativo de demarcação de Terras Indígenas e dá outras providências

Lei 9.394/1996 - Fixa as diretrizes e bases para a educação nacional, e estabelece regras especiais para a educação escolar indígena.

Decreto 1.141/1994 - Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas

Lei 8.742/1993 - Dispõe sobre a organização da assistência social

Decreto 592/1992 - Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

Decreto 591/1992 - Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

Decreto 26/1991 - Dispõe sobre a educação indígena no Brasil.

Decreto 25/1991 - Dispõe sobre programas e projetos para assegurar a auto-sustentação dos povos indígenas.

Decreto 24/1991 - Dispõe sobre as ações visando a proteção do meio ambiente em terras indígenas.

Decreto 23/1991 - Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à

saúde das populações indígenas.

Decreto 22 / 1991 - Dispõe sobre o processo administrativo de demarcação das terras indígenas e dá outras providências.

Lei 8.080 / 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Constituição Federal - Artigos 231, 232, 210 parágrafo 2o, 215 e 216

Lei 6.001 / 1973 - Dispõe sobre o Estatuto do Índio.

Lei 5.371 / 1967 - autoriza a instituição da Fundação Nacional dos Índios e dá outras providências.

Decreto 58.824 / 1966 - Promulga a Convenção nº 107 sobre as populações indígenas e tribais

<http://www.crsp.org.br/povos/povos/mapa.aspx>[17/05/2018 13:31:03]



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ações Realizadas

2009 – COLÓQUIO PSICOLOGIA E POVOS NATIVOS: UM ENCONTRO TRANSDISCIPLINAR – Evento preparatório para VII Congresso Nacional da Psicologia (CNP)

Realizado em 13 de novembro na Sede do CRP SP, na Capital.

Comissão Organizadora:

Camila R. Los Reis Fidalgo; Elisabeth P. Pastore; Eurico Sena Baniwa; Lucila de J. M. Gonçalves; Lumena C. Teixeira, Luiz E. V. Berni; Fernando Luiz Zanetti, José Ricardo Portela

Convidados:

Marcos Tupã – Liderança Guarani da Aldeia Krukutu, membro da Comissão Nacional de Política Indigenista.

Maria Inês Ladeira – Mestre em Antropologia Social e Doutora em Geografia Humana. Sócia fundadora e coordenadora de projetos do Centro de Trabalho Indigenista (SP).

Paulo Roberto Martins Maldos – Psicólogo, trabalhou com educação popular junto a setores populares, urbanos e rurais de todo o País, por meio do Cepis – Centro de Educação Popular do Instituto Sedes Sapientiae (SP), de 1978 a 1991. Foi assessor político do Secretariado Nacional do Cimi – Conselho Indigenista Missionário (organismo da CNBB, Brasília) de 1991 a 2009. Desde abril de 2009 é assessor especial da Presidência da República, atuando principalmente na interlocução com os povos e organizações indígenas e movimentos sociais do campo brasileiro.

2009 – ENCONTROS INTERDISCIPLINARES PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS – Tupã

Realizado em 2 de outubro de 2009, em parceria com a Subsede de Assis.

Comissão Organizadora:

Camila R. Los Reis Fidalgo; Elisabeth P. Pastore; Eurico Sena Baniwa; Lucila de J. M. Gonçalves; Lumena C. Teixeira, Luiz E. V. Berni; Fernando Luiz Zanetti, José Ricardo Portela

Convidados:

Robson Rodrigues – Graduação em Ciências Sociais, concentração em Antropologia, pela Unesp. Especialista em Etnologia Indígena pelo Cepel. Mestre em Arqueologia pelo Museu de Arqueologia e Etnologia da USP. Doutor em Etnoarqueologia pelo MAE/USP. Pós-doutorando e pesquisador do Centro de Estudos Indígenas Miguel Algel Menendez – Ceinam/Unesp. Coordena o GT que estuda a viabilidade de demarcação de território Indígena em Barão de Antonina e Itaporanga.

Daniela Araújo – Etno-historiadora, mestre em História pela Unesp de Assis, atualmente trabalha em pesquisa sobre Educação Guarani, na linha de políticas públicas.

Bianca Sordi Stock – Psicóloga, mestrande e bolsistas CNPq do PPG de Psicologia Social Institucional da UFRGS. Acompanha desde 2000 a comunidade Kaingang em Porto Alegre. Compõe o GT Saúde Mental Indígena da Funasa-RS, a convite do Ministério da Saúde, colaborando como consultora técnica. Membro da Comissão de Direitos Humanos do CRP-RS.

2009 – ENCONTROS INTERDISCIPLINARES PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS – Boiçucanga, São Sebastião

Realizado em 29 de maio de 2009, em parceria com a Subsede Vale do Paraíba e Litoral Norte.

Comissão Organizadora:

Camila R. Los Reis Fidalgo; Elisabeth P. Pastore; Eurico Sena Baniwa; Lucila de J. M. Gonçalves; Lumena C. Teixeira, Luiz E. V. Berni; Tânia Elena Bonfim, José Ricardo Portela e Cilene de Aguiar Apolinário.

Convidados:

Vanessa Caldeira – Antropóloga e mestre em Ciências Sociais (PUC-SP), atua na Casa de Saúde Indígena de São Paulo.

Cláudio Loureiro – Psicólogo e especialista em Dependência Química (Poad/Unifesp). Atua no Hospital Estadual de Serraria (Diadema). É supervisor insitucional do CAPS-AD de São Matheus e do Projeto Novos Rumos de Várzea Paulista, coordenador clínico do Projeto Quixote e docente do curso de especialização em Dependência Química do Proad/Unifesp.

2009 – ENCONTROS INTERDISCIPLINARES PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS – Itanhaém

Realizado em 26 de junho de 2009, em parceria com a Subsede Baixada Santista e Vale do Ribeira.

Comissão Organizadora:

Camila R. Los Reis Fidalgo; Elisabeth P. Pastore; Eurico Sena Baniwa; Lucila de J. M. Gonçalves; Lumena C. Teixeira, Luiz E. V. Berni; Tânia Elena Bonfim, José Ricardo Portela e Cilene de Aguiar Apolinário.

Convidados:

Maria Dorothea Post Darella – Antropóloga, mestre em Sociologia Política (UFCS) e doutora em Ciências Sociais/ Antropologia (PUC-SP). Integra a Comissão de Apoio aos Povos Indígenas (Capil) e da Comissão Interinstitucional para Educação Superior Indígena (Ciesi). Pesquisadora do Laboratório de Etnologia Indígena /UM/Searte/UFSC, desenvolve atuação, pesquisa e extensão com índios guarani em aldeias do litoral catarinense.

Carlos Alberto Coloma – Médico (Córdoba, Argentina), com PhD em Antropologia, formação em Antropologia Médica e Etnopsiquiatria pela Universidade de Montreal, Canadá. Epidemiólogo de Intervenção, trabalha com a população indígena desde 1976 em países do continente americano. É gerente da Área Técnica de Saúde Mental do Projeto VIGISUSII do Ministério da Saúde.

2008 – COLÓQUIO PSICOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Realizado em 28 de novembro de 2008, em São Paulo, na sede do CRP-SP.

Comissão Organizadora:

Camila R. Los Reis Fidalgo; Eilsabeth P. Pastore; Eurico Sena Baniwa; Lucila de J. M. Gonçalves; Lumena C. Teixeira, Luiz E. V. Berni; Maria dos Prazeres N. Loureiro; Marília Vizzoto e Tânia Bonfim

Mesa-redonda: Antropologia, Saúde e Povos Indígenas

Coordenação: Lumena Celi Teixeira (Psicóloga) Mestre em Psicologia Social e Conselheira do CRPSP, Coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas

Expositor: Dr. Rinaldo Sérgio Vieira Arruda – (Antropólogo) Professor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP; coordenador do Núcleo de Estudos de Etnologia Indígena, Meio Ambiente e Populações Tradicionais da PUC-SP.

Expositora: Helena Stilene de Biase – (Antropóloga) Gerente de Projetos da Coordenação Geral de Educação da Fundação Nacional do Índio, coordena a Ação de Atendimento a Adolescentes e Jovens Indígenas em situação de Risco Social.

Mesa-redonda: Promoção de Saúde Mental Indígena

Coordenação: Elisabeth Passero Pastore – (Psicóloga) Especialista em Psicologia Social, Responsável Técnica pela área de Saúde Mental Indígena da Coordenação Regional de São Paulo da FUNASA

Expositora: Vanessa Caldeira (Antropóloga) Mestre em Ciências Sociais pela PUC_SP e Sócia Consultora da Comissão Pró-Índio de São Paulo

Expositora: Joana Garfunkel (Psicóloga), Psicóloga Clínica, trabalha com projetos de educação e cultura, articulando Psicologia com literatura e música, atua no Programa Tamoromu da CASAI SP.

2008 - ENCONTRO MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO AOS POVOS INDÍGENAS

Realizado em 8 de maio de 2008, em Santos, na subsede Baixada Santista e Vale do Ribeira do CRP-SP.

Tema gerador: Atenção aos Povos Indígenas e a Perspectiva da Transdisciplinaridade

Coordenação: conselheira Lumena Celi Teixeira

Convidados:

Luiz Eduardo Valiengo Berni, psicólogo, Doutor em Psicologia e Mestre em Ciências da Religião, diretor da Thot Desenvolvimento Humano e membro fundador do CETRANS - Centro de Educação Transdisciplinar.

Eurico Sena Baniwa, indígena, bacharel em Filosofia e Teologia, coordenador do Centro de Estudos Avançados das Nações Indígenas - NEAI (SP). Gestor da Comissão Intersecretarial de Monitoramento e Gestão da Diversidade (Secretaria do Trabalho, SP). Membro da Associação Indígena do Mérito Rio Negro - ACMIRIM. Membro do Núcleo de Estudos Jurídicos do Indígena - SP.

2007 - I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS HUMANAS SOBRE QUESTÕES INDÍGENAS

Realizado em 3 de agosto de 2007, no auditório do CRP-SP.

Tema gerador: Contribuições e desafios das Ciências Humanas às questões indígenas

Coordenação: conselheira Lumena Celi Teixeira

Expositores e trabalhos apresentados:

Luiz E. V. Berni, psicólogo: "Contribuições da transdisciplinaridade para o diálogo com a questão indígena".

Marcelo Lemos, historiador: "Dificuldades para o estudo da população indígena Yanomami em Roraima"

Elisa Sayeg, pedagoga: "Educação Escolar Indígena, Literatura e Línguas Indígenas: Conceitos Básicos"

Lucila de Jesus M. Gonçalves, psicóloga: "Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena"

Gleise Arias, psicóloga: "Oficinas terapêuticas de foto e vídeo como forma de intervenção em comunidades indígenas Guarani M'bya de São Paulo"

2007 - PROGRAMA TV DIVERSIDADE

Edição nº 68 - versou sobre Questões Indígenas em abril de 2007, registrando o 1º Colóquio, **clique aqui e confira**.

2007 - COLÓQUIO PSICOLOGIA e POVOS INDÍGENAS Realizado em 30 de março de 2007, no auditório do CRP-SP.

Evento preparatório para o VI Congresso Nacional da Psicologia, no qual foram elaboradas diversas teses para apreciação no COREP.

Além da exposição de cerâmicas e artesanato tradicional, constou de três mesas redondas:

1. Os Desafios na Relação com a Sociedade Nacional, sob a Ótica das Lideranças Indígenas

Coordenação: Profa. Sonia Grubits

Expositores:

Francisco Matshua, presidente da Associação dos Índios Kadiwéu.

Maria Matshua, ceramista, dirige a Cooperativa das Mulheres Ceramistas da Aldeia Alves de Barros da Reserva Kadiwéu da Bodoquena, em MS.

Cacique Altino dos Santos, liderança guarani da aldeia Boa Vista, em Ubatuba, SP.

Cacique Antônio da Silva, liderança guarani da aldeia Renascer, em Ubatuba, SP.

Cacique Davi, liderança guarani da aldeia Aguateú, em Monguaguá, SP.

2. Análise da Situação nas Aldeias: Educação e Saúde

Coordenação: conselheira Lumena Celi Teixeira

Expositores:

Dora Pankararu, pedagoga, liderança Pankararu, funcionária da CASAI e membro do Conselho Estadual dos Povos Indígenas (SP), componente do Núcleo de

Educação Indígena da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo.

Hilário da Silva, enfermeiro da FUNASA, da etnia Kadiwéu.

Newton Gonçalves de Figueiredo, enfermeiro da FUNASA, profissional do Distrito Sanitário Especial Indígena, DSEI - MS; responsável pela Vigilância Epidemiológica, DST/AIDS e Casa do Índio - MS.

3. A Psicologia e o Compromisso com as Questões Indígenas

Coordenação: conselheira Lumena Celi Teixeira

Expositores:

Yanina Otsuka Stasevskas, psicóloga, integrante do Projeto Yvy Rupa A terra é uma só, membro da Comissão de Direitos Humanos do CRP-SP.

Dr. Ivan Darrault-Harris PhD, professor da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris, pioneiro nos estudos em Psicosemiótica no mundo; no Brasil pesquisa a questão indígena desde 1997.

Dr^a. Sonia Grubits, psicóloga, professora e coordenadora do programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, em MS. Pesquisa a questão indígena de grupos de MT e MS desde 1990, com livros e artigos publicados sobre o assunto.

TESES RELACIONADAS AOS POVOS INDÍGENAS, APROVADAS PELOS PSICÓLOGOS NO VI CNP

O Colóquio Psicologia e Povos Indígenas (CRP-SP, 30/3/2007) foi realizado como evento preparatório ao VI CNP. As teses ali produzidas foram encaminhadas primeiramente para apreciação no VI COREP e o material ali aprovado seguiu para debate com a categoria em âmbito nacional. A seguir apresentamos os textos aprovados.

TESES APROVADAS NO VI CNP - CONGRESSO NACIONAL DA PSICOLOGIA (Brasília, 14 a 17 de junho de 2007)

Segundo consta no respectivo Caderno de Deliberações, estas foram as diretrizes aprovadas pela categoria para balizamento das ações do Sistema Conselhos de Psicologia no período 2007-2010:

- 42) Compromisso com os direitos sociais: os povos indígenas:
- a) Incentivar a definição de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas que considerem as diferenças entre as etnias e as especificidades regionais, garantindo a participação dos mesmos no planejamento das políticas;
 - b) Apoiar iniciativas dos povos indígenas de ampliação e qualificação da escolarização, inclusive sua inserção nas universidades;
 - c) Promover debates, seminários, trocas culturais entre a categoria e as comunidades indígenas, em especial as da sua região, visando à apropriação da temática pelos psicólogos;
 - d) Estabelecer parcerias com entidades da Psicologia para discussão da temática indígena, no âmbito das instituições formadoras de psicólogos, garantindo a interdisciplinaridade necessária;
 - e) Incluir as questões indígenas no esforço da construção da Psicologia Latino-Americana, junto à União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI).

TESES APROVADAS NO VI COREP - CONGRESSO REGIONAL DA PSICOLOGIA (São Paulo, 4 a 6 de maio de 2007)

Nº Tese: 0112

Tema da Tese: PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS - Políticas Públicas voltadas aos indígenas

Eixo: Intervenção dos Psicólogos nos Sistemas Institucionais

Diretriz(es) para ação do sistema conselhos:

- 1) Contribuir para que a temática indígena seja inserida nos debates e na formulação de políticas públicas.
- 2) Apoiar a auto-sustentação dos povos indígenas.

Encaminhamentos:

- a) Incentivar definição de políticas públicas que enfatizem a presença do povo indígena na nossa cultura e considerem as diferenças entre as etnias.
- c) Apoiar politicamente as iniciativas que fortaleçam o movimento indígena e as condições de sua auto-sustentação.
- d) Apoiar campanhas pela demarcação das terras indígenas.
- e) Apoiar iniciativas de ampliação e qualificação da escolarização do povo indígena, inclusive sua inserção nas universidades.

Nº Tese: 0113

Tema da Tese: PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS - Referências para o exercício profissional

Eixo: Intervenção dos Psicólogos nos Sistemas Institucionais

Diretriz(es) para ação do sistema conselhos:

- 1) Criação de referências para o exercício profissional dos psicólogos na relação com os povos indígenas, observados os pressupostos do respeito à diversidade e a valorização das identidades culturais.

Encaminhamentos:

- a) Criação de referências para o exercício profissional dos psicólogos na relação com os povos indígenas, observados os pressupostos do respeito à diversidade e a valorização das identidades culturais.
- b) Promoção de debates, seminários, trocas culturais entre a categoria, outras categorias profissionais e as comunidades indígenas, em especial as da sua região, visando a apropriação da temática pelos psicólogos.
- c) Estabelecer parcerias com a ABEP e as instituições formadoras para discussão da temática indígena.
- d) Formalizar parcerias com organizações da sociedade civil para defesa e conhecimento da realidade desses povos.
- e) Divulgar a importância do trabalho do psicólogo junto a instituições governamentais e não-governamentais.
- f) Estimular ações que visem garantir o lugar do profissional de saúde mental, inclusive o psicólogo, na FUNASA e na Casa de Saúde do Indígena.
- g) Incluir as questões indígenas no esforço da construção da Psicologia Latino-americana, junto à ULAPSI.
- h) Estimular e dar visibilidade às pesquisas em psicologia sobre a questão indígena, que impactem na melhoria das condições de vida desta população e possibilitem sua valorização pela sociedade como um todo.

ENDEREÇO DO GRUPO ELETRÔNICO:
psicologia-indigenas@yahoogrupos.com.br

Texto-convite:

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo tomou a iniciativa de criar este grupo de discussão de maneira a aproximar psicólogos e demais pessoas sintonizadas com a saúde e as lutas dos povos indígenas brasileiros.

A Psicologia, enquanto ciência, tem pouco acúmulo nesse campo, e os psicólogos que atuam nessa área sentem-se isolados em suas práticas. Esse trabalho pressupõe outras fontes, por isso sintam-se bem-vindos antropólogos, cientistas sociais, pedagogos, educadores e outros.

Venham trocar experiências e conhecimentos e qualificar as discussões sobre políticas de atendimento aos indígenas. Torcemos para que se apropriem do espaço, divulguem e incluam novos interessados.
Bem-vindos!

Lumena Celi Teixeira
Conselheira do CRP-SP


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Sistematização dos Encontros Realizados em 2009

Apresentação

A estrutura adotada para o desenvolvimento dos Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas têm se caracterizado por três momentos distintos:

(1) Aquecimento reflexivo - Nesse primeiro momento, são convidados palestrantes para uma mesa-redonda de aquecimento dos participantes sobre a temática. Geralmente um psicólogo e um antropólogo têm sido convidados a trazerem suas contribuições, experiências e reflexões sobre o atendimento e/ou estudo com as populações nativas.

Uma mesa de abertura tem sido sempre preparada de modo que se possa fazer uma ligação do evento em curso com os eventos anteriores. Nessa mesa, além da conselheira coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas, participam gestores da subsede do CRP SP que está coproduzindo o evento, além de autoridades locais que estão apoiando os trabalhos. Tem-se tomado o cuidado também de se garantir a presença de representantes das Comunidades Indígenas da região onde acontecem os eventos. No evento de Itanhaém, estava presente Luiz Karai, que é conselheiro distrital; no evento de Boçucanga, estavam os caciques Celso, Renato e Mariano das aldeias da região. Todos da etnia guarani. No evento de Tupã, havia aproximadamente 60 indígenas das etnias guarani, krenak, kaingang e terena. Na mesa com as lideranças estavam presentes: Darã, vice-presidente distrital, os caciques Josoane e Gerson, além das lideranças Dona Juraci, e Ranufo.

(2) Busca por referenciais – Neste segundo momento, os participantes são divididos em subgrupos, pelos quais se procura manter a representatividade profissional, ou seja, a partir de uma rápida sondagem da composição profissional dos participantes, é realizada uma divisão de grupos de modo que se garanta a representatividade. Tem sido comum a participação, além de psicólogos, de outros profissionais da Saúde (enfermeiros e médicos), da Educação (professores e pedagogos) e da Assistência Social.

Além da divisão em subgrupos, a metodologia adotada contemplou a leitura coletiva de um breve texto disparador, "Rede Atenção aos Povos Indígenas" (em anexo). As discussões que se seguiram foram orientadas por duas questões chaves:

- Quais as possíveis contribuições dos profissionais de Psicologia na construção de uma Rede de Atenção aos Povos Indígenas?
- Quais as ações conjuntas, possíveis de serem articuladas por este coletivo, que poderiam ser realizadas para melhor atender às necessidades das aldeias indígenas desta região?

Os subgrupos foram coordenados por membros do GT cuja tarefa foi a de possibilitar o diálogo entre os presentes, além de sintetizar a produção do grupo. No final dos trabalhos, cada grupo fez coletivamente uma apresentação de sua produção.

No evento de Tupã, realizou-se uma discussão em plenária.

(3) Sistematização da produção - A sistematização da produção foi realizada após os eventos e se deu em três etapas:

- a. Primeiramente, os coordenadores dos subgrupos ficaram responsáveis por elaborar uma síntese, que foi digitada e encaminhada à coordenadora do GT;
- b. A coordenadora reuniu as contribuições num único documento, fazendo pequenos ajustes de redação;
- c. Por fim, uma nova leitura foi realizada desse material, procurando-se extrair seus elementos fundamentais; a partir dessa releitura, procurou-se encontrar categorias de classificação, com o cuidado de manterem-se os textos originais para verificação.

Este relatório é o reflexo da última etapa da sistematização do trabalho.

Inicia-se, porém, a título introdutório, com uma apresentação dos fundamentos assumidos para realização dos trabalhos que ainda estão em curso.

1. FUNDAMENTO GERAL DA PROPOSTA DE TRABALHO

1.1 Teses do VI CNP

As seguintes teses foram aprovadas no VI Congresso Nacional da Psicologia (CNP) realizado em Brasília, em junho de 2007, as quais se constituem na orientação básica das ações do GT Psicologia e Povos Indígenas do CRP SP.

- a. Incentivar a definição de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas que considerem as diferenças entre as etnias e as especificidades regionais, garantindo a participação dos mesmos no planejamento das políticas;
- b. Apoiar iniciativas dos povos indígenas de ampliação e qualificação da escolarização, inclusive sua inserção nas universidades;
- c. Promover debates, seminários, trocas culturais entre a categoria e as comunidades indígenas, em especial as da sua região, visando a apropriação da temática pelos psicólogos;
- d. Estabelecer parcerias com entidades da Psicologia para discussão da temática indígena, no âmbito das instituições formadoras de psicólogos, garantindo a interdisciplinaridade necessária;
- e. Incluir as questões indígenas no esforço da construção da Psicologia Latino-Americana, junto à União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI).

1.2 Objetivos do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas

- a. Afirmar a importância da Psicologia e do psicólogo na promoção da saúde indígena;
- b. Proporcionar encontros e diálogo entre psicólogos, indígenas e demais profissionais preocupados com essas comunidades.
- c. Sistematizar e divulgar o produto das reflexões coletivas, que possam servir de referência para quem atua ou venha a atuar na área.

1.3 Recomendações iniciais propostas pelo GT

- a. O desafio das sociedades nativas é poder manter um contato com a sociedade nacional sem perder a integridade cultural e étnica. Este desafio deve ser tratado também como premissa ético-política dos psicólogos com as comunidades indígenas, embasando suas práticas e concepções.
- b. Apoiar as lutas dos povos indígenas, especialmente pelo direito à terra e a implantação de projetos estruturantes que promovam o desenvolvimento sustentável das aldeias.
- c. Apoiar a educação indígena diferenciada, expressa pela Constituição Federal, que garante uma educação bilíngue e a valorização étnica e cultural.
- d. Promover saúde mental a partir de um enfoque psicossocial, com base nos determinantes sócio-históricos dos problemas enfrentados hoje pelas diversas comunidades. Superar relações históricas de dominação.

- e. Fortalecer os laços familiares e comunitários. Intermediar conflitos e promover vínculos integradores da comunidade, por meio do fortalecimento da identidade étnica e cultural e da legitimação dos conhecimentos tradicionais. Aprender com eles.
- f. Inserir a temática indígena nos espaços de debate e formulação de políticas públicas, como Conselhos Municipais DCA, da Saúde, da Assistência, da Educação. Torná-los presentes na política local.
- g. Incentivar a participação de lideranças indígenas nesses espaços e na relação com pesquisadores. Dar voz a seus representantes.
- h. Contribuir nas discussões interdisciplinares, especialmente sobre a natureza dos processos psicossociais e a ética nas relações interculturais.
- i. Tratar de modo diferenciado cada etnia, em função de sua cultura particular.
- j. Tomar cuidado nas pesquisas de campo, princípios éticos devem prevalecer aos interesses acadêmicos. Devolutiva dos conhecimentos produzidos às comunidades.

2. SISTEMATIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES OBTIDAS NOS ENCONTROS

As contribuições produzidas pelos subgrupos nos encontros de Boiçucanga, Itanhaém, Tupã e São Paulo foram agrupadas em três eixos:

2.1 Problemas a serem enfrentados pela Psicologia e pelos psicólogos no atendimento aos Povos Nativos

- Conseguir identificar o grau de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente;
- Desconhecimento das populações nativas quanto às possibilidades oferecidas pela Psicologia;
- Falta de articulação entre as instâncias governamentais que promovem as políticas públicas, necessidade de um planejamento articulado entre as esferas;
- Trabalhar com as populações nativas guarda alguma semelhança com o trabalho junto a outros grupos sociais vulneráveis. No entanto, a complexidade dessa relação intercultural é ainda maior porque trata-se de outra cosmologia, outro universo cultural, diferentemente de outros grupos sociais vulneráveis que, apesar de traços culturais também singulares, estes pertencem à nossa mesma cultura branca ocidental- cristã.
- A linguagem é uma barreira, visto tratar-se de diferentes culturas que falam diferentes idiomas;
- Falta de infraestrutura (móvel e imóvel);
- Falta de articulação entre os profissionais de Saúde para o trabalho em rede;
- Falta de atenção das Secretarias de Educação para o problema do alcoolismo entre os professores indígenas;
- Enfoques epistemológicos distintos. A cultura branca enfatiza mais a dimensão lógico-epistêmica, enquanto a cultura nativa enfatiza mais a dimensão mito-simbólica;

2.2 Necessidades da Psicologia e dos psicólogos para a criação de uma Rede de Atenção aos Povos Nativos

a. Necessidades de instrumentalização intercultural

- Estudar a questão nativa para conferir legitimidade às ações respeitando a diversidade étnico-cultural das populações com as quais venha a trabalhar;
- Apreender a cultura indígena em questão, para se garantir uma atuação de forma cuidadosa, criteriosa.
- Considerar a construção da subjetividade da população nativa evitando-se as imposições culturais da sociedade nacional;
- Compreender o conceito saúde-doença do ponto de vista nativo;
- Fortalecer as redes já existentes como a Lista de Discussão na Internet; O Grupo de Estudos Transdisciplinares Psicologia e Tradições Nativas e o Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas.

b. Necessidade de integração e comunicação

- Estabelecer processos mais eficazes de comunicação.
- Divulgar as possibilidades de intervenção no campo da Psicologia para os nativos. O psicólogo pode se situar entre a figura do Pajé (que cuida da Saúde) e do Ancião (que cuida da Educação);
- Ampliar às nossas redes de contato, como família, trabalho e amigos, o debate sobre essa temática;
- Estabelecer objetivos comuns entre os profissionais implicados, para efetivação de uma Rede de Atenção local;
- Definir as funções de cada um dos atores da Rede;
- Dar continuidade ao atual processo de reflexão;
- Enfatizar o trabalho multiprofissional e interdisciplinar;
- Promover encontros sistemáticos entre os profissionais que atuam junto aos povos nativos;
- Usar o termo nativo ou a denominação pela etnia evitando o uso do termo "índio" que é carregado de sentidos negativos.

2.3 Contribuições da Psicologia e dos psicólogos no atendimento aos Povos Nativos

- Por meio da escuta, o Psicólogo pode contribuir para a criação de relações mais horizontais entre a sociedade nacional e a sociedade nativa, promovendo o protagonismo do nativo e atuando no fortalecimento de sua identidade e autoestima;
- Atuar na capacitação das equipes de Saúde, ajudando na identificação das melhores práticas/estratégias por meio da construção de sentidos compartilhados e promoção da Qualidade de Vida;
- Dar suporte emocional aos membros das equipes multiprofissionais de Saúde para lidar com as limitações/frustrações do atendimento às populações nativas;
- Contribuir para fomentar o diálogo atuando na administração/resolução dos conflitos interculturais;
- Contribuir para a criação de políticas públicas que considerem a diversidade cultural e a subjetividade dos Povos Nativos.
- Realizar ações conjuntas com os educadores indígenas, assessorando atividades de capacitação, diagnóstico e estudos, contribuindo com a melhoria da qualidade da educação indígena.

3. TESES PROPOSTAS PARA O VII CNP – Congresso Nacional da Psicologia

3.1 – PRIMEIRA TESE

Eixo:

Construção de referências e estratégias de qualificação para o Exercício profissional.

Tema da tese:

Identidade e Subjetividade Transcultural dos Povos Indígenas

Descrição da situação problema (no máximo 200 palavras)

Vivemos um momento histórico muito importante para as Comunidades Indígenas, pois desde o descobrimento é a primeira vez que se observa o aumento demográfico dessas populações, que têm crescido em média 8 vezes mais que a população da sociedade envolvente. Essa questão tenderá a se constituir cada vez mais em problema, visto que as terras indígenas, além de ainda carecerem de demarcações, são normalmente inadequadas para o tamanho dessas populações que parecem explodirem demograficamente. Esse aspecto tem trazido demandas significativas para a Psicologia (Ciência e Profissão) que precisa aprender a lidar com essa dimensão transcultural da sociedade brasileira, uma vez que se tem presenciado o ressurgimento de etnias consideradas extintas, bem como a demanda cada vez maior para a compreensão tanto dessa dimensão da subjetividade do povo brasileiro quanto com as emergentes questões que tem surgido no tocante à identidade dessas comunidades. A Psicologia historicamente parte de um modelo de homem hegemônico, produto de um determinado momento histórico da cultura

ocidental. Desta forma, torna-se urgente considerar as questões indígenas a partir de novos olhares criando referenciais para atuação profissional do psicólogo nestas questões.

Diretriz(es) para ação do Sistema Conselhos

Criação de referências para o exercício profissional dos psicólogos na relação com os povos indígenas, observado o respeito à diversidade e à valorização das subjetividades e das identidades transculturais dessas comunidades, que guardam uma inserção na cultura sociedade nacional (brasileira) e em suas sociedades tradicionais (indígenas)

Encaminhamentos

Estabelecer parcerias com entidades da Psicologia para discussão da temática indígena, no âmbito das instituições formadoras de psicólogos, garantindo a inter e transdisciplinaridade necessária;

Incluir as questões indígenas no esforço da construção da Psicologia Latino-Americana, junto à União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (Ulapsi), com discussões a respeito da identidade indígena;

Abrir diálogo com a Ulapsi sobre os processos de ressurgimento étnico, fenômeno que vem ocorrendo no Brasil e na América Latina.

3.2 – SEGUNDA TESE

Eixo:

Diálogo com a sociedade e com o Estado.

Tema da tese:

Psicologia e Políticas Públicas para os Povos Indígenas

Descrição da situação problema (no máximo 200 palavras)

Vivemos um momento histórico muito importante para as Comunidades Indígenas, pois desde o descobrimento é a primeira vez que se observa o aumento demográfico dessas populações, que têm crescido em média 8 vezes mais que a população da sociedade envolvente. Essa questão tenderá a se constituir cada vez mais em problema, visto que as terras indígenas, além de ainda carecerem de demarcações, são normalmente inadequadas para o tamanho dessas populações em parecem explodirem demograficamente. Esse aspecto tem trazido demandas significativas para a Psicologia (Ciência e Profissão) que precisa aprender a lidar com essa dimensão transcultural da sociedade brasileira, uma vez que se tem presenciado o ressurgimento de etnias consideradas extintas, bem como a demanda cada vez maior para a compreensão tanto dessa dimensão da subjetividade do povo brasileiro, quanto com as emergentes questões que tem surgido no tocante à identidade dessas comunidades. A Psicologia historicamente parte de um modelo de homem hegemônico, produto de um determinado momento histórico da cultura ocidental. Desta forma, torna-se urgente a mediação da Psicologia nas Políticas Públicas, levando as questões indígenas

Diretriz(es) para ação do Sistema Conselhos

Incentivar visibilidade dos povos indígenas na sua diversidade e sua participação nas políticas públicas direcionadas a esta população

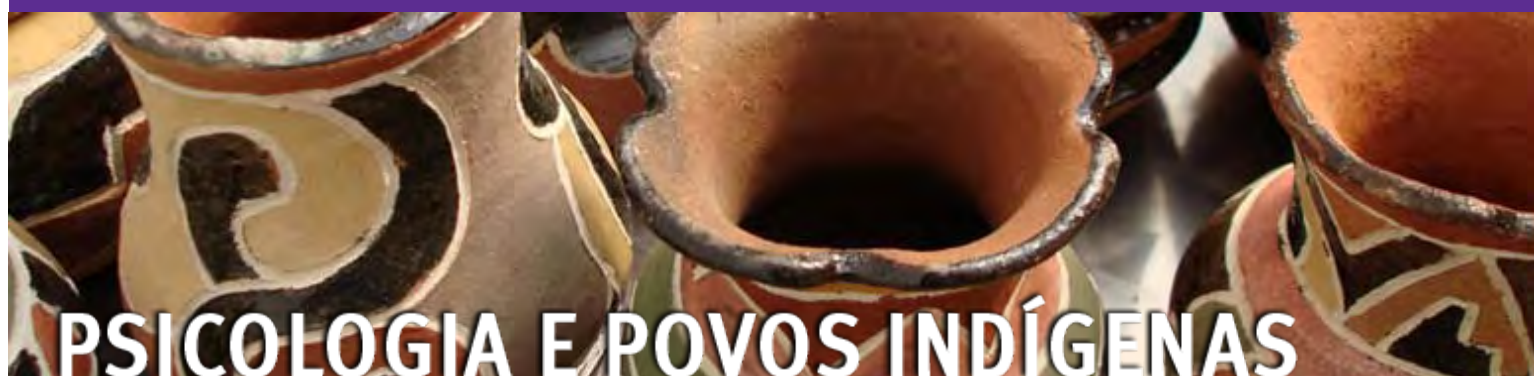
Encaminhamentos

Incentivar a definição de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas que considerem as diferenças entre as etnias e as especificidades regionais, garantindo a participação dos mesmos no planejamento das políticas;

Promover diálogos entre a categoria, as comunidades indígenas e demais profissionais afins, garantindo participação e igualdade de expressão;

Apoiar iniciativas dos povos indígenas de ampliação e qualificação da escolarização, inclusive sua inserção nas universidades.

São Paulo, 18 de dezembro de 2009
GT Psicologia e Povos Indígenas
CRP-SP


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Projeto 2010

PUBLICAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES PARA ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS JUNTO AOS POVOS INDÍGENAS

Os encontros previstos para 2010 serão constituídos pela devolutiva às Comunidades Indígenas e da Psicologia (Ciência e Profissão) das ações previstas e realizadas pelo Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas ao longo de seus três anos de atuação na construção de recomendações para atuação dos psicólogos junto às Comunidades Indígenas.

1. OBJETIVOS

Contribuir para maior inserção da Psicologia e dos psicólogos na atuação junto às Comunidades Indígenas;
 Perenizar as aprendizagens realizadas ao longo dos anos de trabalho do GT;
 Prestar contas às Comunidades Indígenas das ações realizadas;
 Divulgação da publicação.

2. PÚBLICO ALVO

Psicólogos que atuam nas redes de Saúde Mental (CAPS e outros), da Assistência Social e da Educação;
 Demais psicólogos e educadores interessados no tema;
 Gestores de Saúde Mental, Assistência Social e Educação da região;
 Equipes de saúde da Funasa;
 Lideranças indígenas.

3. FORMATO

(quatro eventos com duração de 3 horas)

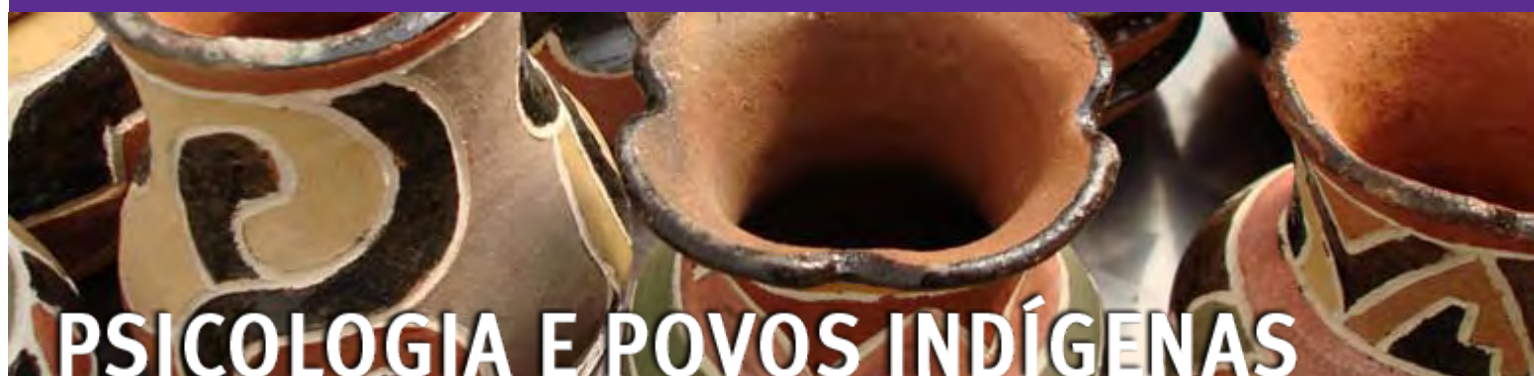
- 1º Momento – Palestra historiando as realizações do GT Psicologia e Povos Indígenas;
- 2º Momento – Considerações críticas sobre a publicação: palestra de psicólogo convidado e observações de lideranças indígenas locais;
- 3º Momento – Lançamento da Publicação.

4. DIVULGAÇÃO

Impressão de folder com a programação, a ser enviado aos psicólogos das regiões correspondentes aos eventos;
Mala direta eletrônica para todos os psicólogos do Estado.

5. CRONOGRAMA

Período	Município / Região - Subsede do CRP	POLOS FUNASA e número de aldeias correspondentes
Abril/10	Boiçucanga, São Sebastião (Subsede Vale do Paraíba e Litoral Norte)	Litoral Norte (3 aldeias) Registro (3 aldeias)
Maio/10	Itanhaém (Subsede Baixada Santista e Vale do Ribeira)	Mongaguá (7 aldeias) Peruíbe (6 aldeias)
Junho/10	Tupã (Subsede Assis)	Bauru (5 aldeias)
Agosto/10	São Paulo (sede)	São Paulo (3 aldeias)



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

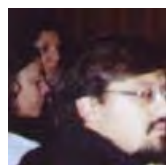
Imagens

(clique na imagem para ver o texto)

Álbum Encontros Interdisciplinares Sobre Psicologia e Povos Indígenas

dia 26 de junho 2009

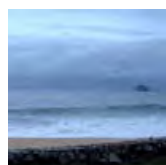
Subsede Vale do Ribeira, Itanhaém/SP e São Sebastião/SP



Álbum Encontros Interdisciplinares Sobre Psicologia e Povos Indígenas

dia 29 de maio 2009

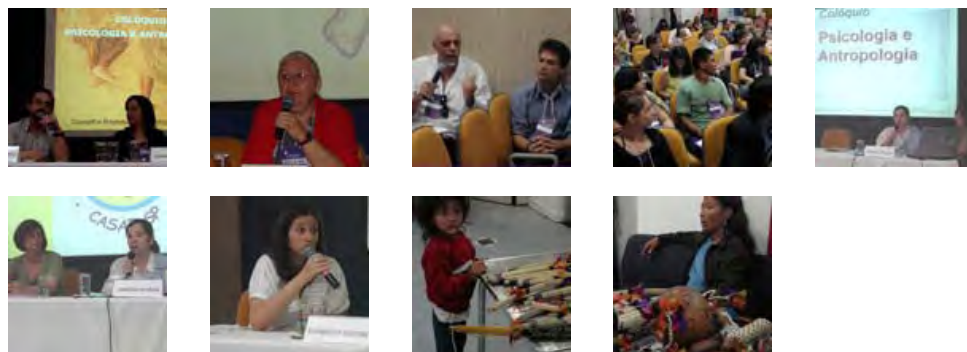
Subsede Vale do Paraíba, Boiçucanga/SP e São Sebastião/SP



Álbum Colóquio Psicologia e Antropologia

dia 28 de novembro de 2008

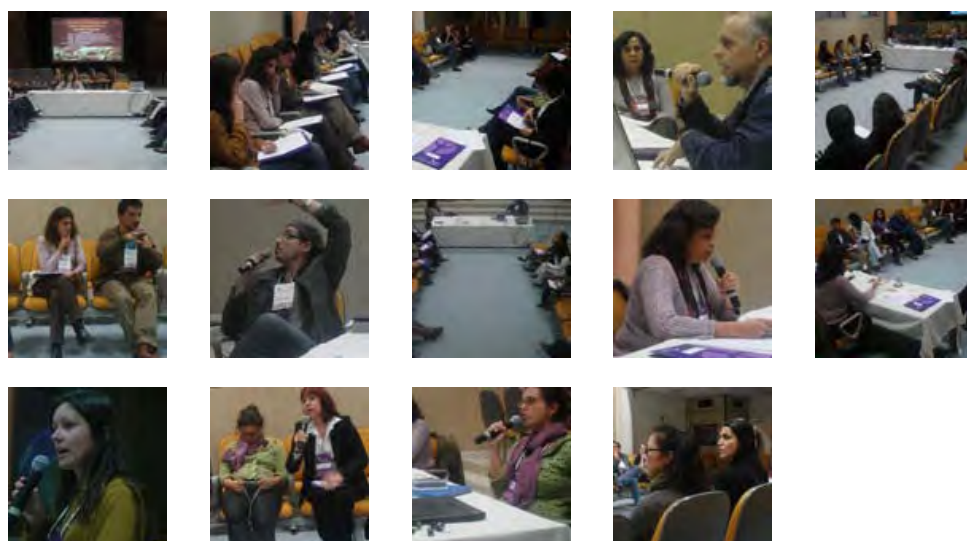
No Auditório do CRP SP, em São Paulo/SP



Álbum I Encontro de Profissionais da Ciências Humanas sobre as Questões Indígenas

dia 03 de agosto de 2007

No Auditório do CRP SP, em São Paulo/SP



Álbum I Colóquio Psicologia & Povos Indígenas

dia 30 de março de 2007

No Auditório do CRP SP, em São Paulo/SP







[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Vídeos



Duração: 01:33:55

Avaliação sobre Aproximação da Psicologia com Os Povos Indígenas no Sistema Conselhos de Psicologia - Parte 1



Duração: 01:57:38

Avaliação sobre Aproximação da Psicologia com Os Povos Indígenas no Sistema Conselhos de Psicologia - Parte 2



Duração: 01:53:46

Avaliação sobre Aproximação da Psicologia com Os Povos Indígenas no Sistema Conselhos de Psicologia - Parte 3



Duração: 02:26:28

Entre aldeia e a cidade: Estado, Território e Identidade na visão dos Povos Indígenas - Parte 2



Duração: 03:39:34

Entre aldeia e a cidade: Estado, Território e Identidade na visão dos Povos Indígenas - Parte 1



Duração: 00:51:00

Programa Diversidade 68: "Questões Indígenas"



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

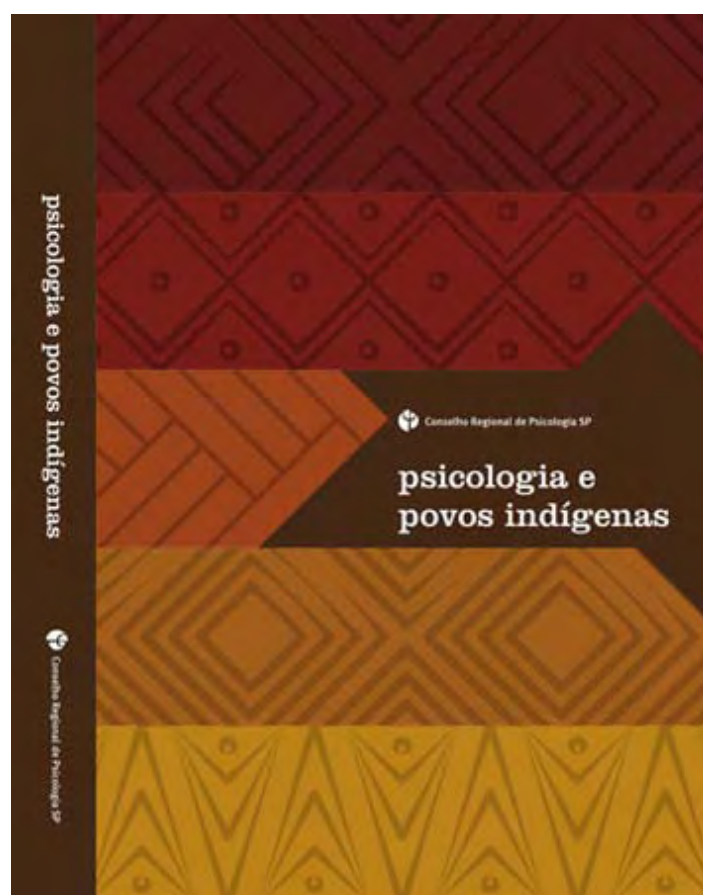
[Links](#)

[Textos](#)

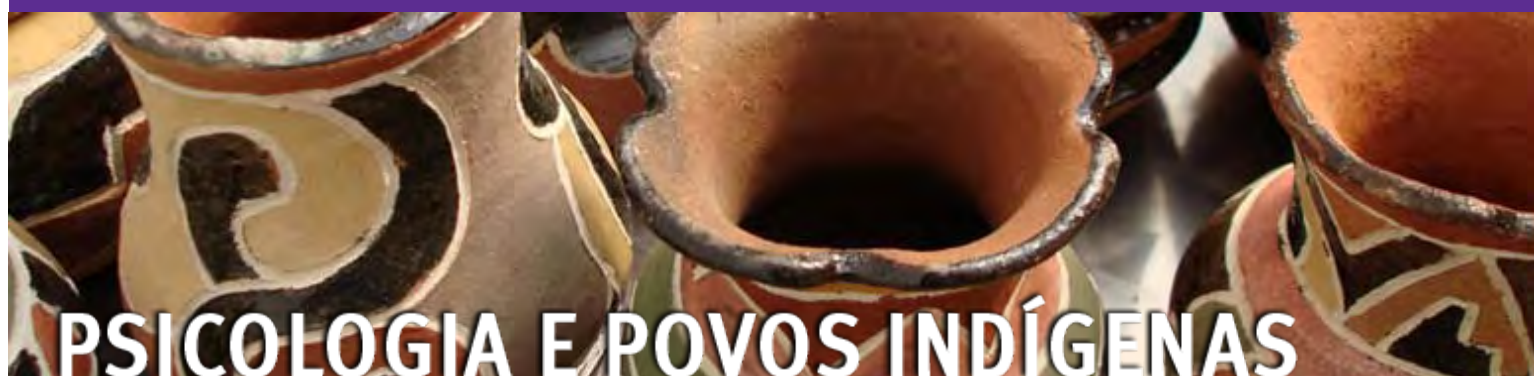
[Envie seu texto](#)

Livro

Editado pelo CRP SP, o livro "Psicologia e Povos Indígenas" apresenta contribuições de lideranças indígenas do Estado de São Paulo, psicólogos, antropólogos e outros profissionais atuantes na área, os quais participaram dos diálogos interdisciplinares promovidos pelo Conselho sobre a temática entre 2007 e 2009.



[Acesse aqui a versão em PDF](#)



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Notícias

Publicado 30/8/2011

Acordo de Jokkmokk

Acordo de Jokkmokk

Publicado 13/12/2010

Jornalismo irresponsável com povos indígenas

Jornalistas mal preparados a serviço de meios de comunicação que representam grupos religiosos cometem falta ética grave e aumentam o racismo contra os Povos Indígenas.

Publicado 13/12/2010

TROCA DE CARTAS ENTRE ROSI WAIKHON E MÁRCIA SUZUKI

Após a matéria do Domingo Espectacular a índio Rosi Waikhon escreve para a missionária Márcia Suzuki da ONG Atini

Publicado 13/12/2010

A ANTA QUE VIROU ELEFANTE NUM DOMINGO ESPETACULAR José Ribamar Bessa Freire 21/11/2010 - Diário do Amazonas

A segunda-feira da Índia Rosi Waikhon na periferia de Manaus foi um dia de cão. Escapou, por pouco, de ser apedrejada.

Publicado 26/11/2010

TV Peruana faz Registro de Povos Isolados

Antropólogos peruanos registram imagens de povos isolados que vivem na Amazonia peruana.

Publicado 24/11/2010

III Encontro de Medicina Tradicional Kaingang- 25 a 27 novembro 2010

O objetivo do evento é contribuir para a valorização, manutenção e atualização do Sistema de Medicina Tradicional Kaingang.

Publicado 17/11/2010

Avanza propuesta boliviana para Conferencia de Pueblos Indígenas

16 de noviembre de 2010, 15:54 Naciones Unidas, 16 nov (PL) Bolivia dio hoy un importante paso en su empeño de celebrar una Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas, auspiciada por Naciones Unidas en el año 2014.

Modificado el (martes, 16 de noviembre de 2010) Prensa Latina - Agencia Informativa Latinoamericana

-->

Publicado 12/11/2010

Assista no Sala de Convidados desta sexta-

feira, ao vivo, dia 12/11,
às 13h

Depois de longa discussão
sobre a saúde dos povos
indígenas foi assinado, no
mês passado, o decreto
que cria a Secretaria
Especial de Saúde Indígena
- SESAI.

<< mais recentes :: ::
mais antigas >>

PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS

Membrós

Contato

Objetivos

Antecedentes

Legislação específica

Mapa da População

Acções realizadas

Sistematização 2009

Projeto 2010

Grupo de Estudios

Imagens

Vídeos

Livro

Notícias

Interação

E-Grupo

Agenda

Links

Textos

Envie seu texto

Interação

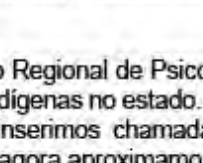
Descrição

Esta lista de discussão faz parte do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP06). Tem por objetivo aproximar pessoas que trabalham com a questão indígena, em particular os psicólogos. A Psicologia, enquanto ciência, tem pouco acúmulo nesse campo, e os (poucos) psicólogos que lidam com o tema sentem-se isolados em suas práticas. Esse trabalho pressupõe outras fontes, por isso sintam-se bem-vindos antropólogos, cientistas sociais, pedagogos, educadores, enfim, quaisquer pessoas interessadas no tema que queiram contribuir.

A proposta é que este seja um espaço democrático, para troca de experiências e conhecimentos, que contribua para a discussão e disseminação de práticas sintonizadas com a saúde e as lutas dos povos indígenas brasileiros.

A idéia surgiu a partir do levantamento realizado pelo Conselho Regional de Psicologia SP durante 2006, sobre psicólogos que atuam ou estudam sobre indígenas no estado. Contatamos organizações governamentais, ONGs e universidades, inserimos chamada no site www.crpssp.org.br e os psicólogos contatados são aqueles que agora aproximamos aqui.

Daqui em diante, o percurso “se fará ao caminhar” dessa rede. Torcemos para que os participantes se apropriem do espaço, divulguem e incluam novos interessados. Boa caminhada a todos!





[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

E-Grupo Participantes

Clique aqui e confira a última atualização dos participantes da lista de discussão psicologia-indigenas@yahoogrupos.com.br.

Arquivo no formato .PDF, caso tenha dificuldades para abrir, [clique aqui](#) e saiba como instalar.


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Agenda

O CRP SP vem aproximando a Psicologia e os psicólogos, das questões que envolvem a saúde das comunidades indígenas, por meio de diversas ações. Neste Colóquio, deveremos produzir propostas para o seguimento dessa política, considerando os próximos três anos de gestão dos Conselhos de Psicologia.

Durante 2009 realizamos Encontros Interdisciplinares nas regiões das aldeias existentes no Estado, tendo por referência as subsedes do CRP SP no interior. Foram diálogos entre profissionais de diversas áreas, seus saberes e práticas, fomentando a interdisciplinaridade, e, principalmente, o encontro com indígenas, que têm participado desse debate e deixado suas recomendações.

Tais eventos ocorreram em Boiçucanga, São Sebastião (Subsede Vale do Paraíba e Litoral Norte), Itanhaém (Subsede Baixada Santista e Vale do Ribeira) e Tupã (Subsede de Assis), sendo que neste último, além de especialistas no assunto, participaram indígenas de Bauru, Itaporanga e Barão de Antonina. Fechando a programação de 2009, convidamos a todos para este colóquio na Capital.

PÚBLICO-ALVO

Profissionais da Psicologia, Serviço Social, Educação, Ciências Sociais, Antropologia; equipes e gestores da Saúde, especialmente da Saúde Mental; equipes de saúde da FUNASA; indígenas; demais interessados.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Lumena Celi Teixeira (coord.); Elisabeth Pastore; Luiz Eduardo Valiengo Berni; Camila Regina Los Reis Fidalgo; José Ricardo Portela; Fernando Luiz Zanetti.

Em breve, programação para 2010.


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Links

ABA - Associação Brasileira de Antropologia

A Associação Brasileira de Antropologia é a mais antiga das associações científicas existentes no país na área das Ciências Sociais.

Aldeia Guarani Krukutu, São Paulo

Associação Internacional de Linguística

Aqui também há informações sobre os grupos indígenas do Brasil, suas línguas e culturas, e sobre a alfabetização e educação entre eles. Você encontrará material escrito em algumas destas línguas indígenas como também trabalhos técnicos sobre elas.

Blog do Encontro dos Povos Guarani da América do Sul

CIMI - Conselho Indigenista Missionário

Comissão Pró-Índio

A organização não-governamental de São Paulo foi fundada em 1978 para defender os direitos dos povos indígenas frente às crescentes ameaças do regime ditatorial vigente naquela época.

Conselho Estadual dos Povos Indígenas - Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo

Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira COIAB

COIAB foi criada em uma reunião de líderes indígenas em abril de 1989. É a maior organização indígena do Brasil, tem 75 organizações membros dos nove Estados da Amazônia Brasileira.

Cursos de idiomas nativos

Sala Sequóia Cursos: Guarani, Aymara, Quechua, Yorubá, Kreyòl

Faculdade Indígena Intercultural

Em 2001 teve início oficialmente o Projeto de Formação de Professores Indígenas - 3º Grau Indígena, com a realização do Vestibular e o início das aulas no mês de julho.

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

É o órgão do governo brasileiro que estabelece e executa a Política Indigenista no Brasil, dando cumprimento ao que determina a Constituição de 1988.

Grupo de Estudo Transdisciplinar: Psicologia & Tradição Nativa

O GETRANS é um braço do GT Psicologia e Povos Indígenas que objetiva o estudo da Transdisciplinariade da Psicologia em sua interface com a Tradição Nativa.

IDETI - Instituto de Tradições Indígenas

ONG criada e dirigida por pessoas indígenas de várias etnias, com o objetivo de proteger, resgatar, divulgar e promover a cultura e o conhecimento dos povos indígenas do Brasil.

INBRAPI - Instituto Indígena Brasileiro para Propriedade Intelecutal

Sua origem reporta ao Encontro de Pajés ocorrido em 2001 no Maranhão seu objetivo é defender os Conhecimentos Tradicionais da biopirataria e da exploração por terceiros.

Instituto de Formação e Pesquisa e Formação em Educação Indígena

O objetivo do Ipé é contribuir para o fortalecimento cultural e político e contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades indígenas que vivem no Amapá e no Norte do Pará.

International Rivers

Protege rios e defende os direitos de comunidades que dependem deles.

Movimento Xingu Vivo

Um coletivo de organizações e movimentos sociais e ambientalistas da região de Altamira e das áreas de influência do projeto da hidrelétrica de Belo Monte, no Pará

Museu do Índio

O Museu do Índio é uma instituição governamental que se coloca a serviço da sociedade a partir de uma proposta de trabalho baseada na parceria com os povos indígenas

Povos Indígenas do Brasil (ISA - Instituto Socioambiental)

Esta é a herança mais sólida que o ISA recebeu do CEDI (Centro Ecumênico de Documentação e Informação), particularmente de seu Programa Povos Indígenas no Brasil.

Programa A"Uwe - TV Cultura

A'Uwe faz da TV Cultura um canal de divulgação e de discussão único na televisão brasileira totalmente dedicado a questões indígenas do país.

Programa de Índio

O programa de rádio idealizado e realizado pelo Núcleo de Cultura Indígena-NCI, braço oficial da União das Nações Indígenas, abriu um espaço importante de comunicação entre as aldeias indígenas e o público urbano, de forma direta e original.

Projeto Índio da Cidade (Opção Brasil ONG)

O Projeto consiste em refletir, e agir, em torno da demanda de homens e mulheres indígenas que vivem na cidade; os aldeados e principalmente os que estão fora de suas aldeias.

Rede dos Povos da Floresta

A Rede Povos da Floresta é um movimento social, que reúne diversas lideranças de povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e demais povos tradicionais brasileiros e também parceiros de outros setores da sociedade.

Roda de Histórias Indígenas

Em fevereiro de 2001, a RODA DE HISTÓRIAS INDÍGENAS passou a integrar o Laboratório do Imaginário Social em Educação da Faculdade de Educação da UFRJ com o objetivo de pesquisar a mitologia nativa brasileira.

TEKO ARANDU

TEKO ARANDU é um sítio bilíngue e colaborativo cujo significado, na língua Guaraní, é "modo sábio de viver".



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Textos

Alto Xingu: Uma sociedade Multilingui

ANAIS DO SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL

ATLAS SOCIOLINGÜÍSTICO DE PUEBLOS INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA - 1

AVALIAÇÃO SOBRE APROXIMAÇÃO DA PSICOLOGIA COM OS POVOS INDÍGENAS NO SISTEMA CONSELHOS DE PSICOLOGIA

MANUAL BÁSICO sobre LA DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Ministerio de Educación - DINFOCAD

Os indígenas no Censo Demográfico 2010

Relações Éticas em Pesquisas com Populações Indígenas

<< mais recentes :: **mais antigos** >>



PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS

[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Envie seu texto

Coloque aqui artigos, textos já publicados para alimentar esta área.

Título:

Autor(es):

Autor(es)

(exemplos: SILVA, J. E; SANTOS, P.)

E-mail:

Palavras-chave:

(no máximo seis separadas por vírgulas;)

Contato com autor(es):

Tipo:

(capítulo de livro, artigo científico, artigo de magazine, outro)

Nome da publicação:

(Título do livro, nome da revista, etc)

Meio:

☒ Impresso ☒ Eletrônico

☒ ISSN ☐ ISBN Número:

Volume:

Página inicial:

Página Final:

URL:

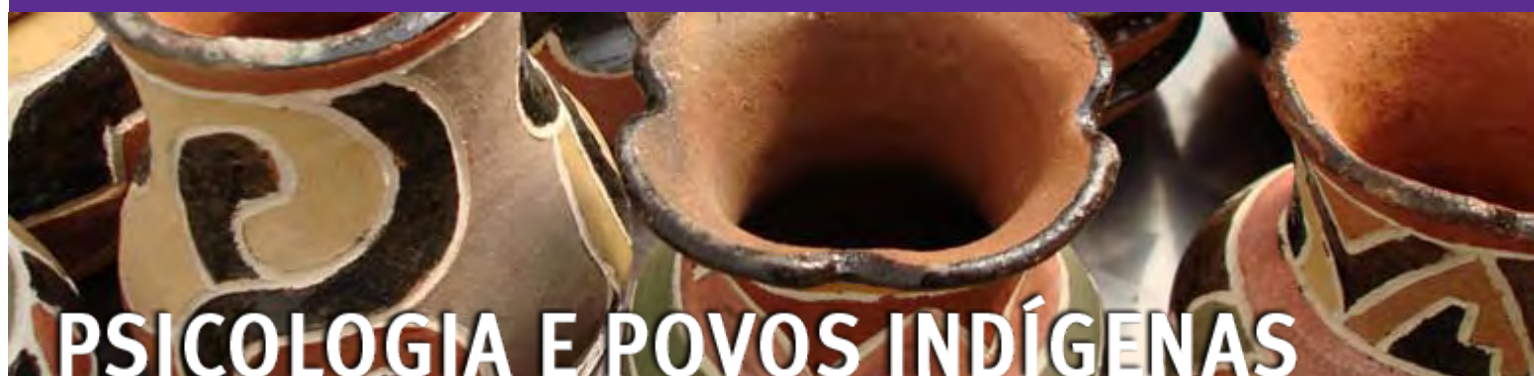
(http://www.site.com.br)

Local da publicação: Ano:

Editora:

Artigo:

Artigo (Digite aqui o texto ou copie e cole, depois clique em enviar)



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver notícia

Acordo de Jokkmokk

Versão em PDF


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Ver notícia

Jornalismo irresponsável com povos indígenas

Por Luiz Eduardo V. Berni em 7/12/2010

Em 07/11/2010, a TV Record, no quadro "Reportagem da Semana" do programa *Domingo Espetacular*, veiculou uma matéria tratando do infanticídio supostamente praticado por algumas "tribos" indígenas brasileiras. Ao introduzir a matéria, os apresentadores do programa Fabiana Scaranzi e Paulo Henrique Amorim foram totalmente parciais, conduzindo os telespectadores à indignação e ao pesar, amparados por uma música de fundo que reforçava o clima psicológico desejado. Fabiana exclamou enquanto gesticulava de forma indignada: "Uma tragédia que o Brasil desconhece!" Enquanto Amorim, em tom de preocupação, informou que o público iria saber "as razões pelas quais as autoridades evitam falar sobre o assunto".

A reportagem foi iniciada de forma épica narrando a viagem de mais de 17 horas de "dois rapazes que precisam resgatar um bebê". Então, o repórter de campo Raul Dias Filho apresentou a questão do suposto infanticídio, destacando de forma fragmentada elementos da "cultura indígena", levando a uma falsa sensação de homogeneidade dos mais de 240 povos indígenas brasileiros, que falam aproximadamente 180 idiomas. As imagens de diferentes etnias foram veiculadas numa contextualização muito frágil sob a narrativa trágica proposta, fato que induz o telespectador a concluir como sendo absurda a preservação da cultura e da tradição indígenas "em pleno século 21".

"Missionários evangélicos escondem seu trabalho"

O argumento central da matéria foi baseado no filme *Hakani*, que até bem pouco tempo era veiculado como "documentário" sem que o público soubesse quem eram o autor e financiador da produção. O filme simula como seria praticado a infanticídio indígena. Entretanto, os atores, todos indígenas, dão à produção um tom de verossimilhança capaz de confundir o telespectador, que acredita estar assistindo a um documentário e, portanto, pensa estar testemunhando um infanticídio. É importante que isso seja destacado, pois esses indígenas de diferentes etnias acabam sendo usados para produzir provas contra si mesmos. A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) já havia se pronunciado sobre o filme através de sua Comissão de Assuntos Indígenas:

"Trata-se de uma tentativa de criminalização das coletividades indígenas, colocando-as na condição permanente de réus e propondo um inquérito para averiguação de seu grau de barbárie. (...) Trata-se de um falso debate, ardilosamente tecido para que as pessoas

discutam se são a favor ou contra "que os indígenas possam exercer livremente a crueldade contra seus próprios filhos".

Implícita há a suspeita de uma natural perversão e irracionalidade dos indígenas, crença que serviu de alibi para que contra eles no passado fossem usadas sistematicamente a força bruta, a escravização e a pedagogia do medo. Uma suposição que vem do período colonial, fresca como um cadáver de cinco séculos, mas ainda bastante presente nas práticas autoritárias e no pensamento conservador. Sabe-se que práticas de infanticídio entre os indígenas são virtualmente inexistentes no Brasil atual, como logo vieram a esclarecer a Funai e os antropólogos. São raros os casos onde exista informação etnográfica confiável ou consistente sobre tais fatos. (...) O vídeo *Hakani*, colocado no YouTube e visitado por milhares de pessoas, não é um registro documental proveniente de uma aldeia indígena, mas sim o resultado de uma absurda encenação realizada por uma entidade fundamentalista norte-americana."

A entidade fundamentalista à qual a ABA se refere é a norte-americana Youth With a Mission, atuando no Brasil desde 1975 como Jocum, "Jovens Com Uma Missão". O diretor do filme, David L. Cunningham, é filho do fundador da instituição. O trecho do filme, colocado no YouTube sem os devidos créditos para que os internautas possam saber sua origem, foi visto por mais de 1 milhão de pessoas. O site do filme continua a tratar a produção como documentário e não há qualquer referência aos produtores. A razão desse tipo de comportamento da instituição foi explicada pelo antropólogo britânico Stephen Corry, que afirmou, ao comentar o filme: "Há décadas que os missionários evangélicos escondem seu trabalho, especialmente em lugares como América do Sul, que tem uma tradição católica muito forte. A Jocum foi expulsa de certas áreas do Brasil, mas continua lá ilegalmente."

Enfoque mito-simbólico das culturas indígenas

Outra organização fundamentalista que milita na temática publicou o e-book *Infanticídio Indígena - a tragédia silenciada*, uma comunicação muito bem cuidada do ponto de vista editorial capaz de causar impacto ao leitor desavisado. O mesmo efeito que se pretende com a reportagem da Record e o filme *Hakani*, que, por sinal, foi muito utilizado no livro. O autor é o fundador de um "apostado" ou "missão" católica, o brasileiro radicado australiano, Raymound de Souza, que agora vive nos EUA. A organização é a "Saint Gabriel Communications International" (SGC). A publicação procura enfatizar a importância das "missões religiosas", destacando seu papel fundamental na "cristianização do planeta". A organização possui muitos recursos financeiros e tem projeção internacional, investindo pesadamente na disseminação de sua ideologia fundamentalista. Este apostolado se opõe abertamente ao Conselho Indigenista Missionário (Cimi), um segmento da igreja católica que respeita a religiosidade indígena, trabalhando com os indígenas sem a pretensão de catequese.

Parece haver uma grande estratégia de união entre grupos fundamentalistas. A parceria com a TV Record, que pertence à Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), comandada pelo bispo Edir Macedo, produz a reportagem em questão, que é também largamente lastreada no documentário da jornalista indígena Sandra Terena *Quebrando o Silêncio*, produzido pela ONG Atini, dos também missionários evangélicos Marcia e Edson Suzuki, entrevistados durante a reportagem da Record. No documentário de Sandra, há uma clara manifestação dos indígenas contra os antropólogos, argumento curiosamente baseado num fundamento antropológico, o do "dinamismo cultural". É gritante a omissão de qualquer referência às missões religiosas, que certamente produziram muito mais males às sociedades indígenas do que qualquer antropólogo possa ter causado, mas não há qualquer menção a esse fato.

Um dos entrevistados de maior eloquência no documentário de Sandra é o indígena Eli Ticuna, vice-presidente do Conselho Nacional de Pastores e Líderes Evangélicos Indígenas (Conplei), cuja missão explícita é evangelizar os índios. Outro argumento largamente usado pelos indígenas depoentes é que "eles não são bichos". Evidentemente que não são, por isso os antropólogos trabalham pela

preservação de suas culturas. A inquestionável importância da educação para dirimir as diferenças é também abordada no documentário da Terena, mas há um enfoque claramente de integração dos indígenas na cultura envolvente. Em nenhum momento se falou da preservação das técnicas médicas tradicionais, absolutamente fundamentais para existência das culturas. Aliás, é preciso que se faça uma distinção entre o caráter holístico das culturas indígenas, muito mais centradas num enfoque mito-simbólico do que numa perspectiva lógico-epistêmico da fragmentada cultura ocidental.

Liderança indígena na audiência pública

Essa grande estratégia missionária se estende ao legislativo com o Projeto de Lei 1057/2007 - Lei Muwaji, de autoria do pastor e fundador de uma congregação presbiteriana, o deputado Henrique Afonso (ex-PT, agora PV do Acre) vinculado à Frente Parlamentar Evangélica. O PL apresenta três argumentos: (1) Baseado na Lei Federal, condena qualquer prática indígena que agrida a integridade físico-psíquica da pessoa, designada como "nociva" com destaque para o infanticídio. Sendo que as crianças em tais situações deverão ser afastadas de suas famílias ou comunidades. (2) Obriga qualquer pessoa que saiba de situações dessa natureza junto às comunidades indígenas a formalizar denúncia do fato junto ao órgão competente estabelecendo pena de detenção para omissões. (3) Essas práticas deverão ser erradicadas.

O PL sofreu parecer da deputada Janete Rocha Pietá (PT, SP) que é professora universitária e atuou como relatora da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal. O parecer contemporiza a questão salientando as duas correntes antropológicas que estão implícitas na formulação do PL. Uma que considera a existência de valores universais para toda a humanidade e outra que considera a existência de valores culturais, portanto não universais. Salienta o cuidado que deve ser tomado frente à controvérsia do tema e destaca o uso do termo "nocivas" para denominar algumas práticas tradicionais dos povos indígenas, o que atribui, mesmo que implicitamente, a pecha de cruéis a esses povos e, por via de consequência, deixa de considerar sua pluralidade cultural, colocando-os à margem da sociedade". A parecerista é favorável à aprovação do PL com alterações, propõe a criação de um Conselho Nacional Indígena e um Conselho Tutelar Indígena. "No que tange à criminalização daqueles que tiverem conhecimento da ocorrência das práticas tradicionais (arts. 3º a 5º do projeto), trata-se de equívoco, pois o desenvolvimento de trabalhos junto aos povos indígenas ficaria inviabilizado frente à obrigação legal de delação imposta a esses trabalhadores. Essa situação, por si só, dificultaria o diálogo previsto no art. 6º do projeto."

Não há dúvida nenhuma, como propõem as produções, que a prática do infanticídio tenha levado grande sofrimento psicológico aos que o praticaram e àqueles que sofreram com o mesmo. Isso não se discute. Como é inquestionável que a vida deve ser preservada como o bem maior. As culturas indígenas não são etnocidas, como é sugerido nas produções. Lideranças indígenas como Valéria Payê, do Fórum em Defesa dos Direitos Indígenas - FDDI, em sua apresentação na Audiência Pública que discutiu o PL, resgatou a experiência do seu grupo indígena "que aboliu práticas tradicionais de sacrifício de crianças há cerca de 30 anos. Ela ressaltou que isso ocorreu após um processo interno de discussão liderado pelas mulheres indígenas. Insistiu que não há necessidade de interferência brutal de fora, mas sim, a apropriação da discussão pelas comunidades indígenas, respeitando o tempo de cada uma".

"Não aumentem o preconceito e o racismo"

Parece claro que o que importa discutir é como se propõe a preservação da vida, pois a cultura é um de seus elementos fundamentais. As culturas indígenas são impregnadas de religiosidade. Será que as entidades religiosas envolvidas nesta questão humanitária estão dispostas a lutar pela causa indígena respeitando a diversidade religiosa desses povos? Se estão, por que não declaram isso em suas comunicações e posicionamentos? Por que, na luta pela preservação da vida, não se envolvem com a questão dos suicídios indígenas em função do "recuo impossível" pela falta de demarcação de terras indígenas e pressão dos grandes latifundiários? Morre-se muito mais nessas regiões do que por qualquer suposto infanticídio.

Por outro lado, é interessante observar como o fundamentalismo é capaz de colocar do mesmo lado, ao menos momentaneamente, oponentes históricos como são evangélicos e católicos e em oposição congregações da mesma igreja, como é o caso do Cimi e da SGC.

As estratégias perversas praticadas pela sociedade ocidental sob o viés da religiosidade para cooptar indígenas para suas igrejas seduzindo-os com as tecnologias e as benesses do mundo ocidental são as mesmas desde a conquista e parecem continuar presentes nessas manifestações.

Tudo que foi dito aqui pode parecer apenas uma questão de opinião, mas não é. É importante observar como a falta de compreensão sobre essas questões por parte dos produtores e veiculadores de comunicação pode levar à falta ética e ser altamente prejudicial à sociedade indígena. Isso foi particularmente sentido pela índia Rosi e foi descrito na matéria publicada no *Diário do Amazonas* (21/11/2010) sob o título "A Anta que Virou Elefante num Domingo Espetacular", assinada pelo jornalista José Ribamar Bessa Freire.

"A segunda-feira da índia Rosi Waikhon na periferia de Manaus foi um dia de cão. Escapou, por pouco, de ser apedrejada. Ao sair de casa, várias pessoas lhe atiraram na cara frases do tipo: 'Ei, índia, você não é gente, índio mata o próprio filho, vocês deviam morrer.' Minha amiga há muito tempo, ela me confidenciou: 'Meu dia virou um terror, em todos esses anos, nunca tinha ouvido palavras tão pesadas e racistas.' Rosi é índia Waikhon - etnia conhecida também como Piratapuaia. Mora na Terra Indígena Alto Rio Negro, em São Gabriel da Cachoeira (AM) e está de passagem por Manaus. É educadora e líder da Foin - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Escritora, participou de dois Encontros de Escritores Indígenas na UERJ. Ela faz um apelo: 'Gostaria de pedir aos senhores que não continuem usando o termo *infanticídio indígena*. Por favor, não aumentem o preconceito e o racismo contra nosso povo'."

Portanto, parece ser cabível afirmar que as produções são uma clara violação ao Código de Ética dos Jornalistas Brasileiros que, em seu artigo 7º, "O jornalista não pode", traz o seguinte capítulo: "V - usar o jornalismo para incitar a violência, a intolerância, o arbítrio e o crime". É exatamente isso que a matéria faz ao induzir o espírito dos telespectadores para um determinado olhar, ao omitir e distorcer informações lastrear seu argumento, supostamente jornalístico, em informações veiculadas por grupos que tem um claro interesse em disseminar um posicionamento ideológico. O mais incrível é perceber como jornalistas renomados, como Paulo Henrique Amorim, podem se sujeitar a esse tipo de papel.

Referências:

ABA - Infanticídio entre as populações indígenas - **Campanha humanitária ou renovação do preconceito?**, acessado em 14.12.2009

CIMI - Conselho Indigenista Missionário <http://www.cimi.org.br/>

CORRY, S. 'Hakani' e o caminho para o inferno. **Disponível aqui**, acessado em 24/11/2010

Domingo Espetacular: "**Aldeias Indígenas Sacrificam Crianças**", acessado em 25.11.2010

FREIRE, José Ribamar "A anta que virou elefante num domingo espetacular" **disponível aqui**, acessado em 25.11.2010

Hakani

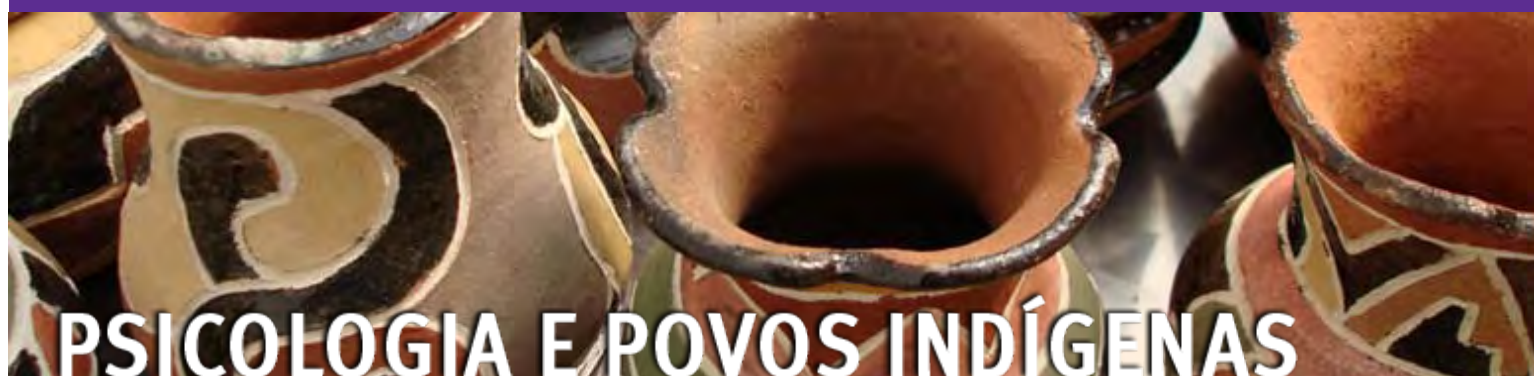
JOCUM - Jovens Com Uma Missão <http://www.jocum.org.br/>

Lei Muwaji (Projeto de Lei 1057/2007) **disponível aqui**.

SOUSA Raymound - **Infanticídio Indígena** SGI

ROCHA, Janete P. Parecer sobre PL 1057/07 **disponível aqui**.

TERENA, Sandra - **Quebrando o Silêncio** (documentário)


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Ver notícia

TROCA DE CARTAS ENTRE ROSI WAIKHON E MÁRCIA SUZUKI

Houve uma troca de cartas, via e-mail, entre a índia Rosi Waikhon e a missionária Márcia Suzuki, da Ong Atini. Rosi revisou o texto para publicação e me autorizou a fazer circular alguns trechos, aqui publicados por se tratar de um documento útil a quem se interessa pelo tema.

1ª. CARTA DE ROSE (13/11/2010) - Na primeira delas, Rosi critica:

"Encontrei na internet comentários, com mensagem racista e preconceituosa postada por um cidadão que leu a matéria de vocês intitulada 'Infanticídio Indígena'. Ele chamou a nós indígenas de desumanos, e isso graças à forma como vocês estão tratando o assunto. Gostaria de pedir aos senhores que não continuem usando o termo 'infanticídio indígena'. Por favor, não aumentem o preconceito e o racismo contra nosso povo".

"Na sociedade de vocês, estou cansada de ver: babás filmadas por câmeras ocultas espancando bebês em suas casas; torturas nas creches; recém-nascido jogado no lixo; crianças revirando lixo nas ruas, crianças estupradas, crianças com síndrome de Dow mortas pelos pais, outras jogadas do alto dos prédios, queimadas, espancadas, mortas, assassinadas. Isso no meu olhar indígena é infanticídio, mas nós, índios, não fazemos isso. Por favor, não peçam dinheiro em nome do infanticídio indígena".

"A questão por mim colocada é para que vocês OLHEM o infanticídio em volta de vocês no lugar de só procurarem entre os índios. O estado brasileiro QUANDO encontra a mãe que faz isso, bota a mulher na cadeia, não quer saber se essa mãe tinha casa, se estava passando fome, se sofria alguns distúrbios, se pelo menos essa mãe conseguiu fazer o pré-natal no posto de saúde. Sou contra o racismo e a xenofobia contra o nosso Povo Indígena, ainda mais provocado sem pensar, por isso recomendo que tratem do INFANTICÍDIO e não apenas dos povos indígenas".

RESPOSTA DE MÁRCIA (13/11/2010)- A dirigente da Ong Atini responde insistindo no uso da palavra infanticídio. Argumenta que a definição do termo vem do latim - *infanticidium* - que significa a morte de criança, especialmente recém-nascida. Reconhece que ele é amplamente cometido na sociedade brasileira, mas que existem outras ONGs para cuidar disso: "Conheça-nos melhor, sra. Rosi, assista nossos vídeos. Veja Rosi, são os próprios indígenas que falam. Depois de assistir a esses vídeos e ler nosso material entre em contato dizendo o que achou, por favor".

2ª. CARTA DE ROSI (14/11/2010) - Rosi assistiu o documentário '*Quebrando o silêncio*' feito pela ONG Atini e dirigido por Sandra Terena, onde se afirma que "crianças indesejadas são condenadas à morte por nascerem com deficiência física ou mental, por serem gêmeas, filhas de mãe solteira ou ainda por serem vistas como portadoras de azar para a comunidade". O documentário traz depoimentos de vários índios do Brasil central sobre o que a ONG classifica como infanticídio: "a tradição manda que as crianças sejam enterradas vivas, sufocadas com folhas, envenenadas ou abandonadas para morrer na floresta".

Rosi leu o texto "A estranha teoria do homicídio sem morte", de Marta Suzuki e deu, então, uma longa resposta, afirmando que sua interlocutora não compreendeu a profundidade do assunto, desconhece os estudos dos antropólogos, a quem ataca, e assume "as piores interpretações possíveis sobre os povos indígenas, sobretudo as questões das mulheres indígenas".

Os principais trechos vão aqui selecionados:

"Sou indígena. Entendo perfeitamente o que meus parentes indígenas do centro do país estão dizendo. Respeito o modo de pensar deles. Meu povo também tinha essa prática, mas não precisou de ONG nenhuma intervir, achando que somos incapazes de resolver nossos problemas".

"Quero dizer-lhe que os gêmeos, trigêmeos e os deficientes indígenas da região do Rio Negro, onde moro, estão todos vivos, sobrevivendo sem intervenção de ONGs. Apesar da ineficácia do sistema de saúde indígena, tivemos sim apoio da equipe de saúde nas reflexões e tomadas de decisões com relação ao assunto".

"Mas a ineficácia crônica dos poderes públicos com relação à assistência aos povos indígenas é grande. Isso sim tem que ser documentado, mostrando a verdadeira face de como os povos indígenas são tratados no Brasil. Os profissionais que atuam em áreas indígenas têm que ser melhor qualificados, as escolas e as universidades devem ter aulas de história indígena para explicar a diversidade e a peculiaridade de nossos povos".

"A falta de aprofundamento de estudos por parte da ONG deixa muito a desejar. Uma vez veiculada na mídia, a ideia do indígena ruim e mau já foi repassada, não tem como reverter. Vocês deveriam ter refletido que no nosso país tem muitos analfabetos de conhecimento indígena. Deveriam ter pensado que ao tratar dos povos indígenas, as interligações são diversas. Deveriam pensar uma melhor maneira de tratar o assunto, porque ele é mais profundo do que vocês imaginam".

"Os internautas que são analfabetos em assunto indígena não vão querer saber o contexto de cada caso, e jamais irão compreender, pois esse assunto não se estuda em academias e muito menos nas escolas. Generalizar para eles é mais simples e fácil, provocando conceitos racistas e xenofóbicos, assim como está ocorrendo".

"A questão não é julgar e condenar ninguém, mas esclarecer que o desejo de AJUDAR os povos indígenas não se resume em classificar cultura ruim e cultura boa, costume ruim e costume bom. Vai além disso, muito além. Quando os não-índios chegaram, também a intenção deles era AJUDAR, 'civilizando-nos' para os costumes deles, alegando que nossa cultura era atrasada, isso no olhar deles. Inconscientemente, vocês estão seguindo o mesmo caminho".

"Quando procurados para resolver o assunto, deveriam ter encaminhado aos órgãos competentes brasileiros e não tomar para vocês a responsabilidade que é do Estado. Aí sim, vocês estariam ajudando o país a revisar as políticas públicas relativas aos índios e a combater a omissão do Estado".

"Isso evitaria que os analfabetos em questões indígenas tivessem a interpretação que estão tendo, após o início da campanha de vocês. Na atualidade, o infanticídio está ligado à saúde pública e não somente à cultura desses povos. Mas o sistema de Saúde Indígena é ineficiente, com a maioria dos profissionais despreparados para atuar em áreas indígenas e lidar com tais assuntos. Os poucos profissionais competentes não são valorizados".

"Essas questões e outras relativas à saúde pública não são aprofundadas por vocês. É fácil falar superficialmente, o difícil é falar da raiz do problema e buscar solução. O despreparo da maioria dos órgãos públicos para lidar com certos assuntos indígenas sempre foi e é um grande problema. Alguns avanços foram feitos, mas falta ainda muito a caminhar. É preciso cobrar do Estado suas responsabilidades".

"Muitos séculos atrás, alguns naturalistas ocuparam infinitas páginas em seus diários, falando do infanticídio entre os povos indígenas. Mas pouco escreviam sobre as relações sociais familiares e a importância da criança indígena. Naquela época, éramos autônomos e felizes. Não existia Estado brasileiro, nem dinheiro, TV ou internet".

"Por que será que registravam o infanticídio entre os povos indígenas e nada escreviam sobre o infanticídio cometido pelos povos ao qual pertenciam? É fácil enxergar e julgar os outros, o difícil é olhar ao seu redor, entender cada contexto e sua realidade".

"Faz algum tempo, os jornais noticiaram que uma mulher seria apedrejada até a morte, no Irã, por ter cometido adultério. Então vários países foram contra, pois era uma VIDA que estava em jogo. Passado pouco tempo, os jornais noticiaram

que nos Estados Unidos um homem condenado à pena de morte foi executado, uma injeção retirou a VIDA dele. Um ser humano tira a VIDA de outro ser humano, isso com o consentimento de todos. Não vi nenhuma manifestação contra a execução".

"A questão não é se o ser humano que foi condenado é bom ou ruim, mas a discussão é sobre a VIDA. De acordo com slogan de vocês: SALVE UMA VIDA. No exemplo citado, uma vida foi tirada aos olhos do mundo inteiro. Analisemos o caso. O homem estava há anos confinado em celas do presídio. Não tinha liberdade! Isso é vida? Ele estava sozinho na cela, igual a um passarinho engaiolado. Sem sua família. Ele é um ser humano, foi gerado pelo pai e mãe, nasceu de uma mulher. Isso é vida? Talvez ele tinha uma esposa e até um filho. Mas não podia compartilhar com seus familiares. Isso é vida?"

"Para mim, que sou uma mulher indígena Waikhon, a Vida vai além do corpo físico, além dos órgãos vitais, além do espiritual, além do mundo que nos rodeia. Tudo tem vida: o ar que eu respiro, o sol que me aquece, o alimento que eu como, o rio, a mata... Mas isso é difícil para os não índios entenderem, porque vejo que estão matando a vida, por exemplo, os rios em suas cidades, vocês despejam lixo nele, tentam recuperar, mas os esgotos são canalizados para os rios e igarapés".

"Os rios e igarapés estão chorando, estão desidratados, estão quase morrendo. Eles não são seres humanos, mas têm vida. Nós, índios e não-índios, precisamos deles, porque sem água o ser humano não vive. Ele morre. Estão vendo como uma coisa está interligada à outra?"

"Com relação ao exemplo citado do homem condenado à morte, não tiraram só uma vida dele, tiraram várias, a vida final foi a dos órgãos vitais e a do corpo físico. Estão vendo como é complicado?"

"Muito tempo atrás, os 'civilizados' também começaram a tirar nossas vidas. Invadiram nossas aldeias. Queimaram nossas casas. Tomaram nossas terras. Estupraram nossas mulheres. Mataram nossas crianças. Travaram brigas de índio contra índio. Escravizaram nosso povo, nos chamando de atrasados, que impediam o progresso do Brasil. Hoje, muitos são executados por causa da posse da terra. Os não-índios ricos e poderosos colocam índio contra índio, nos dividem para poder tomar posse de nossas terras".

"Quando se trata de questão indígena, não se pode cuidar só do pé ou da mão. Nossos membros estão interligados. É preciso aprofundar o estudo sobre nossas culturas para não causar, mesmo inconscientemente, o racismo e a xenofobia na sociedade que ainda não consegue compreender os povos indígenas e as diferentes formas de sobreviver num mundo tão complicado".

"Quero dizer aos senhores que antigamente o povo a qual pertencio praticava o que vocês chamam de infanticídio e não era infanticídio, nem indígena, pois na época não tinham nos apelidado ainda de índio. Como seria intitulado nos dias atuais, se os exploradores de nossas terras, muitas delas tomadas pelos latifundiários, que nos chamam de preguiçosos, não tivessem nos apelidado? Seria infanticídio waikhon, kamaiurá, kayabi?"

"Atualmente nós não temos mais essa prática, pois os gêmeos, trigêmeos e deficientes continuam vivos, são acolhidos muito bem, também existem não-índios solidários que ajudam cuidando dessas crianças, mas elas NÃO SÃO RETIRADAS DE SUA FAMÍLIA NEM DE SUAS ALDEIAS. Na Terra Indígena onde habito somos mais de 20 povos indígenas, entre eles tem também os Yanomami. Recentemente, nasceram trigêmeos Yanomami, a equipe de saúde ficou temerosa, porque lá ainda existe essa prática".

"Diante disso, houve um DIÁLOGO entre a equipe de saúde, as lideranças indígenas, a família e o povo Yanomami. Sabe o que aconteceu? Depois de logo dias de diálogo, os pais ficaram com dois, os avós maternos ficaram com o terceiro. As crianças não foram retiradas do seu seio familiar, de seu povo, de suas terras, como vocês fazem. Tudo é questão do diálogo, respeito, entendimento, pois os povos indígenas, apesar das diferenças, têm inteligência e capacidade de chegar a um acordo".

"Já que a Ong Atini está tratando do público indígena, respeito o modo de pensar de vocês. Mas quero lhe dizer que uma vez um indígena afastado de seu povo, de seu habitat, de suas terras, essas famílias e crianças não deixarão de ser índios (as), mas nunca mais serão os mesmos. Pois terão que seguir as violentas regras da civilização e do capitalismo para sobreviverem, como mão de obra barata da sociedade integracionista".

"O que me entristece é o termo "infanticídio indígena", era melhor vocês

estudarem outro termo, porque esse atual afeta todos nós. Na atualidade, estamos tratando do assunto de forma diferente da de vocês e não ficamos pedindo dinheiro para montar uma aldeia na cidade. A Ong de vocês tem um habitat que se assemelha a uma aldeia conforme o entendimento de cada povo indígena? Porque pelo que vi lá tem pessoas de povos diferentes, tem Kamaiurá, Kayabi, Sateré-Mawé... Ou é tudo feito ao molde de vocês?"

"Cada povo indígena tem sua estrutura social, econômica, política, cultural, seu idioma, sua religião, sua alimentação...Isso aqueles que não sofreram a desestruturação do Estado brasileiro integracionista e a lavagem cerebral dos missionários que cuidam apenas da alma dos índios. Cada povo indígena sofreu a integração e a intromissão do não-índio de forma diferenciada e na atualidade tentaram de alguma forma se reorganizar e sobreviver. Vocês levam isso em conta? De que maneira?"

"Senhores, sou uma índia em busca de resposta e tentando sobreviver no mundo não-indígena. Penso que o diálogo é importante. Após a matéria de sua Ong veiculada na rede Record, sofri momentos terríveis. Sabe como os civilizados falaram na minha cara? *"Ei, índia, você não é gente, índio mata o próprio filho, vocês deviam morrer"*. Foi mais de uma pessoa, foi por isso que resolvi escrever. Meu dia virou um terror, em todos esses anos, nunca tinha ouvido palavras tão pesadas e racistas".

"Se vocês estivessem no meu lugar o que fariam? Registrar na delegacia? Mas como se num centro urbano desorganizado são tantas pessoas e não há polícias à disposição para tomar providências! Como pegar o nome dessas pessoas? Complicado pra quem não tem habilidade de cidade grande".

"Fiquei muito triste por tudo. Não culpo essas pessoas, porque elas simplesmente são influenciadas pela ignorância, mal devem ter uma TV em casa, muitas vezes não têm nem o que comer, muito menos irão se aprofundar sobre o assunto. São filhas do sistema opressor da ganância, do egoísmo e do individualismo. Se aconteceu comigo, pode ter acontecido com outros".

"Desculpem se estou ofendendo vocês, mas a cada dia que eu for ofendida por conta desse assunto, escreverei cartas, pois a escrita é a única ferramenta do não-índio que possuo. Só estou escrevendo, porque fui atingida como indígena. Não falo em nome dos povos indígenas do Brasil, porque compreendo as peculiaridades diversas e respeito a maneira de pensar dos outros parentes. Já temos problemas demais para ter que enfrentar no mundo atual. Todo cuidado é pouco para não travar brigas de índios contra índios. É isso que a Ong não consegue compreender".



PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS

[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

O ponto de partida deste GT foram as demandas identificadas por indígenas e psicólogos participantes dos encontros. Ali foram apontadas, como principais necessidades no campo da saúde mental indígena, o fortalecimento da identidade nativa, na redução do índice de suicídio e do uso de álcool e outras drogas.

Em consideração à necessidade de interlocução da Psicologia e dos psicólogos com os diversos atores envolvidos na questão, e também com outros campos do saber, o GT foi criado com os seguintes objetivos:

Afirmar a importância da Psicologia e do psicólogo na promoção da saúde indígena.

Proporcionar encontros e diálogo entre psicólogos, indígenas e os demais profissionais que atuam neste campo.

Ampliar espaços de troca entre os psicólogos interessados no tema ou que trabalhem com indígenas.

Sistematizar e divulgar o produto de reflexões coletivas, as quais possam servir de referência para a atuação dos psicólogos no campo da saúde mental indígena.

Publicado 30/8/2011

Acordo de Jokkmokk

Acordo de Jokkmokk

Publicado 13/12/2010

Jornalismo irresponsável com povos indígenas

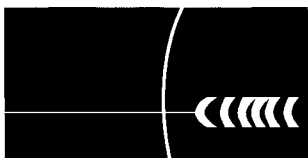
Jornalistas mal preparados a serviço de meios de comunicação que representam grupos religiosos cometem falta ética grave e aumentam o racismo contra os Povos Indígenas.

Publicado 13/12/2010

TROCA DE CARTAS ENTRE ROSI WAIKHON E MÁRCIA SUZUKI

Após a matéria do Domingo Espectacular a índio Rosi Waikhon escreve para a missionária Márcia Suzuki da ONG Atini

mais notícias...



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

A possibilidade de permuta de terra da União de ocupação tradicional do Povo Xavante, no Estado do Mato Grosso

Considerações jurídico-políticas

I Apresentação

O presente parecer foi elaborado a pedido da Presidência do Conselho Indigenista Missionário - Cimi, a partir de solicitação feita pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil a partir da edição da Lei nº 9.564, de 27 de junho de 2011, sancionada pelo Governador do Estado do Mato Grosso, autorizando a permuta da “área correspondente ao Parque Estadual do Araguaia com a área homologada da Reserva Indígena Maraiwãtséde”.

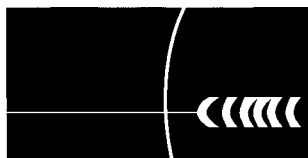
Visa trazer contribuições jurídico-política ao debate em torno do caso desta Terra Indígena que vem envolvendo desde a década de 1950-60 interesses particulares, o Governo do Estado do Mato Grosso, a União, o Ministério Público Federal, a Justiça Federal, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, organizações indigenistas não-governamentais e as próprias comunidades indígenas, na perspectiva de solução para os problemas territoriais que sobre estes últimos se abatem há tantos anos.

II Situação em comento

II.I A Terra Indígena Marãiwatséde

A Terra Indígena Marãiwatséde - localizada entre os municípios de Alto Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia e São Félix do Araguaia, no Mato Grosso, a 1.143 km de Cuiabá - foi identificada e demarcada para o usufruto exclusivo do Povo Xavante. Em 1998, foi administrativamente homologada e registrada em cartório como de propriedade da União Federal, conforme a legislação em vigor.

Os primeiros contatos da sociedade nacional com os Xavante desta área se deram por volta de 1957. A partir desse momento, os indígenas foram sendo “empurrados” para fora da área que interessava a não-indígenas, que se apossaram das terras, promovendo a degradação do meio ambiente e dificultando assim os meios de



subsistência dos indígenas. Ao mesmo tempo, as terras Xavante foram objeto de titulação originária pelo Estado de Mato Grosso a partir do ano de 1960¹.

Encurralados numa pequena área alagadiça, expostos a inúmeras doenças, os Xavante foram transferidos pela Força Aérea Brasileira (FAB) para a Terra Indígena São Marcos, ao sul do Estado, numa articulação entre particulares e governo militar ocorrida em 1966. Grande parte da comunidade sucumbiu neste período, devido a uma epidemia de sarampo.

Em 1980, a fazenda Suiá-Missu - incidente na Terra Indígena Maraiwãtséde - foi vendida para a empresa petrolífera italiana Agip. Durante a Conferência de Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro ("Eco 92") esta empresa, sob pressão principalmente de antropólogos e ambientalistas brasileiros e italianos, decidiu devolver Maraiwãtséde aos Xavante. Segundo o Parecer nº 9/DID/DAF/Funai de 2.7.1992², a situação configurou-se da seguinte forma:

"O presidente da ENI, 'holding' controladora da AGIP ètrolli, declarou à imprensa, em entrevista durante a ECO-92, no Rio de Janeiro, em junho de 92, que era favorável à devolução da terra aos Xavante.

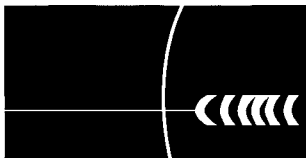
Contudo, uma semana apenas após as declarações do presidente da ENI, no final do mês de junho, a FUNAI tomou conhecimento de que as terras da fazenda Suiá-Missú estavam sendo loteadas e ocupadas por centenas de famílias, com o apoio de políticos da região, grandes fazendeiros e da própria AGIP do Brasil, com o intuito de obstar o retorno dos Xavante à área. Além disso, o INCRA de São Félix do Araguaia estaria cadastrando pessoas, vindas de vários pontos do país, interessadas em ocupar a fazenda."

Em 1º de outubro de 1993, o Ministro da Justiça faz publicar no Diário Oficial da União³ portaria declaratória da posse permanente indígena, para efeito de demarcação, determinando ainda "que a Funai promova a demarcação administrativa da Área Indígena ora declarada, para posterior homologação pelo Presidente da República, nos termos do Artigo 19, § 1º, da Lei nº 6.001/73 e Artigo 9º do Decreto nº 22/91 (então em vigor)". Através de despacho de 9.7.1996, publicado no dia 10.7.1996 no D.O.U., o Ministro da Justiça acolhe as conclusões do parecer da Funai sobre a Terra Indígena Maraiwãtséde, julgando improcedentes as contestações opostas à identificação e delimitação desta área indígena, de acordo com os ditames do Decreto nº 1.775/96 de normatiza o procedimento administrativo de demarcação.

¹ Documentos constantes do Processo Administrativo (INCRA) nº 202/87, fls. 36 *usque* 178 e certidão de fls. 186 *usque* 192.

² Publicado no D.O.U, anexo ao Despacho nº 22, de 29.7.1992 em 3.8.1992.

³ p. 188.



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

O Presidente da República, aos 11 de dezembro de 1998, assina o Decreto que “homologa a demarcação administrativa da Terra Indígena Marãiwatsédé, localizada nos Municípios de Alto Boa Vista e São Félix do Araguaia, Estado de Mato Grosso”⁴, ato administrativo que reconhece a legalidade do procedimento como um todo.

A homologação de terra indígena tem caráter meramente *declaratório* – e não *constitutivo* –, reconhecendo a nulidade dos atos que tivessem por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras e a inexistência de efeitos jurídicos sobre estas. Isto porque o direito indígena à posse e ao usufruto das terras é anterior a qualquer reconhecimento formal pelo Estado, pois trata-se de *direito originário* – o indigenato – e não pode ser confundido em hipótese alguma com os conceitos de posse do Direito civil.

Esclarece o professor José Afonso da Silva a respeito:

“Os dispositivos constitucionais sobre a relação dos índios com suas terras e o reconhecimento de seus direitos originários sobre elas nada mais fizeram do que consagrar e consolidar o indigenato, velha e tradicional instituição jurídica luso-brasileira que deita suas raízes já nos primeiros tempos da Colônia, quando do Alvará de 01.04.1680, confirmado pela Lei 6, de junho de 1755 (...) firmara o princípio de que, nas terras outorgadas a particulares, seria sempre reservado o direito dos índios, primários e naturais senhores delas”⁵.

À homologação segue-se o registro da referida terra indígena no Serviço do Patrimônio da União e no registro imobiliário das comarcas, na forma do Decreto n° 1.775/96.

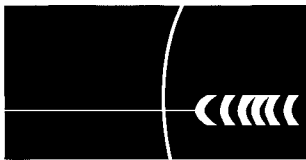
Enquanto permanecem conflituosamente na área, posseiros e fazendeiros seguem desmatando intensamente a área. Prova disso é que o maior foco de desmatamento detectado pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) em abril de 2011 na Amazônia Legal é uma área de 68,8 km² dentro de Marãiwatsédé, assim como um outro polígono semelhante a esse foi detectado em setembro de 2009. Segundo informações do Inpe, as imagens de satélite dão a impressão de que se trata de uma área que vem sendo degradada há algum tempo. Esta imensa área desmatada identificada em abril fica próxima à aldeia Xavante⁶.

Em 5 de fevereiro de 2007, o Juiz Federal da 5ª Vara/MT, dr. José Pires da Cunha, sentenciou na Ação Civil Pública n° 95.00.00679-0, na qual os numerosos invasores

⁴ Publicado no D.O.U em 14.12.1998.

⁵ in Curso de Direito Constitucional Positivo, 22. Ed., São Paulo, Malheiros, 2003. p. 856.

⁶ Mais informações disponíveis em <http://g1.globo.com/natureza/noticia/2011/05/maior-desmatamento-detectado-pelo-inpe-fica-dentro-de-terra-indigena.html>



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

– em contestação - pleiteavam a declaração de nulidade do processo administrativo FUNAI BSB/1318/92 e a portaria 363/93⁷ para, uma vez reconhecido como regular o procedimento demarcatório perpetrado pela Funai, ainda:

“a-) Condenar os Réus e todos aqueles, incertos, desconhecidos e terceiros, a deixar de efetuar toda e qualquer exploração extrativista, bem como de agricultura (ainda que de subsistência) e pecuária, na área da Terra Indígena Marãiwatsede;

b-) Determinar aos Réus e a todos aqueles, incertos, desconhecidos e terceiros não índios, que se retirem da Terra Indígena Marãiwatsede;

Deixo de acolher o pedido de condenação em indenização por danos causados à Comunidade Xavante da Terra Indígena Marãiwatsede, em relação à requerida Liquifarm Agropecuária Suiá Missú S/A, tendo em vista que os documentos acostados às fls. 309 e 310, endereçados à mesma, não lhe restringiam a utilização da terra.

Além disso, no Ofício PGR/GAB/ Nº 879, de 01/10/1992, endereçado ao Embaixador italiano no Brasil, o então Procurador-Geral da República, Aristides Junqueira Alvarenga, relata que “... antes que se pudesse formalizar a providência indicada, centenas de posseiros, comandados por políticos locais contrários à causa indígena, que compete ao Ministério Público Federal defender (art. 129, inciso V, da Constituição Federal), invadiram a referida Fazenda, numa extensão de mais ou menos 160.000 hectares, e lá se encontram fazendo cercas, desmatamentos, construções apressadas...”

c-) Condenar os requeridos a procederem o reflorestamento na área que ocupam.

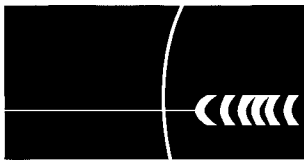
Determinar ao INCRA que promova, com urgência, o reassentamento dos posseiros cadastrados na área já reservada para tanto (Fazenda Guanabara).”

Em outubro de 2010, o Tribunal Regional Federal da 1ª. Região, em confirmação da decisão de primeiro grau – de 2007 - que havia reconhecido a legalidade no procedimento administrativo de demarcação da Marãiwatséde, determinou a retirada dos ocupantes não indígenas e a recuperação das áreas degradadas de Marãiwatséde⁸.

Não obstante a auto-executoriedade dessas decisões, o Ministério Público Federal entrou com um pedido de execução de sentença para que a Justiça Federal intimasse

⁷ Disponível em <http://www.mt.trf1.gov.br/publica/v5/2007/2007020.pdf>

⁸ Apelação 2007.01.00.051031-1, acórdão disponível em <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=20&pagina=244&data=22/11/2010>



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

todos os ocupantes não-índios da terra indígena Marãiwatséde, para que desocupassem a área, em 12 de maio de 2011.

Atendendo ao pedido da Procuradora da República Márcia Zollinger, o juiz Julier Sebastião da Silva, da 1ª Vara da Justiça Federal de Mato Grosso, determinou a remoção, em até 20 dias, das famílias de não índios que vivem na Terra Indígena Marãiwatséde nos seguintes termos, em 19 de junho:

"Prossiga-se a presente execução provisória, expedindo-se mandado de desocupação da área em litígio, com prazo de 20 dias, onde deverão ser mantidos apenas os indígenas."

Contudo, em 1º de julho, o Desembargador Fagundes de Deus suspendeu temporariamente o mandado de desocupação determinado pelo juiz federal no processo originário⁹, acatando o pedido de defesa dos produtores rurais da Reserva Marãiwatséde, após entender que haveria conflito no cumprimento da decisão pela ausência de um plano de desocupação da área. Os invasores obtiveram dessa forma a garantia da permanência na área até a apresentação, pela Funai e Ministério Público Federal deste plano.

Esta decisão - que contraria a sentença de primeira instância de 2007, já confirmada pela Quinta Turma do TRF em 2010 - vale frisar, sobrevém exatamente alguns dias após a sanção da lei nº 9.564/11 pelo governador de Mato Grosso, que autoriza o governo estadual a realizar uma permuta com a Fundação Nacional do Índio, "trocando" o bem da União que é a terra indígena Marãiwatséde pelo Parque Estadual do Araguaia.

II.II A Lei nº 9.564, de 27.6.2011, do Estado do Mato Grosso

Eis a íntegra da referida Lei¹⁰:

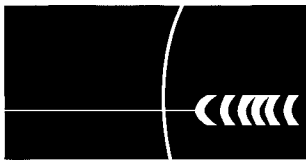
"LEI Nº 9.564, DE 27 DE JUNHO DE 2011.

*Autores: Deputado Riva e Deputado Adalto de Freitas
Autoriza o Governo do Estado realizar permuta com a
União, através da Fundação Nacional do Índio -
FUNAI, das áreas que especifica e dá outras
providências.*

*A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO
GROSSO, tendo em vista o que dispõe o Art. 42 da Constituição
Estadual, aprova e o Governador do Estado sanciona a seguinte
lei:*

⁹ Apelação nº 0053468-64.2007.4.01.0000.

¹⁰ Disponível em http://www.iomat.mt.gov.br/do/navegadorhtml/mostrar.htm?id=405146&edi_id=2885



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

Art. 1º Fica o Governo do Estado autorizado a permutar com a União, através da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, a área correspondente ao Parque Estadual do Araguaia com a área homologada da Reserva Indígena Marawaitsede.

Parágrafo único. A área do Parque Estadual do Araguaia terá como limites e confrontações os estabelecidos na Lei nº 8.458, de 17 de janeiro de 2006.

Art. 2º A permuta das áreas, referidas no Art. 1º, terá como objetivo a inserção da Nação Indígena Marawaitsede no Parque Estadual do Araguaia e a regularização fundiária aos atuais ocupantes da área da reserva.

Art. 3º Esta lei será regulamentada nos termos em que dispõe a Emenda Constitucional nº 19, de 20 de dezembro de 2001.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 27 de junho de 2011, 190º da Independência e 123º da República.”

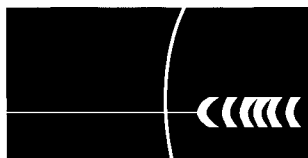
Trata-se, em suma, de lei meramente autorizativa que não tem o condão de efetivar permuta entre os dois entes federativos referidos – o Estado do Mato Grosso e a União.

É importante observar que a edição da Lei nº 9.564 surge décadas após todo o processo de usurpação da Terra Indígena Marawitséde, bem como no momento da conclusão do processo judicial iniciado em 1998, após sentença que se fez aguardar por nove anos e sua confirmação, após apelação dos irredimidos invasores, há poucos meses.

Diante do aumento da tensão local e da destruição ambiental, o Ministério Público Federal – órgão cujas funções institucionais definidas pela Constituição incluem a defesa judicial dos direitos e interesses das populações indígenas (inc. V do art. 129) e a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (inc. III) – requereu o cumprimento da sentença.

Apenas oito dias após a determinação do juiz de primeira instância determinando, enfim, a saída dos invasores de reconhecida má-fé, esta lei estadual raia no horizonte jurídico, apresentada pelos seus responsáveis como “a solução” que viria deslindar a questão:

“Autor do projeto, o deputado Riva explicou que a ideia surgiu da preocupação que a classe política e os moradores da região têm com o grande impacto econômico e social que seria provocado com a retirada das 700 famílias do local, que há mais de 20 anos é área produtiva e de sustentação social destas pessoas. Riva diz que também se orientou pela necessidade da conclusão de duas BR’s – a 158 e a 242 – que interligam MT ao



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

Estado do Pará e são essenciais para o escoamento e exportação da produção do Vale do Araguaia e outras regiões de Mato Grosso, que através destas rodovias terão acesso direto ao Porto de Barcarena-PA, e ainda pela necessidade de regularização fundiária das 700 propriedades instaladas na região.”¹¹

Como bem se extrai das colocações veiculadas pela mídia pelos proponentes da referida Lei, os direitos constitucionais indígenas não são considerados, podendo-se depreender que são mesmo, efetivamente, ignorados tanto pelos deputados mato-grossenses, como pela própria “classe política e [pel]os moradores da região”, em nome de quem estaria se expressando o governo estadual, na fala do deputado Riva:

“seria um contrasenso colocar índios em uma área explorada pelo branco durante 20 anos’. ‘Aprovamos a lei para que a Funai e o Ministério da Justiça saibam que, caso aceitem a proposta, não encontrarão dificuldades por parte do Estado’”¹²

Em síntese, esta lei surge como apanágio para os invasores da Terra Indígena Maraiwãtséde, configurando uma “solução política” que agrada a ocupantes de má-fé de bem de uso especial da União, em detrimento do povo indígena Xavante, sujeito de proteção especial da União, bem assim como sua terra tradicional, a posse permanente originária e o usufruto exclusivo de suas riquezas, como se explicará a seguir.

III Considerações sobre os direitos territoriais indígenas

III.1 Terra Indígena como bem de uso especial da União

A Constituição Federal brasileira é explícita, logo no início do Capítulo II do seu Título III, relacionando quais são os bens de uso especial de titularidade da União:

“Art. 20. São bens da União:

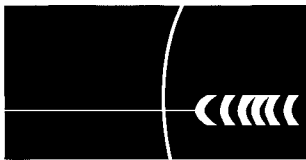
(...)

XI - as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios.”

Com a mesma clareza o constituinte originário formulou os direitos que o Estado nacional garante aos povos indígenas brasileiros:

¹¹ JOZINO, Jonas. Prefeitos e desembargador se beneficiariam com “mudança” de índios. Redação 24 Horas News. 02/07/2011 - 09h36. Disponível em <http://www.24horasnews.com.br/index.php?mat=375354>

¹² idem



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

“Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º - São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º - As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

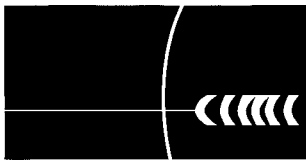
§ 3º - O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º - As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º - É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ‘ad referendum’ do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º - São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé. (...)”

Claríssima a caracterização os direitos dos povos indígenas na formulação constitucional alçando as terras indígenas à categoria de bens de uso especial de titularidade da União, afetadas para a posse permanente e o usufruto exclusivo de suas riquezas pelos povos indígenas, objetivando que estes as habitem em caráter



permanente, utilizem-nas para suas atividades produtivas, garantindo seu bem-estar pela preservação dos recursos ambientais e sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

Não obstante o brilhantismo da formulação constitucional a respeito da definição e da proteção máxima concedida pela Constituição às terras indígenas, vêm corroborar, posteriormente, esta compreensão dois importantes marcos internacionais sobre os direitos indígenas. Assim tratam a questão a *Convenção n° 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais* - internalizada no Direito brasileiro através do Decreto n° 5.051, de 19.4.2004 - e a *Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas* - ratificada pelo Brasil em 2007 - respectivamente:

“Artigo 14

- 1. Dever-se-á reconhecer aos povos interessados os direitos de propriedade e de posse sobre as terras que tradicionalmente ocupam. (...)*
- 2. Os governos deverão adotar as medidas que sejam necessárias para determinar as terras que os povos interessados ocupam tradicionalmente e garantir a proteção efetiva dos seus direitos de propriedade e posse. (...)*
[Convenção 169 da OIT]

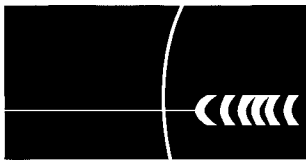
“Artigo 26

- 1. Os povos indígenas têm direito às terras, territórios e recursos que possuem e ocupam tradicionalmente ou que tenham outra forma utilizado ou adquirido. (...)*
- 2. Os Estados assegurarão reconhecimento e proteção jurídicos a essas terras, territórios e recursos. Tal reconhecimento respeitará adequadamente os costumes, as tradições e os regimes de posse da terra dos povos indígenas a que se refiram.”* *[Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas]*

III.II Possibilidade de permuta de Terra Indígena, bem de uso especial da União

Na significação técnica do Direito, a permuta exprime “o contrato, em virtude do qual os contratantes *trocam* ou *cambiam* entre si coisas de sua propriedade¹³”. Ou seja, é a cristalização de um negócio jurídico formalizado por um contrato, através do qual as partes transferem e recebem um bem, uma da outra, bens esses que se substituem reciprocamente no patrimônio dos permutantes.

¹³ SILVA, De Plácido e. Vocabulário Jurídico. 10 ed., Rio de Janeiro. Forense, 1987. p. 357.



A permuta pressupõe uma *alienação* e uma aquisição de coisa, da mesma espécie ou não. Essa modalidade de contrato surgiu nos tempos remotos e era usualmente utilizado pelos primitivos para adquirirem aquilo que necessitavam ou desejavam, através da troca de um objeto por outro. Em princípio, tudo que pode ser objeto de venda, pode também ser objeto de troca ou permuta, bastando existir a vontade e concordância entre as partes de efetuar essa modalidade de *alienação* de coisa (res). O contrato de troca ou permuta faz nascer para as partes a obrigação de transferir a propriedade da coisa permutada entre si.

A troca ou permuta é regulamentada pelo Código Civil, com redação dada pelo artigo 533, nos seguintes termos:

*“Art. 533. Aplicam-se à troca as disposições referentes à compra e venda, com as seguintes modificações:
I - salvo disposição em contrário, cada um dos contratantes pagará por metade as despesas com o instrumento da troca;
II - é anulável a troca de valores desiguais entre ascendentes e descendentes, sem consentimento dos outros descendentes e do cônjuge do alienante.”*

Definida o que seja a permuta, a possibilidade jurídica de sua realização, entretanto, demanda análise da transação específica.

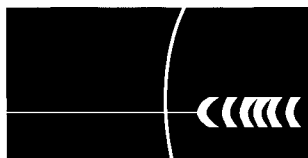
Em princípio, a realização de permuta objetivando bem público *poderia* se configurar numa possibilidade, desde que o bem em questão pudesse ser desafetado da destinação pública especial. Caso tal desafetação pudesse ocorrer, o bem público poderia, eventualmente, ser permutado com outro bem público ou particular, da mesma espécie ou de outra. No entanto, enquanto estiver mantida a afetação, o bem de uso especial estará subordinado ao regime jurídico correspondente, considerado inalienável¹⁴.

Na análise da possibilidade de alienação de Terra Indígena, enquanto bem imóvel da União, com afetação especial - qual seja *sua destinação para a posse permanente e usufruto exclusivo de suas riquezas por povo indígena* - inexistente qualquer legislação própria a não ser a definição insofismável trazida pelo constituinte originário, na forma do art. 231 e parágrafos, sem exceção.

Nesse sentido, digna de nota a confirmadora¹⁵ lição da profa. Maria Sylvia Zanella Di Pietro:

¹⁴ JUSTEN FILHO, Marçal. Curso de direito administrativo. São Paulo, Saraiva, 2006. p. 919-710.

¹⁵ In Direito administrativo. 19 ed., São Paulo, Atlas, 2006. p. 679.



“As terras indígenas são bens públicos de uso especial; embora não se enquadrem no conceito do artigo 99, II do Código Civil, a sua afetação e a sua inalienabilidade e indisponibilidade, bem como a imprescritibilidade dos direitos a elas relativos, conforme previsto no § 4º do artigo 231 da Constituição, permite incluí-las nessa categoria de bem.”

Alguns bens de uso especial são, por natureza, insuscetíveis de desafetação, ou seja, é absolutamente impossível a sua alienação, em qualquer modalidade que esta se apresente – inclusive a permuta. Este é precisamente o caso das terras indígenas.

A Constituição reza, apropriadamente, que *as terras indígenas não podem ser alienadas, disponibilizadas ou ter destinação diversa daquela inscrita no § 4º do art. 231*. Não podem ser vendidas, alugadas, concedidas, arrendadas nem permutadas por sua proprietária, a União, ou pelos índios que as habitam.

Trata-se de medida de proteção dessas terras, na tentativa legal de evitar sua usurpação face espoliação histórica dos territórios dos povos indígenas, da qual fizeram parte – e ainda fazem – massacres, expulsões, remoção e confinamento destes, tendo como motor a ocupação das terras e o fortalecimento de uma sociedade patrimonialista e agrária¹⁶.

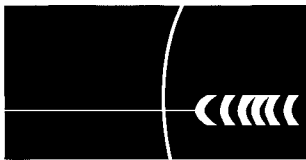
Nesse debate permanece, entretanto, oculta a norma de proteção às terras indígenas em relação à ocupação por terceiros, inscrita no art. 20 da Lei nº 4.947, de 6.4.1966 – ano da remoção dos Xavante de Maraiwãtséde, que aqui se traz, a fim de não se perder de foco consequências do processo de usurpação lá ocorrido:

*“Invadir, com intenção de ocupá-las, terras da União, dos Estados e dos Municípios.
Pena: Detenção de 6 meses a 3 anos.”*

III.III Possibilidade de remoção ou transferência de povo indígena de sua terra tradicional

A Constituição Federal é cristalina quanto à impossibilidade da remoção definitiva de povos indígenas de suas terras, excepcionando a vedação apenas em duas hipóteses

¹⁶ VILLARES, Luiz Fernando. Direito e povos indígenas. Curitiba, Juruá, 2009. p. 120.



expressas no § 5º do artigo 231. Dentro dessa restrição extrema, estão as hipóteses de *catástrofe* ou *epidemia* que ponha em risco as comunidades.

Em ambos os casos – de excepcionalidade extrema, posto que de remota verificação – e apenas nestes casos, será admitida a possibilidade de *remoção temporária* dos indígenas de suas terras, atendidas ainda duas condições de caráter relevante para sua ocorrência: a submissão de tal decisão ao exame e posterior aprovação pelo Congresso Nacional e – *ipsis litteris* – “garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco. Repise-se:

“Art. 231. (...)

§ 5º - É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ‘ad referendum’ do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.”

A legislação específica, na forma do atual Estatuto do Índio – Lei 6001/73 –, ainda que anterior à Constituição e nos estritos limites do que foi por esta recepcionado, assim normatiza a questão:

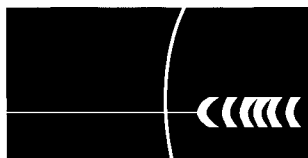
“Art. 20. (...)

§ 3º Somente caberá a remoção de grupo tribal quando de todo impossível ou desaconselhável a sua permanência na área sob intervenção (...)”

A Convenção 169 da OIT impõe, ademais, o *consentimento livre e com pleno conhecimento do povo indígena* para que tal traslado possa ser efetuado, concordando com a Constituição brasileira no sentido do imediato retorno dos grupos às suas terras uma vez cessado o excepcional motivo que teria ocasionado sua excepcional transferência:

“Artigo 16

- 1. Com reserva do disposto nos parágrafos a seguir do presente Artigo, os povos interessados não deverão ser trasladados das terras que ocupam.*
- 2. Quando, excepcionalmente o traslado e o reassentamento desses povos sejam considerados necessários, só poderão ser efetuados com o consentimento dos mesmos, concedido livremente e com pleno conhecimento de causa. (...)*
- 3. Sempre que for possível, esses povos deverão ter o direito de voltar a suas terras tradicionais assim que deixarem de existir*



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

*as causas que motivaram seu traslado e reassentamento.
(...)”*

Finalmente, a Declaração das Nações Unidas vai no mesmo sentido a respeito da questão:

“Artigo 10

Os povos indígenas não serão removidos à força de suas terras ou territórios. Nenhum traslado se realizará sem o consentimento livre, prévio e informado dos povos indígenas interessados e sem um acordo prévio sobre uma indenização justa e eqüitativa e, quando possível, a opção do regresso.”

Do exposto, manifesta a ilegalidade de qualquer modalidade que resulte em transferência de povo indígena de sua terra tradicionalmente ocupada, a não ser nos casos das exceções admitidas pela Constituição - em caso de força maior de raríssima ocorrência, quais sejam catástrofe ou epidemia que coloque em risco sua sobrevivência – e ainda assim, na condição de referendo do Congresso Nacional e imediato retorno às suas terras tão logo finalizado o motivo que tenha justificado medida de extrema gravidade como a remoção.

Quanto ao consentimento do povo Xavante, transcrevemos manifestação da Coordenação Geral Indígena Xavante (CIX), através de nota divulgada amplamente pela rede de computadores, em relação à proposta de transferência do povo Xavante da Terra Indígena Marãiwatsédé para o Parque Estadual do Araguaia¹⁷:

“NOTA DE REPÚDIO DA CIX CONTRA A PROPOSTA DO GOVERNO DO MATO GROSSO

Não senhor governador. Não iremos aceitar a injúria que nos foi colocada.

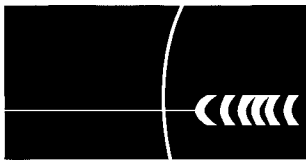
Não vamos desocupar nosso território tradicional Marãiwatsédé para dar lugar às plantações desse agronegócio sujo que se espalha como praga no Mato Grosso e por todo o país.

Não nos confunda com seus pares. Não negociamos o nosso território.

Nem por todo o dinheiro que possam tirar de suas fazendas e plantações, nem com todo ouro que possam ter, não compraram nossa Marãiwatsédé.

Não embarcaremos mais uma vez na caravana do êxodo que assassinou mais de uma centena de Xavante, na década de 60, quando a Agropecuária Suiá-Missú nos expulsou daqui.

¹⁷ Disponível em <http://www.amazonianativa.org.br/noticia.php?id=75>



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

O disparate proposto pelo Governo do Mato Grosso, de levar nossas famílias de Marãiwatsédé para o Parque do Araguaia não encontra qualquer amparo legal.

É uma afronta ao que bem entendemos como nossos direitos amparados pela Constituição Federal e por organismos internacionais de Direitos Humanos, como a convenção 169 da OIT.

Senhor Governador, o agronegócio não é mais importante que a vida do povo Xavante que há anos luta para ter o direito de viver em paz dentro de seu território.

Daqui não sairemos jamais. Marãiwatsédé é Território do povo Guerreiro Xavante.

Saudações Indígenas,

Assina a nota :

Cacique Guerreiro Agnelo Xavante

COORDENADOR GERAL DO CIX e Presidente do CONDEF – COIAB”

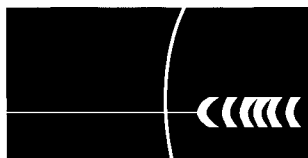
Em apoio ao povo Xavante, a sociedade brasileira faz circular um Manifesto contra a proposta do governo do Mato Grosso, durante a vigência do Estado Democrático de Direito, de retirada deste povo de suas terras tradicionais pela segunda vez. Este manifesto tem circulado pela rede mundial de computadores¹⁸, repudiando “a proposta inconstitucional levada ao Ministério da Justiça pelo governador de Mato Grosso”.

IV Conclusão

Pelo exposto, à guisa de conclusão entendemos, s.m.j, que:

1. A Terra Indígena Maraiwãtséde é bem de uso especial da União, para o fim específico de posse permanente e usufruto exclusivo de suas riquezas pelo povo Xavante.
2. A posse permanente da Terra Indígena Maraiwãtséde é garantida por força constitucional ao povo Xavante.
3. O usufruto exclusivo dos Xavante, também garantido constitucionalmente, implica na utilização da Terra Indígena Maraiwãtséde, bem como de todas as riquezas que ela comporta apenas e somente pelo povo Xavante a ela afeto.

¹⁸ Disponível em <http://www.amazonianativa.org.br/noticia.php?id=71>



CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

Órgão anexo à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Secretariado Nacional

Assessoria Jurídica

4. A inalienabilidade e a indisponibilidade gravadas constitucionalmente sobre a da Terra Indígena Xavante Maraiwãtséde significam, na prática, que as terras indígenas não podem ser cedidas, doadas, transferidas, vendidas ou mesmo, *permutadas*.
5. Não encontra respaldo constitucional, tampouco, qualquer iniciativa de remover ou transferir definitivamente o povo Xavante da Terra Indígena Maraiwãtséde, em benefício de iniciativas de terceiros.
6. A Lei n° 9.564, de 27 de junho de 2011, aprovada pela Assembléia legislativa do Estado do Mato Grosso e sancionada pelo governador daquele Estado é nula e sem eficácia frente à sua inconstitucionalidade, ferindo ainda legislação internacional adotada internamente ou ratificada pela República Federativa do Brasil e favorecendo o acirramento da tensão local contra a legítima presença do povo Xavante na Terra Indígena Maraiwãtséde.
7. A Lei n° 9.564, de 27 de junho de 2011, do Estado do Mato Grosso, pode ser objeto de Ação de inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal, pelos legitimados pelo art. 103 da Constituição Federal para tanto, a saber: o Presidente da República; a Mesa do Senado Federal; a Mesa da Câmara dos Deputados; a Mesa da Câmara Legislativa do Distrito Federal; o Governador de Estado ou do Distrito Federal; o Procurador-Geral da República; o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil; partido político com representação no Congresso Nacional; confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional.

Brasília, 7 de julho de 2011.

Denise da Veiga Alves
OAB/DF 24.399

Adelar Cupsinski
OAB/GO 29.907



Senado Federal
Subsecretaria de Informações

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

LEI Nº 12.416, DE 9 DE JUNHO DE 2011.

Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a oferta de educação superior para os povos indígenas.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 79 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"Art. 79.

.....

§ 3º No que se refere à educação superior, sem prejuízo de outras ações, o atendimento aos povos indígenas efetivar-se-á, nas universidades públicas e privadas, mediante a oferta de ensino e de assistência estudantil, assim como de estímulo à pesquisa e desenvolvimento de programas especiais." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de junho de 2011; 190^o da Independência e 123^o da República.

DILMA ROUSSEFF

Fernando Haddad

**Membros****Contato****Objetivos****Antecedentes****Legislação específica****Mapa da População****Ações realizadas****Sistematização 2009****Projeto 2010****Grupo de Estudos****Imagens****Vídeos****Livro****Notícias****Interação****E-Grupo****Agenda****Links****Textos****Envie seu texto**

Decreto Federal nº. 6.861, de 27.05.2009: Dispõe sobre a Educação Escolar Indígena, define sua organização em territórios etnoeducacionais, e dá outras providências.

Fonte: Administração do Site, DOU, Seção I, de 28.05.2009. Pg 23 e 24. 28/05/2009

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, e tendo em vista o disposto no art. 231, ambos da Constituição, e nos arts. 78 e 79 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, na Lei nº. 10.172, de 9 de janeiro de 2001, e no Decreto nº. 5.051 de 19 de abril de 2004,

D E C R E T A :

Art. 1º A educação escolar indígena será organizada com a participação dos povos indígenas, observada a sua territorialidade e respeitando suas necessidades e especificidades.

Art. 2º São objetivos da educação escolar indígena:

I - valorização das culturas dos povos indígenas e a afirmação e manutenção de sua diversidade étnica;

II - fortalecimento das práticas socioculturais e da língua materna de cada comunidade indígena;

III - formulação e manutenção de programas de formação de pessoal especializado, destinados à educação escolar nas comunidades indígenas;

IV - desenvolvimento de currículos e programas específicos, neles incluindo os conteúdos culturais correspondentes às respectivas comunidades;

V - elaboração e publicação sistemática de material didático específico e diferenciado; e

VI - afirmação das identidades étnicas e consideração dos projetos societários definidos de forma autônoma por cada povo indígena.

Art. 3º Será reconhecida às escolas indígenas a condição de escolas com normas próprias e diretrizes curriculares específicas, voltadas ao ensino intercultural e bilíngue ou multilíngue, gozando de prerrogativas especiais para organização das atividades escolares, respeitado o fluxo das atividades econômicas, sociais, culturais e religiosas

e as especificidades de cada comunidade, independentemente do ano civil.

Art. 4º Constituirão elementos básicos para a organização, a estrutura e o funcionamento da escola indígena:

I - sua localização em terras habitadas por comunidades indígenas;

II - exclusividade de atendimento a comunidades indígenas;

III - ensino ministrado nas línguas maternas das comunidades atendidas; e

IV - organização escolar própria.

Parágrafo único. A escola indígena será criada por iniciativa ou reivindicação da comunidade interessada, ou com sua anuência, respeitadas suas formas de representação.

Art. 5º A União prestará apoio técnico e financeiro às seguintes ações voltadas à

ampliação da oferta da educação escolar às comunidades indígenas, entre outras que atendam aos objetivos previstos neste Decreto:

- I - construção de escolas;
- II - formação inicial e continuada de professores indígenas e de outros profissionais da educação;
- III - produção de material didático;
- IV - ensino médio integrado à formação profissional; e

§ 1º O apoio financeiro do Ministério da Educação será orientado a partir das ações previstas e pactuadas no plano de ação de cada território etnoeducacional, previstos nos arts. 6º, 7º e 8º, e veiculadas pelo Plano de Ações Articuladas - PAR de que trata o

Decreto nº. 6.094, de 24 de abril de 2007.

§ 2º As ações apoiadas pelo Ministério da Educação deverão estar em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais da educação escolar indígena, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6º Para fins do apoio de que trata o art. 5º, a organização territorial da educação escolar indígena será promovida a partir da definição de territórios etnoeducacionais pelo Ministério da Educação, ouvidos:

- I - as comunidades indígenas envolvidas;
- II - os entes federativos envolvidos;
- III - a Fundação Nacional do Índio - FUNAI;
- IV - a Comissão Nacional de Educação Escolar Indígena;
- V - os Conselhos Estaduais de Educação Escolar Indígena; e
- VI - a Comissão Nacional de Política Indigenista - CNPI.

Parágrafo único. Cada território etnoeducacional compreenderá, independentemente da divisão político-administrativa do País, as terras indígenas, mesmo que descontínuas, ocupadas por povos indígenas que mantêm relações intersocietárias caracterizadas por raízes sociais e históricas, relações políticas e econômicas, filiações lingüísticas, valores e práticas culturais compartilhados.

Art. 7º Cada território etnoeducacional contará com plano de ação para a educação escolar indígena, nos termos do art. 8º, elaborado por comissão integrada por:

- I - um representante do Ministério da Educação;
- II - um representante da FUNAI;
- III - um representante de cada povo indígena abrangido pelo território etnoeducacional ou de sua entidade; e
- IV - um representante de cada entidade indigenista com notória atuação na educação escolar indígena, no âmbito do território etnoeducacional.

§ 1º Serão obrigatoriamente convidados para integrar a comissão os Secretários de Educação dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, sobre os quais incidam o território etnoeducacional.

§ 2º A comissão poderá convidar ou admitir outros membros, tais como representantes do Ministério Público, das instituições de educação superior, da rede de formação profissional e tecnológica, além de representantes de outros órgãos ou entidades que desenvolvam ações voltadas para a educação escolar indígena.

§ 3º A comissão deverá submeter o plano de ação por ela elaborado à consulta das comunidades indígenas envolvidas.

§ 4º Será assegurado às instâncias de participação dos povos indígenas acesso às informações sobre a execução e resultados das ações previstas nos planos.

§ 5º A comissão elaborará suas normas internas de funcionamento e reunir-se-á, no mínimo semestralmente, em sessões ordinárias, e, sempre que necessário, em sessões extraordinárias.

§ 6º A comissão acompanhará a execução do plano e promoverá sua revisão periódica.

Art. 8º O plano de ação deverá conter:

- I - diagnóstico do território etnoeducacional com descrição sobre os povos, população, abrangência territorial, aspectos culturais e lingüísticos e demais informações de caráter relevante;
- II - diagnóstico das demandas educacionais dos povos indígenas;
- III - planejamento de ações para o atendimento das demandas educacionais; e
- IV - descrição das atribuições e responsabilidades de cada partícipe no que diz respeito à educação escolar indígena, especialmente quanto à construção de escolas indígenas, à formação e contratação de professores indígenas e de outros profissionais da educação, à produção de material didático, ao ensino médio integrado à educação profissional

e à alimentação escolar indígena.

Parágrafo único. O Ministério da Educação colocará à disposição dos entes federados envolvidos equipe técnica que prestará assistência na elaboração dos planos de ação e designará consultor para acompanhar sua execução.

Art. 9º A formação de professores indígenas será desenvolvida no âmbito das instituições formadoras de professores e será orientada pelas diretrizes curriculares nacionais da educação escolar indígena.

§ 1º Os cursos de formação de professores indígenas darão ênfase à:

I - constituição de competências referenciadas em conhecimentos, valores, habilidades e atitudes apropriadas para a educação indígena;

II - elaboração, ao desenvolvimento e à avaliação de currículos e programas próprios;

III - produção de material didático; e

IV - utilização de metodologias adequadas de ensino e pesquisa.

§ 2º A formação dos professores indígenas poderá ser feita concomitantemente à sua escolarização, bem como à sua atuação como professores.

Art. 10. A produção de material didático e para-didático para as escolas indígenas deverá apresentar conteúdos relacionados aos conhecimentos dos povos indígenas envolvidos, levando em consideração a sua tradição oral, e será publicado em versões bilíngües, multilíngües ou em línguas indígenas, incluindo as variações dialetais da língua portuguesa, conforme a necessidade das comunidades atendidas.

Parágrafo único. As propostas de elaboração e produção de material didático para as escolas indígenas apoiadas com recursos do Ministério da Educação serão submetidas à análise e aprovação de comissão instituída para apoio à produção de material didático indígena.

Art. 11. As propostas pedagógicas para o ensino médio integrado à formação profissional dos alunos indígenas deverão articular as atividades escolares com os projetos de sustentabilidade formulados pelas comunidades indígenas e considerar as especificidades regionais e locais.

Art. 12. A alimentação escolar destinada às escolas indígenas deve respeitar os hábitos alimentares das comunidades, considerados como tais as práticas tradicionais que fazem parte da cultura e da preferência alimentar local.

Art. 13. As despesas da União com educação escolar indígena correrão à conta das dotações orçamentárias anualmente consignadas ao Ministério da Educação, devendo o Poder Executivo compatibilizar a quantidade de projetos a serem aprovados com as dotações orçamentárias existentes, observados os limites estipulados pelo Poder

Executivo, na forma da legislação orçamentária e financeira.

Art. 14. O Ministério da Educação coordenará a implantação, o acompanhamento e a avaliação da educação escolar indígena, respeitada a autonomia e mantidas as responsabilidades e competências dos entes federativos.

Art. 15. O § 2º do art. 11 do Decreto nº. 5.773, de 9 de maio de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 2º A instituição que oferecer curso antes da devida autorização, quando exigida, terá sobrestados os processos de autorização e credenciamento em curso, pelo prazo previsto no § 1º do art. 68." (NR)

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de maio de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Tarso Genro

Fernando Haddad



Asamblea General

Distr. general
10 de diciembre de 2007

Sexagésimo primer período de sesiones
Tema 68 del programa

Resolución aprobada por la Asamblea General

[sin remisión previa a una Comisión Principal (A/61/L.67 y Add.1)]

61/295. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

La Asamblea General,

Tomando nota de la recomendación que figura en la resolución 1/2 del Consejo de Derechos Humanos, de 29 de junio de 2006¹, en la que el Consejo aprobó el texto de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas,

Recordando su resolución 61/178, de 20 de diciembre de 2006, en la que decidió aplazar el examen y la adopción de medidas sobre la Declaración a fin de disponer de más tiempo para seguir celebrando consultas al respecto, y decidió también concluir su examen de la Declaración antes de que terminase el sexagésimo primer período de sesiones,

Aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas que figura en el anexo de la presente resolución.

*107ª sesión plenaria
13 de septiembre de 2007*

Anexo

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas

La Asamblea General,

Guiada por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y la buena fe en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados de conformidad con la Carta,

Afirmando que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos y reconociendo al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales,

** Segunda reimpresión por razones técnicas.

¹ Véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo primer período de sesiones, Suplemento No. 53 (A/61/53)*, primera parte, cap. II, secc. A.

Afirmando también que todos los pueblos contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas, que constituyen el patrimonio común de la humanidad,

Afirmando además que todas las doctrinas, políticas y prácticas basadas en la superioridad de determinados pueblos o individuos o que la propugnan aduciendo razones de origen nacional o diferencias raciales, religiosas, étnicas o culturales son racistas, científicamente falsas, jurídicamente inválidas, moralmente condenables y socialmente injustas,

Reafirmando que, en el ejercicio de sus derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación,

Preocupada por el hecho de que los pueblos indígenas han sufrido injusticias históricas como resultado, entre otras cosas, de la colonización y de haber sido desposeídos de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer, en particular, su derecho al desarrollo de conformidad con sus propias necesidades e intereses,

Reconociendo la urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos,

Reconociendo también la urgente necesidad de respetar y promover los derechos de los pueblos indígenas afirmados en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos con los Estados,

Celebrando que los pueblos indígenas se estén organizando para promover su desarrollo político, económico, social y cultural y para poner fin a todas las formas de discriminación y opresión dondequiera que ocurran,

Convencida de que si los pueblos indígenas controlan los acontecimientos que los afecten a ellos y a sus tierras, territorios y recursos podrán mantener y reforzar sus instituciones, culturas y tradiciones y promover su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones y necesidades,

Reconociendo que el respeto de los conocimientos, las culturas y las prácticas tradicionales indígenas contribuye al desarrollo sostenible y equitativo y a la ordenación adecuada del medio ambiente,

Destacando la contribución de la desmilitarización de las tierras y territorios de los pueblos indígenas a la paz, el progreso y el desarrollo económicos y sociales, la comprensión y las relaciones de amistad entre las naciones y los pueblos del mundo,

Reconociendo en particular el derecho de las familias y comunidades indígenas a seguir compartiendo la responsabilidad por la crianza, la formación, la educación y el bienestar de sus hijos, en consonancia con los derechos del niño,

Considerando que los derechos afirmados en los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos entre los Estados y los pueblos indígenas son, en algunas situaciones, asuntos de preocupación, interés, responsabilidad y carácter internacional,

Considerando también que los tratados, acuerdos y demás arreglos constructivos, y las relaciones que representan, sirven de base para el fortalecimiento de la asociación entre los pueblos indígenas y los Estados,

Reconociendo que la Carta de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como la Declaración y el Programa de Acción de Viena³ afirman la importancia fundamental del derecho de todos los pueblos a la libre determinación, en virtud del cual éstos determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural,

Teniendo presente que nada de lo contenido en la presente Declaración podrá utilizarse para negar a ningún pueblo su derecho a la libre determinación, ejercido de conformidad con el derecho internacional,

Convencida de que el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en la presente Declaración fomentará las relaciones armoniosas y de cooperación entre los Estados y los pueblos indígenas, basadas en los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la no discriminación y la buena fe,

Alentando a los Estados a que respeten y cumplan eficazmente todas sus obligaciones para con los pueblos indígenas dimanantes de los instrumentos internacionales, en particular las relativas a los derechos humanos, en consulta y cooperación con los pueblos interesados,

Destacando que corresponde a las Naciones Unidas desempeñar un papel importante y continuo de promoción y protección de los derechos de los pueblos indígenas,

Estimando que la presente Declaración constituye un nuevo paso importante hacia el reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos y las libertades de los pueblos indígenas y en el desarrollo de actividades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas en esta esfera,

Reconociendo y reafirmando que los indígenas tienen sin discriminación todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional, y que los pueblos indígenas poseen derechos colectivos que son indispensables para su existencia, bienestar y desarrollo integral como pueblos,

Reconociendo que la situación de los pueblos indígenas varía de región en región y de país a país y que se debe tener en cuenta la significación de las particularidades nacionales y regionales y de las diversas tradiciones históricas y culturales,

Proclama solemnemente la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, cuyo texto figura a continuación, como ideal común que debe perseguirse en un espíritu de solidaridad y respeto mutuo:

Artículo 1

Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como individuos, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴ y las normas internacionales de derechos humanos.

² Véase la resolución 2200 A (XXI), anexo.

³ A/CONF.157/24 (Part I), cap. III.

⁴ Resolución 217 A (III).

Artículo 2

Los pueblos y los individuos indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas.

Artículo 3

Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural.

Artículo 4

Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho a la libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de medios para financiar sus funciones autónomas.

Artículo 5

Los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, manteniendo a la vez su derecho a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.

Artículo 6

Toda persona indígena tiene derecho a una nacionalidad.

Artículo 7

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.
2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo a vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

Artículo 8

1. Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a no ser sometidos a una asimilación forzada ni a la destrucción de su cultura.
2. Los Estados establecerán mecanismos eficaces para la prevención y el resarcimiento de:
 - a) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia privarlos de su integridad como pueblos distintos o de sus valores culturales o su identidad étnica;
 - b) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia desposeerlos de sus tierras, territorios o recursos;
 - c) Toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos;
 - d) Toda forma de asimilación o integración forzada;

e) Toda forma de propaganda que tenga como fin promover o incitar a la discriminación racial o étnica dirigida contra ellos.

Artículo 9

Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a pertenecer a una comunidad o nación indígena, de conformidad con las tradiciones y costumbres de la comunidad o nación de que se trate. Del ejercicio de ese derecho no puede resultar discriminación de ningún tipo.

Artículo 10

Los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. No se procederá a ningún traslado sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados, ni sin un acuerdo previo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, la opción del regreso.

Artículo 11

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Ello incluye el derecho a mantener, proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas, como lugares arqueológicos e históricos, objetos, diseños, ceremonias, tecnologías, artes visuales e interpretativas y literaturas.

2. Los Estados proporcionarán reparación por medio de mecanismos eficaces, que podrán incluir la restitución, establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas, respecto de los bienes culturales, intelectuales, religiosos y espirituales de que hayan sido privados sin su consentimiento libre, previo e informado o en violación de sus leyes, tradiciones y costumbres.

Artículo 12

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a manifestar, practicar, desarrollar y enseñar sus tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas; a mantener y proteger sus lugares religiosos y culturales y a acceder a ellos privadamente; a utilizar y controlar sus objetos de culto, y a obtener la repatriación de sus restos humanos.

2. Los Estados procurarán facilitar el acceso y/o la repatriación de objetos de culto y de restos humanos que posean mediante mecanismos justos, transparentes y eficaces establecidos conjuntamente con los pueblos indígenas interesados.

Artículo 13

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a revitalizar, utilizar, fomentar y transmitir a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, y a atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas, así como a mantenerlos.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar la protección de ese derecho y también para asegurar que los pueblos indígenas puedan entender y hacerse entender en las actuaciones políticas, jurídicas y administrativas, proporcionando para ello, cuando sea necesario, servicios de interpretación u otros medios adecuados.

Artículo 14

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer y controlar sus sistemas e instituciones docentes que impartan educación en sus propios idiomas, en consonancia con sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje.
2. Los indígenas, en particular los niños, tienen derecho a todos los niveles y formas de educación del Estado sin discriminación.
3. Los Estados adoptarán medidas eficaces, conjuntamente con los pueblos indígenas, para que las personas indígenas, en particular los niños, incluidos los que viven fuera de sus comunidades, tengan acceso, cuando sea posible, a la educación en su propia cultura y en su propio idioma.

Artículo 15

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que la dignidad y diversidad de sus culturas, tradiciones, historias y aspiraciones queden debidamente reflejadas en la educación y la información pública.
2. Los Estados adoptarán medidas eficaces, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas interesados, para combatir los prejuicios y eliminar la discriminación y promover la tolerancia, la comprensión y las buenas relaciones entre los pueblos indígenas y todos los demás sectores de la sociedad.

Artículo 16

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a establecer sus propios medios de información en sus propios idiomas y a acceder a todos los demás medios de información no indígenas sin discriminación.
2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar que los medios de información públicos reflejen debidamente la diversidad cultural indígena. Los Estados, sin perjuicio de la obligación de asegurar plenamente la libertad de expresión, deberán alentar a los medios de información privados a reflejar debidamente la diversidad cultural indígena.

Artículo 17

1. Los individuos y los pueblos indígenas tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos establecidos en el derecho laboral internacional y nacional aplicable.
2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, tomarán medidas específicas para proteger a los niños indígenas contra la explotación económica y contra todo trabajo que pueda resultar peligroso o interferir en la educación de los niños, o que pueda ser perjudicial para la salud o el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social de los niños, teniendo en cuenta su especial vulnerabilidad y la importancia de la educación para empoderarlos.
3. Las personas indígenas tienen derecho a no ser sometidas a condiciones discriminatorias de trabajo y, entre otras cosas, de empleo o salario.

Artículo 18

Los pueblos indígenas tienen derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes

elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos, así como a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones.

Artículo 19

Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones representativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que los afecten, a fin de obtener su consentimiento libre, previo e informado.

Artículo 20

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y desarrollar sus sistemas o instituciones políticos, económicos y sociales, a disfrutar de forma segura de sus propios medios de subsistencia y desarrollo, y a dedicarse libremente a todas sus actividades económicas tradicionales y de otro tipo.

2. Los pueblos indígenas desposeídos de sus medios de subsistencia y desarrollo tienen derecho a una reparación justa y equitativa.

Artículo 21

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

Artículo 22

1. En la aplicación de la presente Declaración se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

2. Los Estados adoptarán medidas, conjuntamente con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas

también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

Artículo 25

Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras.

Artículo 26

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a las tierras, territorios y recursos que tradicionalmente han poseído, ocupado o utilizado o adquirido.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar las tierras, territorios y recursos que poseen en razón de la propiedad tradicional u otro tipo tradicional de ocupación o utilización, así como aquellos que hayan adquirido de otra forma.

3. Los Estados asegurarán el reconocimiento y protección jurídicos de esas tierras, territorios y recursos. Dicho reconocimiento respetará debidamente las costumbres, las tradiciones y los sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas de que se trate.

Artículo 27

Los Estados establecerán y aplicarán, conjuntamente con los pueblos indígenas pertinentes, un proceso equitativo, independiente, imparcial, abierto y transparente, en el que se reconozcan debidamente las leyes, tradiciones, costumbres y sistemas de tenencia de la tierra de los pueblos indígenas, para reconocer y adjudicar los derechos de los pueblos indígenas en relación con sus tierras, territorios y recursos, comprendidos aquellos que tradicionalmente han poseído u ocupado o utilizado. Los pueblos indígenas tendrán derecho a participar en este proceso.

Artículo 28

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la reparación, por medios que pueden incluir la restitución o, cuando ello no sea posible, una indemnización justa y equitativa por las tierras, los territorios y los recursos que tradicionalmente hayan poseído u ocupado o utilizado y que hayan sido confiscados, tomados, ocupados, utilizados o dañados sin su consentimiento libre, previo e informado.

2. Salvo que los pueblos interesados hayan convenido libremente en otra cosa, la indemnización consistirá en tierras, territorios y recursos de igual calidad, extensión y condición jurídica o en una indemnización monetaria u otra reparación adecuada.

Artículo 29

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos. Los Estados deberán establecer y ejecutar programas de asistencia a los pueblos indígenas para asegurar esa conservación y protección, sin discriminación.

2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para asegurar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.

3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para asegurar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales, programas que serán elaborados y ejecutados por esos pueblos.

Artículo 30

1. No se desarrollarán actividades militares en las tierras o territorios de los pueblos indígenas, a menos que lo justifique una razón de interés público pertinente o que se haya acordado libremente con los pueblos indígenas interesados, o que éstos lo hayan solicitado.

2. Los Estados celebrarán consultas eficaces con los pueblos indígenas interesados, por los procedimientos apropiados y en particular por medio de sus instituciones representativas, antes de utilizar sus tierras o territorios para actividades militares.

Artículo 31

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales.

2. Conjuntamente con los pueblos indígenas, los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.

Artículo 32

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar las prioridades y estrategias para el desarrollo o la utilización de sus tierras o territorios y otros recursos.

2. Los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por conducto de sus propias instituciones representativas a fin de obtener su consentimiento libre e informado antes de aprobar cualquier proyecto que afecte a sus tierras o territorios y otros recursos, particularmente en relación con el desarrollo, la utilización o la explotación de recursos minerales, hídricos o de otro tipo.

3. Los Estados proveerán mecanismos eficaces para la reparación justa y equitativa por cualquiera de esas actividades, y se adoptarán medidas adecuadas

para mitigar las consecuencias nocivas de orden ambiental, económico, social, cultural o espiritual.

Artículo 33

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar su propia identidad o pertenencia conforme a sus costumbres y tradiciones. Ello no menoscaba el derecho de las personas indígenas a obtener la ciudadanía de los Estados en que viven.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las estructuras y a elegir la composición de sus instituciones de conformidad con sus propios procedimientos.

Artículo 34

Los pueblos indígenas tienen derecho a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres, espiritualidad, tradiciones, procedimientos, prácticas y, cuando existan, costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

Artículo 35

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar las responsabilidades de los individuos para con sus comunidades.

Artículo 36

1. Los pueblos indígenas, en particular los que están divididos por fronteras internacionales, tienen derecho a mantener y desarrollar los contactos, las relaciones y la cooperación, incluidas las actividades de carácter espiritual, cultural, político, económico y social, con sus propios miembros, así como con otros pueblos, a través de las fronteras.

2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán medidas eficaces para facilitar el ejercicio y asegurar la aplicación de este derecho.

Artículo 37

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a que los tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos concertados con los Estados o sus sucesores sean reconocidos, observados y aplicados y a que los Estados acaten y respeten esos tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

2. Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos de los pueblos indígenas que figuren en tratados, acuerdos y otros arreglos constructivos.

Artículo 38

Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.

Artículo 39

Los pueblos indígenas tienen derecho a recibir asistencia financiera y técnica de los Estados y por conducto de la cooperación internacional para el disfrute de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Artículo 40

Los pueblos indígenas tienen derecho a procedimientos equitativos y justos para el arreglo de conflictos y controversias con los Estados u otras partes, y a una pronta decisión sobre esas controversias, así como a una reparación efectiva de toda lesión de sus derechos individuales y colectivos. En esas decisiones se tendrán debidamente en consideración las costumbres, las tradiciones, las normas y los sistemas jurídicos de los pueblos indígenas interesados y las normas internacionales de derechos humanos.

Artículo 41

Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales contribuirán a la plena aplicación de las disposiciones de la presente Declaración mediante la movilización, entre otras cosas, de la cooperación financiera y la asistencia técnica. Se establecerán los medios de asegurar la participación de los pueblos indígenas en relación con los asuntos que les conciernan.

Artículo 42

Las Naciones Unidas, sus órganos, incluido el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, y los organismos especializados, incluso a nivel local, así como los Estados, promoverán el respeto y la plena aplicación de las disposiciones de la presente Declaración y velarán por su eficacia.

Artículo 43

Los derechos reconocidos en la presente Declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia, la dignidad y el bienestar de los pueblos indígenas del mundo.

Artículo 44

Todos los derechos y las libertades reconocidos en la presente Declaración se garantizan por igual al hombre y a la mujer indígenas.

Artículo 45

Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que menoscaba o suprime los derechos que los pueblos indígenas tienen en la actualidad o puedan adquirir en el futuro.

Artículo 46

1. Nada de lo contenido en la presente Declaración se interpretará en el sentido de que confiere a un Estado, pueblo, grupo o persona derecho alguno a participar en una actividad o realizar un acto contrarios a la Carta de las Naciones Unidas, ni se entenderá en el sentido de que autoriza o alienta acción alguna encaminada a quebrantar o menoscabar, total o parcialmente, la integridad territorial o la unidad política de Estados soberanos e independientes.

2. En el ejercicio de los derechos enunciados en la presente Declaración, se respetarán los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos. El ejercicio de los derechos establecidos en la presente Declaración estará sujeto exclusivamente a las limitaciones determinadas por la ley y con arreglo a las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Esas limitaciones no serán discriminatorias y serán sólo las estrictamente necesarias para garantizar el reconocimiento y respeto debidos a los derechos y las libertades de los demás y para satisfacer las justas y más apremiantes necesidades de una sociedad democrática.

3. Las disposiciones enunciadas en la presente Declaración se interpretarán con arreglo a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena gobernanza y la buena fe.



Relatório Final

Presidente da República Federativa do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes Temporão

Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Francisco Danilo Bastos Forte

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Francisco Batista Júnior

**Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde
Fundação Nacional de Saúde**



Relatório Final

Brasília, 2007

Copyright © 2007
Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**).
Ministério da Saúde.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde – Ascom/Presi/**Funasa**/MS
Núcleo de Editoração e Mídias de Rede – Nemir/Ascom/Presi/**Funasa**/MS
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 2º Andar – Ala Norte
70.070-040 – Brasília-DF

Distribuição e Informação:

Departamento de Saúde Indígena (Desai)
Fundação Nacional de Saúde/MS
SAS – Setor de Autarquias Sul, Quadra 5, bloco N, 12º Andar
Telefone: 0xx61 33146424/6293/6621
CEP: 70.438-900 – Brasília-DF

Tiragem: 1000 exemplares
Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

4º Conferência Nacional de Saúde Indígena (4. :2006: Rio Quente, GO).

4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007.
228p.: il.

1. Saúde Indígena. I. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. II. Título.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

**Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde
Fundação Nacional de Saúde**



Relatório Final

**Rio Quente, GO
27 a 31 de março de 2006**

SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas	7
A Construção da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	11
Prefácio	15
1 – Abertura Solene da Conferência	21
2 – A Saúde dos Povos Indígenas entre as 1ª e 4ª Conferências	49
3 – A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	63
4 – Resoluções Aprovadas.....	71
5 – Moções Aprovadas	169
6 – Avaliação de Lideranças Indígenas	187
7 – Anexos.....	193

Siglas e Abreviaturas

4ª CNSI – 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

AIE - Agente Indígena de Epidemiologia

AIS - Agente Indígena de Saúde

AIM - Agente Indígena de Malária

Aisan - Agente Indígena de Saneamento

Aisb - Agente Indígena de Saúde Bucal

Bird - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Capoib - Comissão de Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil

Casai - Casa de Saúde Indígena

Cefet - Centro Federal de Educação Tecnológica

Cimi - Conselho Indigenista Missionário

Cisi - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CLSI - Conselho Local de Saúde Indígena

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSPI - Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

Core - Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde

Cosai - Coordenação de Saúde do Índio

Condisi - Conselho Distrital de Saúde Indígena

Conep - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

Datasus - Departamento de Informática

Densp – Departamento de Engenharia de Saúde Pública

Desai - Departamento de Saúde Indígena

Diesp – Divisão de Engenharia de Saúde Pública

Dsei - Distrito Sanitário Especial Indígena

DST/Aids - Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Emsi - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

Fsesp - Fundação Serviços de Saúde Pública

Funai - Fundação Nacional do Índio

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

GT - Grupo de Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ibama- Instituto Brasileiro do Meio Ambiente

ICMS - Imposto Ecológico sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

MDA - Ministério do Desenvolvimento Agrário

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MEC - Ministério da Educação

MMA – Ministério do Meio Ambiente

MME – Ministério de Minas e Energia

MPS - Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

Nisi – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde

PPA - Plano de Pronto Ação

PPTAL - Projeto Integrado de Proteção das Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal

PSFI - Programa de Saúde da Família Indígena

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

Siasi – Sistema de Atenção à Saúde Indígena

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Vigisus – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



Foto: Edmar Chapernam



A CONSTRUÇÃO DA 4^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI), convocada pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de julho de 2005 e publicada no *Diário Oficial* da União nº 120, de 24 de junho de 2005, é parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

A 4ª CNSI ocorreu no período de 27 a 31 de março de 2006, no município de Rio Quente, Goiás e teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas, com controle social.

O tema central da 4ª CNSI que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: *“Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”* e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável.



Antecedendo à etapa nacional da 4ª CNSI, foram realizadas 206 conferências locais de saúde indígena, que aconteceram nas aldeias e teve a participação de cerca de 12.000 pessoas em todo o país. Sucedendo às conferências locais, foram realizadas 34 conferências distritais de saúde indígena, com cinco mil participantes, no total. Finalmente, na etapa nacional participaram 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores, prestadores de serviço, membros de comissões de trabalho, convidados nacionais e internacionais.

Ao todo, estiveram presentes 800 delegados, dos quais 52% representaram os usuários indígenas, 27% trabalhadores e 21% gestores e prestadores de serviço.

Chegaram à 4ª CNSI 5.431 propostas, resultantes das etapas anteriores, sendo que ao final foram aprovadas 536 propostas, como resultado do esforço de tantas lideranças indígenas, em parceria com trabalhadores, prestadores de serviço e gestores do Subsistema de Saúde Indígena, a partir de deliberações do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em articulação com representantes dos povos indígenas, sob a responsabilidade da **Funasa**, para garantia dos encaminhamentos necessários à realização da 4ª CNSI, rumo à consolidação de uma política pública de saúde das populações indígenas.

Comissão Organizadora



PREFÁCIO

As comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) dedicaram-se ao planejamento da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) com todo o esmero e o processo de relatoria foi tratado com igual empenho.

A Comissão de Relatoria do CNS para a 4ª CNSI, os relatores das conferências distritais e os relatores de síntese reuniram-se em Brasília, entre os dias 20 e 24 de fevereiro de 2006, com o suporte técnico do CNS, da **Funasa** e do Datasus. Após as orientações preliminares, um balanço das conferências realizadas e breve histórico das atividades da Comissão de Relatoria, foi apresentado o Sistema de Apoio às conferências, criado pelo Datasus e que facilitou pactuar a dinâmica e o método de elaboração do Documento Consolidado das relatorias distritais, elaborado como previsto.

Este Relatório vale-se de textos elaborados por militantes e especialistas, sem os quais, não se teria o registro histórico dessa vitoriosa jornada.

Para melhor compreensão do desenvolvimento dos trabalhos estão anexados algumas informações sobre aspectos que contribuíram para o bom êxito da Conferência e que, sem dúvida, poderão ser úteis a outras comissões e grupos que hão de tornar realidade outros encontros tão preciosos como a 4ª CNSI. Dois informes importantíssimos fecham com chave de ouro este documento: uma comunicação da **Funasa** sobre dados da Conferência e uma relação dos nomes das 125 etnias que se identificaram no processo de inscrição.

Ao ler seus nomes, fica o desejo de que, na próxima conferência, esses povos não representem apenas sons desconhecidos ou lembranças de notícias, que a mídia escolhe e mostra, sobre nossos patrícios indígenas. Que suas semelhanças e diferenças nos sejam mais familiares, assim

como quando comparamos finlandeses, suíços e alemães. Que saibamos dizer “bom dia”, “amigo”, “perdão”, “coma conosco”, “doeu?”, “vamos”, em alguma língua indígena, com a naturalidade como hoje falamos *hot dog, sale, dollar, off, delivery, free, coffee break, brother, yes!* E *uau...* E que, mesmo tímidos, cantemos o Hino Nacional em língua dos primeiros brasileiros.

Os relatores lembram, com respeito e admiração, aqueles que nos antecederam nesta longa, chorada mas vitoriosa marcha: os antepassados, as atuais lideranças indígenas, com Rondon, Nutels, irmãos Villas Boas, Xará (Ezequias Heringer) e milhares de anônimos que se determinam copartícipes da luta pela saúde, vida e tradições indígenas do Brasil.

Como todo texto é um intertexto, o Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena é mais um. E representa o esforço coletivo de milhares de pessoas para pensar, falar, mediar, agir, comunicar, articular consensos viáveis, explicitar contradições ainda intransponíveis, conciliar, aceitar adiamentos e retrocessos incontornáveis; escrever, apagar, escrever de novo, visando um objetivo comum: fazer dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas território de produção de saúde, de proteção da vida e de valorização das tradições dos povos indígenas. Audaciosa missão, esta de cuidar da saúde plena, de se redescobrir coletivamente protetores da vida e valorizadores das tradições, lá onde as culturas indígenas são vivenciadas por razões genéticas, por motivo de trabalho, de fé ou de circunstâncias aleatórias. Indígenas, missionários, trabalhadores de saúde, gestores, prestadores de serviço, pesquisadores nas aldeias, nos pólos, nas conferências transformaram em palavras, suas revoltas, esperanças e certezas sobre o subsistema de saúde indígena. Para o triunfo da vida.

Este intertexto da saúde indígena é uma escritura, é uma criação coletiva. Qual será seu destino, seu futuro? A tecnologia e a boa vontade permitiram que as vozes dos

confins do Brasil sejam transformadas em saúde. Sua magia se realizará pela leitura de cada leitor e no ato confiante de ouvir quem lê, quando a leitura ainda é mistério. E surge quando papel e letras, fotos e signos retornam ao mundo das ações humanas, transformando tudo em saúde, vida e tradições! E quando isto ocorre, milagre! Pessoas e coletivos descobrem, criam, inovam, num mundo em mudança vertiginosa. Aí, de cada aldeia indígena, gestado por uma sabedoria e uma coragem milenares, uma chama nova se espalha, começando no Brasil e atingindo todos os continentes: o sonho realizável de saúde para todos!

O SUS, a Opas e a OMS não mais serão os mesmos: os índios do Brasil, parentes e companheiros exemplificam luta e coragem pelo que querem e sabem justo e bom. E saúde para todos é justo e bom.

O poeta Geir Campos, de Niterói, escreveu assim:
Eu quisera ser claro de tal forma que ao dizer
-rosa!
todos soubessem o que haviam de pensar.
Mais: quisera ser claro de tal forma que ao dizer
-já!
todos soubessem o que haviam de fazer.

O poeta estará em breve realizado, pois o JÁ dos indígenas brasileiros está dito e escrito. E todos sabem e já estão fazendo o que há de ser feito.

Os méritos do texto são dos indígenas todos, dos relatores, dos servidores e de todos que criaram as condições propícias ao trabalho. O erro, a omissão, o mal entendido, o excessivo e o obscuro são de total responsabilidade do relator geral e da relatora adjunta.

Artur Custódio de Souza – Relator-Geral

Maria Leda de Resende Dantas – Relatora-Adjunta



1 ABERTURA SOLENE DA CONFERÊNCIA

1.1 Discursos

a) Discurso do Deputado Saraiva Felipe

Ministro de Estado da Saúde

Eu acho que aqui o ambiente está absolutamente propício, pois estou me sentindo numa oca, ouvindo um barulhinho de água aqui ao lado e vendo gente de todo o Brasil, quase mil pessoas representando os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que é provido pela Funasa às populações indígenas, aos trabalhadores de saúde, tanto de origem indígena quanto não indígena. Eu estou vendo aqui técnicos dos órgãos gestores do SUS nos municípios e pessoas, entidades ligadas à causa indígena no Brasil. Nós tivemos a realização de 250 conferências envolvendo mais de 12.500 pessoas. Na etapa distrital, tivemos cerca de 4.500 pessoas que participaram das 34 conferências. Então, o que eu estou vendo aqui é um movimento ascendente, um movimento de baixo para cima e quando eu vejo as reivindicações apresentadas em cartazes, eu vejo o entusiasmo, como se estivéssemos retomando a alma do SUS.

O Sistema Único de Saúde foi construído ainda antes da Constituição de 1988, quando sanitaristas, profissionais de saúde, entidades que representavam os usuários começaram a discutir o caráter excludente do modelo de atenção à saúde que só dava conta daqueles que tinham carteira assinada, daqueles que estavam inseridos no mercado formal de trabalho. E foi gente, já lembrada aqui, como meu amigo Sérgio Arouca, muitos outros, eu, inclusive, fazendo parte de um grupo com o Ubiratan Pedrosa, com Agenor Álvares, com muita gente, nós nos insurgimos contra aquela situação. Aproveitamos espaços a nível de municípios, de estados para questionar essa situação de excludência da política de saúde e conseguimos

construir o Sistema Único de Saúde que apresenta defeitos, que precisa melhorar, que precisa ter mais dinheiro, mais recurso para funcionar, mas eu tenho viajado pelo mundo e nós não encontramos nenhuma proposta tão generosa, inscrita, letra a letra, na Constituição e que nos serve como bússola, nos serve como guia para que nós possamos batalhar, brigar, lutar no Congresso Nacional, em conferências como essas.

Eu estou vindo de uma Conferência Nacional de Trabalhadores de Saúde, onde 1.600 pessoas representam mais de 1 milhão e 200 mil trabalhadores do SUS. Foram feitas 1.000 conferências no país, e eu acho que por isso tudo, por essa insurgência, porque nós já temos o instituído, mas estamos precisando do instituinte, estamos precisando recuperar o gás, o fôlego que tínhamos quando combatíamos a ditadura militar, quando brigávamos pela melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, para que tivéssemos um sistema único de saúde. Depois, parece que entramos em alguma letargia. Nós nos acomodamos, ficamos meio quietos e precisamos retomar este fogo, essa chama que fez com que Dom Thomas Balduino tivesse a representatividade que ele tem hoje na luta da Pastoral da Terra para que possamos reativar os movimentos sociais e ganharmos espaço fazendo com que realmente nós tenhamos um país com menos iniquidade.

O grande problema do Brasil é que o Sistema Único de Saúde, por exemplo, que funciona bem em alguns municípios, em geral em regiões mais desenvolvidas, funciona mais precariamente em outros e nós temos a iniquidade social revelada por números simples. Enquanto em 200 e tantos municípios do Rio Grande do Sul nós tivemos uma mortalidade infantil próxima de zero, na média menos de um dígito, nós tivemos, em algumas regiões do Nordeste, mesmo na periferia do Recife, mais de 50 crianças mortas com menos de um ano por 1.000 nascidas vivas. Então, o problema do país é a iniquidade. Mas, eu gostaria de salientar, neste esforço da

Funasa, esforço já criticado pelos que acham que reunir a população, reunir os interessados para discutirem os seus problemas é algo que nós poderíamos prescindir, eu gostaria de dizer que avançamos de um gasto com ações e serviço de saúde a populações indígenas que, em 2002, foi de 124 milhões e 200 mil reais para, em 2005, quando nós gastamos, com ações dessa natureza, 232 milhões e 100 mil reais. É suficiente? Não é suficiente? Foi gasto de forma adequada? Foi distribuído da melhor maneira? Atingiu as metas e os objetivos? A resposta está entre vocês. Eu espero que essa 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena dê conta dessas questões.

Nós estamos com os corações e as mentes abertas para recebermos as propostas que emanarem desse encontro e todas elas serão fundamentais porque ou se faz conferência para ouvir os interessados e isso ter consequência a nível de aplicação, ou é um grande esforço de mobilização que é desperdiçado e que se esfuma sem que nenhuma melhoria possa ser alcançada por aqueles a quem se destinam as ações de saúde.

Então, em nome do Governo brasileiro, em nome do Governo do presidente Lula que tem se preocupado com as condições de saúde, com as condições sociais de uma maneira geral, mas que também nós temos que participar dando direcionamento, rumo que nós vemos como adequado, eu gostaria de agradecer a presença de vocês, eu sei do esforço para reunir gente de todo o país, de todos os 34 distritos indígenas que nós temos no Brasil e reunirmos aqui em Rio Quente, nessa oca quente, nesse clima que tomara que seja quente para discutir os problemas da saúde indígena e com a Funai, o Ministério da Saúde poderá, a partir das conclusões dessa 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, dar respostas mais adequadas, respostas mais eficazes. É isso que eu espero. É uma provocação que eu faço na consciência de que só com a nossa mobilização nós vamos atingir os objetivos de ajudar o governo, ou de trabalhar junto com

o Governo, ou de puxar o Governo para nós conseguirmos diminuir as iniquidades, que esse é o mal que está na essência de todos os males desse país, inclusive os problemas que temos na área de atenção à saúde.

b) Discurso do médico sanitaria José Maria França

Coordenador-Geral da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Para que chegássemos a esse momento, 85% das localidades indígenas e 100% dos distritos de saúde indígena elegeram seus delegados e delegadas em suas conferências de saúde, envolvendo, em todo o país, mais de 18 mil pessoas, entre trabalhadores, usuários, prestadores, gestores, todos reunidos de forma participativa, livre e democrática.

Portanto, estamos aqui, representando cada aspiração das etnias indígenas no país, cada pedacinho de chão indígena brasileiro. Isto, ao mesmo tempo em que nos deixa uma alegria sem medida, proporciona-nos um momento de muita responsabilidade. E esta alegria amplia-se quando a vida me dá a oportunidade, depois de aposentado, de poder voltar à minha casa, a Fundação Nacional de Saúde e poder saudar, neste espaço, velhos companheiros e companheiras ao lado dos quais lutamos há décadas para promover, neste país, uma das maiores e mais bem-sucedidas revoluções da saúde de que se tem notícia na história recente, a construção do Sistema Único de Saúde.

Vejo, por sorte, como médico sanitaria, como militante do movimento pela reforma sanitária e como *ex-sespiano*, a responsabilidade que me foi delegada pelo presidente da **Funasa**, de poder contribuir no fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena, este, instituído em 1999, com apenas seis anos de vida. Portanto, um recém-nascido. Um recém-nascido com responsabilidade de adulto, de um adulto que sabe não

ser tarefa fácil garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, esta, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política destes povos, destes povos, como bem nos ensinou Cláudio Villas Boas, repito: “Os índios representam um outro tipo de humanidade, com valores complexos que não somos capazes de compreender”.

Compartilhando deste sentimento, penso que a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena deve imbuir-se das idéias e grandezas dos Villas Boas e se reunir em uma espécie de expedição na tarefa de repensar os caminhos do Subsistema de Saúde Indígena. Repensá-lo com orgulho e respeito, por tudo e por todos, lembrando de incorporar nos debates, nas construções de novas idéias os avanços e as conquistas já em curso, lembrando, não ter medo de olhar os desafios, os obstáculos que estão por vir. Mas ao vê-los, investir-se de alma gigante e espírito sereno em busca de alternativa que possa ampliar nossa capacidade profissional e humanitária e poder assegurar aos índios o direito à saúde, prestada com dignidade.

Senhores e senhoras, permitam-me dividir um sonho com vocês, um sonho de que nestes dias todos, cada um de nós possamos ser, ao mesmo tempo, ouvintes, aprendizes e, sobretudo, colaboradores destes homens e mulheres indígenas que estão aqui presentes, que vêm neste local nos dizer suas noções, conceitos, idéias e experiências acerca de suas necessidades específicas e que, somente eles e elas podem nos dizer, podem nos apontar caminhos. Desejo que estes caminhos sejam expressos nas discussões, debates e aprovação das propostas dos cinco eixos temáticos aprovados para esta Conferência. “Eixo 1: direito à saúde. Eixo 2: controle social e gestão participativa. Eixo 3: desafios indígenas atuais. Eixo 4: trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde. E o eixo 5: segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável”.

Tenho certeza de que no calor do debate os usuários trabalhadores, gestores e prestadores terão consciência de onde e do que estamos a discutir para apresentar propostas. Propostas se orientam para consolidar o Subsistema de Saúde Indígena que conta hoje com 717 postos de saúde, 367 hospitais de referência, 323 pólos-base e 55 Casas de Saúde Indígena (Casais), 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e que o mesmo é estratégico e merece cuidados especiais, dadas as especificidades históricas, etnográficas e sociais do povo fundador da cultura brasileira. Que a população indígena aldeada brasileira está em torno de 450 mil índios, totalmente coberta pelo Sistema Público de Saúde por meio da **Funasa**.

Em 2005, o investimento na saúde indígena somou 219 milhões, 361 mil, 966 reais. Cerca de 90 milhões foram utilizados para pagamento de convênios com organizações não-governamentais e universidades. Ainda em 2005, a rede de atendimento à saúde dos índios brasileiros realizou 1 milhão, 864 mil, 769 consultas e 1 milhão, 361 mil, 962 visitas domiciliares. Trabalho executado pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento, entre outros profissionais. Registramos um avanço importante em um ano, praticamente dobrando o número de equipes que, em 2002, contava com 6.688 profissionais de saúde e, em 2005, com um total de 12.564 profissionais.

Entretanto, é imperativo admitir que muito mais deve ser feito, deve ser plantado por cada um de nós nos lugares que ocupamos, Governo e sociedade. E, para finalizar a minha fala, tomando-a como um novo início, associo-me às belezas de Rio Quente no estado de Goiás, para citar uma de suas filhas, Cora Coralina que nos disse: “Planta com fé religiosa, planta sozinho silencioso. Cava e planta, gestos pretéritos

e memoriais, oferta remota, patriarcal, liturgia milenária, ritual de paz. Em qualquer parte da terra um homem estará sempre plantando, recriando a vida, recomeçando o mundo”
Poema do milho, Cora Coralina, Goiás, região Centro-Oeste. Em seu nome eu abro aqui um espaço para alguns agradecimentos e desculpas.

Nós gostaríamos de agradecer, inicialmente, ao projeto Vigisus, na pessoa do Diretor William Pimentel de Oliveira, que nos ajudou para que pudéssemos chegar aqui hoje. Eu citaria também alguns nomes que participaram conosco desde setembro nesta luta. Eu gostaria de iniciar mencionando a pessoa de Raimunda Nonata Carlos Ferreira, a Ramona, que é a Coordenadora-Adjunta desta 4ª Conferência. Ramona foi uma pessoa que, desde setembro, iniciou esse trabalho conosco e aqui hoje, Ramona, você deve estar muito satisfeita com o brilho desta festa. A Fátima Souza, esta paraibana que se somou ao pessoal do Desai e que contribuiu muito com sua experiência e com sua decisão de firmeza. Luciana, Josinete, Solange, Irânia, Marilene, essa pessoa que nos ensinou muito com a sua experiência em conferências, Fernanda, Benedita, Antônia Maria, Eliane, Helma, Gudrin, Caco. A gente podia dizer mais pessoas, mas, em nome dessas citadas, nós dizemos e agradecemos a todas, que, somando-se às lideranças indígenas Aílson dos Santos, Edemilson Canale, Valdenir Andrade, Midas de Oliveira, Elenir Coroaia, Irenildo Cassiano, Carmem Pankararu, esta guerreira que nos ajudou muito e contribuiu para este evento. José Ângelo Nambicwara, Hilário Kadiwéu. Enfim, esta equipe representa mulheres e homens de alma gigante e espírito sereno que, nestes sete últimos meses, trabalharam diuturnamente com todo zelo para que hoje pudéssemos abrir a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, com a certeza do sucesso, antevendo-a como um marco à consolidação do Subsistema de Saúde Indígena do país.

Nesse espaço, faço os agradecimentos e também os pedidos de desculpas antecipados ou que por acaso já tenha acontecido com algum de vocês, pelo transtorno acontecido ou que possa acontecer. Não é fácil transportar pessoas dos mais longínquos locais desse país, desde a selva amazônica até a selva do Rio Quente. Eu gostaria de dividir nossas alegrias com todos vocês nesta festa da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, festa de todos os índios do Brasil, esta nós consideramos a festa da dignidade. Em nome dos 450 mil índios do nosso país, declaro aberta a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Muito obrigado.

c) Discurso de Paulo Lustosa

Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Este é o momento que pode definir um ponto de inflexão na história da assistência à saúde das populações indígenas porque aqui, nesta Conferência, pelos temas que foram estabelecidos e definidos com a participação, sempre completa da comunidade indígena nós teremos subsídios, propostas capazes de atender a uma série de reivindicações justas e que permitirão fazer com que o trabalho da **Funasa** seja mais eficaz, mais efetivo e atenda os direitos inalienáveis da população indígena.

As reivindicações das várias etnias aqui apresentadas nessas placas já são hoje objeto das preocupações de ações diretas da **Funasa**, na proporção em que começamos já, por exemplo, a fazer a autonomia da gestão dos Dseis, começamos com o Dsei do Maranhão. Estamos definindo uma nova geografia para os Dseis para que tenhamos facilidade logística para o atendimento daquilo que são as justas demandas. Achamos nós que 34 Dseis não são suficientes para atender, de maneira objetiva, direta, em tempo real uma série de necessidades das populações indígenas. Nesta Conferência, os senhores terão oportunidade de discutir idéias preliminares de um novo

desenho da jurisdição de novos Dseis, de tal maneira que possamos, efetivamente, cumprir os nossos compromissos e a nossa missão institucional.

Junto com o Ministro Saraiva Felipe, estamos lutando diuturnamente para ter definidas determinadas conquistas que são de direito dos profissionais de saúde, de modo geral, da **Funasa**. Estamos com plano de cargos e salários no Ministério do Planejamento, com funções gratificadas para os engenheiros na Casa Civil e com uma série de outras medidas destinadas a ampliar o número de profissionais que atendem às populações indígenas.

Vejo aqui mais uma placa: “Proteja os rios e nascentes”. Meu caro Ministro Saraiva Felipe, fizemos, há cerca de um mês e meio, uma proposta ao Ministro Ciro Gomes para um trabalho inicial, ajudamos no processo de transposição das águas do São Francisco começando pelo saneamento ambiental das 504 comunidades ribeirinhas para, nesse experimento, estendamos a nossa proposta a todas as bacias hidrográficas do Brasil.

Nós estamos tendo uma preocupação fundamental hoje e, sabe bem o Ministro Saraiva Felipe, com os problemas de alimentação e nutrição das populações indígenas dos seus grupos mais vulneráveis. Montamos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), estamos lutando para implementá-lo, porque só assim teremos indicadores objetivos que nos sinalizarão quando possíveis problemas de desnutrição ou má nutrição vierem a ocorrer nas comunidades indígenas. Quero dizer aos senhores que este ano temos feito um esforço, inclusive realocando recursos de outras fontes, para não deixar de cumprir os compromissos relacionados às entidades terceirizadas que nos atendem no cumprimento da nossa missão de apoio à saúde indígena. Não temos ainda o orçamento da União, mas remanejamos recursos de outras fontes para não sofrermos solução de continuidade na atenção básica à saúde.

Enfrentamos dificuldades. Muitos dos nossos terceirizados não cumprem adequadamente certos procedimentos exigidos pela legislação vigente em termos de prestação de contas, mas estamos trabalhando para substituí-los ou para treiná-los para que cumpram efetivamente aquilo que é exigência da lei.

Eu quero dizer aos senhores que a nossa esperança e a nossa fé é que um dia seremos realmente um só povo, que um dia a cidadania não seja apenas retórica de políticos ou de intelectuais, mas efetivamente, esteja apoiada no tripé do exercício de direitos civis e políticos, acesso aos direitos sociais e sobrevivência econômica condigna, respeitadas as peculiaridades, as características culturais das várias etnias, enfim, que seja não um sonho, mas efetivamente uma conquista de todos os brasileiros.

Quero registrar a enorme preocupação do presidente Lula com os grupos excluídos, com aqueles que ele chama “órfãos da vida, da sociedade e dos governos” e nisso estamos trabalhando, não apenas com os indígenas, mas com os quilombolas, populações ribeirinhas, extrativistas, com os assentamentos rurais, não na dimensão que nós gostaríamos e das necessidades que ali se apresentam, mas na dimensão das restrições orçamentárias que se nos colocaram. Estamos buscando um novo Vigisus, um Vigisus III para ampliar o volume de recursos destinados a estes segmentos.

Eu quero dizer aos senhores que ao encerrar as minhas palavras esperamos nós que as contribuições que saírem daqui na forma de propostas objetivas dêem os subsídios para a Funai integrar as ações de Governo. Fomos nós que iniciamos a primeira integração das ações Funai e **Funasa**, fomos nós que convidamos os conselhos distritais de saúde indígena para discutir conosco e Carmem, inclusive, apresentou, em nome das comunidades, uma

série de reivindicações das quais nós assinamos uma ata de compromisso. Estamos buscando integração, cooperação, complementariedade e sinergia para que os recursos, os esforços possam ser usados de maneira mais adequada, para que nós possamos otimizar o uso desses recursos, por vezes escassos, num país onde se faz presente um verdadeiro *apartheid* social.

Portanto, meus companheiros, meus amigos desta Conferência, espero que nós tenhamos resultados objetivos. Saibam os senhores que tanto o Ministro Saraiva Felipe como eu, enquanto estivermos à frente desta missão institucional, seremos transparentes, claros, diretos, objetivos e sinceros no nosso diálogo, na nossa discussão dos objetivos colocados e nas demandas justas e merecidas da comunidade indígena. Portanto, deixo o meu abraço fraterno, deixo a certeza de que daqui sairemos com um novo tempo em que a comunidade indígena participará da formulação dos nossos programas de saúde indígena, que elas terão vez e voz na discussão, na implementação e na avaliação dos resultados daquilo que nós realizarmos em favor destas comunidades.

d) Discurso do conselheiro José Marcos de Oliveira
Representante do Conselho Nacional de Saúde

Em nome do Conselho Nacional de Saúde, quero saudar a todos os presentes à 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, uma vez que todos os segmentos consideram que esta Conferência é mais uma conquista das comunidades indígenas que têm garantido o seu direito de dizer como querem ser tratadas em relação às questões de saúde. Reforçando que garantir o direito à saúde significa garantir o bem-estar físico, social e mental de brasileiros e brasileiras. O compromisso dedicado pelo Conselho Nacional de Saúde a esta Conferência, desde o seu início,

demonstra a importância desse debate para a efetivação de uma Política Nacional de Saúde que venha de encontro às necessidades da população indígena, bem como da população brasileira como um todo.

Estamos diante de um grande desafio que é fazer acontecer a Política de Saúde Indígena, considerando as realidades locais de âmbito social, cultural e religioso, política esta que somente se legitimará com a participação



Foto: Adriano Machado

das comunidades indígenas no processo de elaboração das diretrizes, a partir das propostas a serem apresentadas nesta 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, tendo a sua efetividade garantida pelo controle social.

A participação indígena na elaboração de uma política de estado que não esteja sujeita a interesses políticos e econômicos vai propiciar, aos povos indígenas, o acesso universal às ações de promoção e prevenção e a garantia do acesso aos serviços de saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e também respostas mais eficazes às doenças como tuberculose, malária e Aids.

Por fim, parabenizamos todas as comunidades indígenas pelo processo de conquista de mais uma vaga no Conselho Nacional de Saúde. Desejamos a todos muito sucesso nas discussões desta 4ª Conferência onde os delegados aqui presentes vão dizer o que sentem, o que querem e apostando, principalmente, no diálogo para superar a resistência. Este é o momento decisivo e, reitero, estar aqui é uma honra para o Conselho Nacional de Saúde.

1.2 Homenagem a pessoas dedicadas à causa indígena

Foram prestadas homenagem a pessoas indígenas e não indígenas que contribuíram e contribuem na defesa do direito dos povos indígenas, nas áreas de:

a) Violência

Para repudiar a inominável desumanidade, lembremos, com tristeza, do caso de Galdino Pataxó. Este caso não é isolado, outros, também, tombaram:

Idjarrure Karajá;

Marcos Veron;

Dena Trucá;

Jorge Trucá;

Chicão Xucuru;

Carlito Cinta Larga.

As 19 vítimas de acidente de trânsito em Pernambuco.

As 6 vítimas de acidente de trânsito em Rondônia.

As 12 vítimas Kaiapó, mortas em acidente de trânsito na BR 163, em Mato Grosso.

Marilene Pataxó foi convidada e aceitou receber a homenagem em nome de todos as pessoas indígenas, vítimas de violência ou acidentes, inclusive as não mencionadas.

b) Resistência

Há momentos em que se furta à luta político-ideológica significa isolar-se da realidade concreta, enquanto as aldeias ardem em chamas por justiça e igualdade de direitos. Este tem sido o sentimento de luta e resistência dos povos indígenas há mais de 500 anos. São pessoas como o cacique Raoni Kaiapó, e ainda:

Enilton Macuxi;

Megaron Txucarramãe;

Marawe Kaiabi;

Aritana Yualapeti;

Bonifácio Baniwa;

Gersen Baniwa;

Marcos Xucuru;
Celistino;
Dourado Tapeba;
Yssor Truká;
Neguinho Truká;
João Bingá;
Miguel Bingá;
Cacique Zé Alto;
Paio Zoró;
Jaci Macuxi;
Isidoro Erikbatsa;
Pedro Inácio Ticuna.

Para representá-los foi convidado o cacique Raoni Kaiapó, reconhecido na 4ª Conferência, como símbolo nacional de resistência, de luta e de coragem. Raoni aceitou o convite, ele que participou ativamente da luta pela demarcação do Parque do Xingu, que denunciou em vários momentos a violência sofrida pelos seus parentes, que representou os povos indígenas brasileiros em vários eventos internacionais e participou ativamente de definições de políticas para esses povos.

c) Luta da mulher indígena

As mulheres, com suas múltiplas atividades, sempre estiveram junto, quando não à frente, das lutas de seus povos, empunhando a bandeira da igualdade, da dignidade, da participação, com singeleza no coração, com carinho, amor. Jamais não como sinônimo de fragilidade,

mas atuando sempre com sentimento, são verdadeiros símbolos de resistência.

Esta realidade se faz presente na prática diária de:

Quitéria Bingá;

Rita Xavante;

Pascoalina Xavante;

Beritxa Carajá;

Mikelina Baré;

Xiquinha Paresi;

Ilda Constância;

Cacique Pequena;

Dorinha Pankará;

Zenilda Xucuru;

Elenir Coroaia;

Carmem Pankararu;

Anita Arara;

Darlene Taukane;

Creusa Umutina;

Maria Rosa Xavier – *In memoriam*.

Com estas, outras tantas mulheres tomam em suas mãos a responsabilidade e os compromissos políticos, sociais, éticos, morais. E re-escrevem suas histórias...

Para receber a homenagem em nome de todas, foi convidada a cacique Maria de Lourdes Santos Truká,



simbolizando a participação das mulheres nos mais diferentes espaços de decisão política e nas mais diferentes posições seja como caciques, professoras, agentes de saúde, conselheiras, mães, esposas... Em quaisquer destas posições e condições, representam a luta da mulher indígena, por justiça e igualdade para seus povos, sem discriminação de sexo ou etnia.

d) Luta pela terra

Mãe terra. É assim que a maioria dos índios define sua relação com a terra, a garantia dos seus territórios... E para tê-las, várias lutas ao longo dos anos foram travadas, vidas foram tombadas e povos inteiros dizimados, tudo em nome do “progresso”, da ganância, em desrespeito à vida, à natureza, ao que é mais sagrado para os povos indígenas: **a Mãe Terra.**

Não foram poucas as pessoas que se inseriram nesta luta. Entre elas temos:

Irmã Genoveva;
Ângelo Cretá;
Chicão Xucuru;
Marçal Tupã;
Mário Lúcio Avelar;
D. Antônio Possamai;
Júlio Macuxi;
Adalberto Erikbatsa;
Agnaldo Pataxó Hã-Hã-Hãe.

In memoriam:

Irmão Vicente Cannãs ;
Rodrigo Arara.

Esta Conferência não pode deixar de citar e homenagear o bispo de São Félix do Araguaia, D. Pedro Casaldáliga, testemunho vivo dos enfrentamentos diários com os fazendeiros, posseiros, grileiros e outros, para defender os direitos à terra dos povos indígenas.

Em nome das pessoas homenageadas, foi convidado para receber a homenagem, D. Thomas Balduino, um grande responsável pelas conquistas e vitórias da Comissão Pastoral da Terra (CPT/CNBB), parceira incondicional na luta pela demarcação e homologação das terras indígenas.

e) Parlamentares

Grandes nomes se destacam na tarefa de legislar em prol de maior justiça para todos os povos indígenas, como:



Eduardo Val verde;

Sibá Machado;

Orlando Fantazzine;

Fátima Cleide da Silva;

Edson Duarte;

Perpétua Almeida;

Carlos Abicalil; João Alfredo.

Representando os parlamentares, foi convidada a vereadora do município de Santa Helena de Minas, em Minas Gerais, a Índia Maria Diva Machacali, em nome do saudoso parlamentar, o médico sanitarista Sérgio Arouca.

Sérgio Arouca, autor do projeto de lei que criou o Subsistema de Saúde Indígena, deixou-nos o seguinte ensinamento: “é permitido sonhar, ainda que diante

das grandes dificuldades”. Este é o grande desafio do Subsistema de Saúde Indígena criado por Arouca: olhar as nuvens do céu, com os pés no chão da mão terra.

f) Cidadãos solidários à luta indígena

Lavrador ou motorista, advogado ou médico, professor ou engenheiro, muitos fizeram e fazem de suas vozes instrumentos de lutas pela paz, pela justiça e pela esperança de um mundo melhor para todos. Muitos são eles e elas. Nesta homenagem citamos:

Pedro Táxi;

Washington Novaes;

Zilda Arns.

In memoriam:

Orlando Villas Boas;

Apoena Meirellis;

Madson Andrada;

Darcy Ribeiro.

Foi convidado o presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Buss, para receber a homenagem em nome de todos e representar os que fazem das instituições espaço de busca e de conquistas do direito de ser e fazer todos felizes.

g) Construção de um sonho: implantação do Subsistema de Saúde Indígena

Muitos são os técnicos do Sistema Único de Saúde que se comprometeram com o Subsistema de Saúde Indígena,

assim como poucos são comprometidos com a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, no entanto, poucos fazem a diferença:

Douglas Rodrigues;

Gilney Viana;

Ademir Gudrin;

Marcos Pellegrine;

Ana Costa;

Cibele Verani;



Foto: Adriano Machado

Mirthes Versane;
Alexandre Padilha;
Maninha Xucuru;
Raimunda Ferreira
(Ramona);
Clovis Ambrósio;
Meire Fonte;
Antônio Fernando;
Irânia Marques.

Ubiratan Pedrosa, ícone da saúde indígena e precursor da construção do Subsistema de Saúde Indígena, foi convidado e aceitou receber a homenagem e representar todos os profissionais de saúde que fazem a diferença, e mais, que erguem a cabeça e seguem em frente, sonhando e fazendo acontecer...

h) Participação social: desafios e esperança

Ensinou-nos D. Hélder Câmara que “Ainda há muito o que fazer para pôr ordem no mundo. Com as poucas forças que ainda nos restam, continuamos nosso combate à miséria, em todo lugar



onde for possível: que seja junto com todos vocês!” É neste espírito de união, de co-responsabilidade, de compartilhar idéias e aglutinar ações, que os conselhos distritais de saúde indígena vêm se fortalecendo nos 34 distritos sanitários. Hoje, a regulamentação do Fórum Nacional dos Presidentes dos Conselhos Distritais torna-se imperativo e urgente, ampliando os espaços de discussões fraternas, livres e democráticas. A confirmação deste espaço, como instância de socialização de um projeto democrático e participativo só faz sentido, quando lideranças indígenas afinam suas vozes em busca de dias melhores para a saúde dos seus parentes:

Abdias Franco Silva Apurinã;

Antônio Ricardo Dourado Tapeba;

Arokona lanomâmi;

Aurélio Tenharim;

Bemoro Metuktire;

Derli Bastos Batista;

Edvaldo de Oliveira;

Etelvina Santana da Silva;

Evalcy Pereira Apinajé;

Felipe Brizoela;

Orlando Assis Cruz;

Francisco Jacinto Almeida;

Hilário da Silva;

Issaríri Karajá;

Jecinaldo Barbosa Cabral;

Joaquim Ferreira Lima;



José Ângelo Nambiquara;
José Wilson Guajajara;
Marcelo Leandro Kamayurá;
Lourenço Timbira Carneiro;
Manoel Barbosa da Silva;
José Bernardes;
Midas Oliveira;
Ancelmo Conceição Vieira;
Nelson Rikbatsa;
Pedro Tabô Kaiapó;
Renato Moraes;
Sebastião Ramos Nogueira;

Sérgio Xavante;

Valdenir Andrade França;

Vitória Santos dos Santos;

Roberto Crixí;

Clovis Ambrósio.

Para receber a homenagem em nome de todos os presidentes, foi convidada a coordenadora do Fórum Carmem Pankararu, mulher forte, destemida, ardorosa defensora da causa dos direitos à saúde dos povos indígenas. O Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena é hoje um espaço de conquista desse direito.

i) Envelhecer com dignidade

Hoje, a luta é muito mais árdua e complexa que antes. Luta incessante, cotidiana, que por ela muitos conseguiram vitórias importantes. Vitórias vistas na existência de instituições livres e democráticas, de leis que protegem das crianças, aos mais idosos, como indicativo da capacidade de muitos idosos de criarem novos projetos, de promoverem cultura, de reivindicarem direitos, de se emocionarem em qualquer idade, atestando-se: a fonte da juventude está dentro de nós mesmos...

Em nome dos idosos foi convidada a índia Maria de Lurdes Santos Truká, a mais idosa da Conferência, para ser homenageada como forma de testemunhar esta lição de que não tem idade para continuarmos na luta, reafirmando o compromisso na luta pelos direitos humanos, que é e será, hoje e sempre, a verdadeira luta pela democracia.

j) Juventude, determinando suas histórias de vida

Os jovens demandam, com intensidades diferentes, segundo sua particular idade, escola, saúde, cultura, esportes,



Foto: Edmar Chapermam

lazer, emprego, enquanto progressivamente vão formando hábitos e costumes. Vão também, tomando decisões que, em grande medida, irão determinar sua história de vida.

É nesse trajeto de escolhas por caminhos fecundos que os jovens consolidam valores, atitudes, preferências e posições na vida.

Para receber a homenagem, foi convidado Rosenildo Mundurucu, índio mais jovem para, nesse momento, representar os demais jovens, indicando que o sonho não acabou e que ele é o alimento que nutre a esperança de uma sociedade cada vez mais justa, humana e solidária.

Viva os povos indígenas, viva a juventude desta nação!



Foto: Edmar Chapernam



2^a SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS ENTRE A 1^a E A 4^a CONFERÊNCIAS

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI) (Brasília, 1986) foi um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros, produziu um relatório sintético, registrando poucas diretrizes, dada à falta de consenso no movimento indigenista de saúde, mas constituindo fruto da maturidade das discussões sobre os temas. O SUS ainda era um sistema em discussão. A situação correspondia ao momento histórico brasileiro, de retorno à ordem democrática.

A Conferência trabalhou tendo como princípio geral a afirmação de que *a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação.*

Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que a define como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças, a Conferência, considerou que, no caso da saúde indígena, isto implica em alguns princípios fundamentais:

- (1) A saúde das nações indígenas é definida em um espaço e tempo histórico determinados, na particularidade de seu contato com a sociedade nacional e pela forma de ocupação de seu território e adjacências.
- (2) É necessário garantir a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas, dos recursos naturais do solo e do subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade de seus ecossistemas.
- (3) Seja-lhes assegurada a cidadania plena, com todos os direitos constitucionais, como determinante do estado

de saúde dos povos indígenas. (4) O acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, e sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos (respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica) são dever do Estado.

Baseando-se nesses princípios, discutiu-se o gerenciamento, a execução, a organização, o acesso e a qualidade dos serviços, a política de recursos humanos e o sistema de informação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio.

As principais diretrizes que emanaram da 1ª CNSPI, assim como as do SUS, fundamentaram-se na Política de Cuidados Primários de Saúde e seus princípios básicos: participação da comunidade; universalidade do atendimento; unificação dos serviços; descentralização e hierarquização das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local, considerado pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, não como municípios, mas como o local onde as pessoas vivem, convivem, trabalham e encontram os meios necessários à sua sobrevivência.

Esta Conferência recomendou ainda, em relação às nações indígenas brasileiras, reconhecida a sua multiplicidade, diversidade etnocultural e especificidades históricas e de contato, que: (1) O gerenciamento dos serviços de saúde seja responsabilidade de um único órgão, propondo-se a criação de uma agência para tal fim, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo por função coordenar um sistema de saúde para os índios, integrando-os ao sistema nacional (SUS), a partir da esfera regional. Torna-se responsabilidade dessa agência a atenção primária na esfera local e a formação de grupos multiprofissionais para estudar e propor ações para casos especiais (populações em vias de contato, de contato recente e outros casos). (2) O respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas

das nações indígenas nos cuidados com a saúde, as peculiaridades etnoculturais e a garantia da participação indígena, mediada por seus representantes, se darão no formular das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação, garantindo-se o direito de o doente internado ter acompanhantes. (3) Se garanta o acesso universal das populações indígenas ao atendimento de qualidade, compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos recursos tecnológicos existentes, incentivando convênios com entidades de pesquisa e ensino, definido com as nações indígenas. (4) A política de recursos humanos, preconiza admissão de servidores por concurso; capacitação e atualização permanentes, de acordo com as necessidades locais, e a existência de um plano de cargos e salários, com exigência do cumprimento da carga horária contratual e regime de dedicação exclusiva. Em relação aos povos indígenas, estimula a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes indígenas de saúde, auxiliares; enfermeiros; e outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas.

A 1ª CNSPI mostra a necessidade da criação de um sistema de informações, apto a coletar e processar regularmente os dados para análise epidemiológica, considerando as especificidades das nações indígenas e sua dinâmica populacional, sendo as informações sistematicamente repassadas às lideranças indígenas e às autoridades sanitárias.

A Conferência atribui a responsabilidade da saúde indígena, na esfera federal, ao Ministério da Saúde considerando a impossibilidade de a Funai responder sozinha pela atenção à saúde indígenas que, no âmbito local, exigiria um sistema diferenciado.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, o SUS não incorporou a Saúde do Índio. Em 1991, foi criada no Ministério da Saúde, em sua Fundação Nacional de Saúde a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai). Iniciou-se ali um longo período de dificuldades, agravadas por oposição e conflito, onde era necessário criatividade e negociação. Foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena, uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciado organizando-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela Funai. Este modelo teria como base os distritos sanitários especiais indígenas. Foi criado então o Distrito Sanitário Ianomâmi, pelo Decreto nº 23/1991.

O I Fórum de Saúde do Índio realizado com o patrocínio da Cosai, criou os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisi), de caráter interinstitucional, para coordenar regionalmente a integração dos serviços locais de saúde indígena.

Embora, nesse período, um novo Estatuto do Índio tenha sido elaborado, ainda hoje não foi aprovado pelo Congresso Nacional.

O novo Conselho Nacional de Saúde, ao iniciar suas atividades, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), em 1992, que passou a representar o movimento indigenista sanitário, em sua luta pela inclusão dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde do Brasil. A Cisi foi constituída pelas seguintes organizações: Conselho Indígena de Roraima, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo, União das Nações Indígenas do Acre, Conselho Indigenista Missionário, Associação Brasileira de Antropologia, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Paulista de

Medicina, Universidade do Amazonas, Fundação Nacional do Índio, Coordenação Nacional de Saúde Indígena, da **Funasa**. Dos onze membros iniciais da Comissão, quatro representavam organizações indígenas.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ª CNSPI) (Luziânia, GO, 1993) consolidou o processo político deflagrado na 1ª CNSPI, com a definição dos princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao Sistema Único de Saúde: ela se daria nos distritos sanitários especiais indígenas. A 2ª Conferência teve sua convocação decidida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento indigenista elegeu seus representantes que, trabalhando em diferentes grupos, conseguiram a aprovação desejada. Entre os princípios básicos do Modelo de Assistência Diferenciado para a Saúde do Índio, destacou-se a necessidade de adequação do Sistema Único de Saúde às especificidades das sociedades indígenas. Foi reiterada a recusa da municipalização direta dos serviços de saúde indígena.

O processo da organização da 2ª CNSPI embora conflituoso, foi amplo, ascendente e democrático. Realizada dois anos após a assinatura do Decreto Presidencial nº 23/1991, inseriu-se na disputa entre Funai e **Funasa** pela coordenação da assistência à saúde. A Funai, sem verbas, nem possibilidades de contratação de pessoal, devido ao Regime Jurídico Único, carecia de recursos para preparação do pessoal, conservação de equipamentos, suprimento mínimo e deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, base do modelo de assistência aos indígenas.

A **Funasa** possuía quadros experientes no lidar com a diversidade cultural, oferecia condições para participação de indígenas nos seus quadros e em suas políticas locais. Contava, também com recursos financeiros, equipamentos

e insumos. Entretanto, apresentava algumas características que dificultaram o impacto de suas ações de saúde sobre a população indígena: (1) Uma estrutura verticalizada, advinda da Fundação Serviços de Saúde Pública e da Superintendência de Campanhas integrados em 1991 na **Funasa**. A primeira seguia o modelo hospitalar urbanizado (até em Postos de Saúde do interior, mormente nos estados do Norte e Nordeste). A segunda, de tradição “campanhista”, com modelo paramilitar, agia, prioritariamente no âmbito preventivo rural. (2) A **Funasa** iniciou suas atividades com defasagem de pessoal para atuação no âmbito local. A municipalização do SUS, o repasse de estruturas e quadros da **Funasa** para os municípios, agravou a situação. (3) A experiência de verticalização da **Funasa**, sem política de capacitação de pessoal para a saúde dos índios e a diminuição progressiva de seus quadros trouxe impasses para o modelo de atuação. (4) A rigidez da estrutura da **Funasa** dificultou a solução dos problemas emergenciais, da atenção curativa, prioridade da Funai e da população indígena assistida, enquanto os programas de cunho preventivo da **Funasa** não surtiem os efeitos necessários para desafogar a demanda.

Essas dificuldades culminaram com a revogação do Decreto nº 23/1991 e sua substituição pelo Decreto Presidencial nº 1.141/1994, que se baseou nos princípios e diretrizes gerais do SUS e na proposta de operacionalização, de forma descentralizada, dos distritos sanitários especiais indígenas. Ele avançou quanto à legalização de princípios e diretrizes da Política Nacional, incorporando alguns emanados da 2ª Conferência.

A 2ª CNSPI teve por objetivo a definição de diretrizes para a política nacional e a atualização das recomendações da 1ª CNSI, conforme o processo de consolidação do SUS. Entre os seus princípios gerais, estão a garantia da preservação das terras indígenas e de seus recursos naturais; o direito

de cidadania à saúde, como um dever do Estado, mediante a implementação de políticas econômicas e sociais; descentralização, universalização, eqüidade e participação comunitária (princípios do SUS), a serem garantidas aos povos indígenas, o que exigia que os serviços fossem definidos, imperativamente, por políticas públicas setoriais específicas.

O princípio de descentralização, que no SUS se dá pela municipalização, no caso das populações indígenas seria conformado segundo os preceitos constitucionais, definidores da responsabilidade da União na sua assistência, devendo ser de âmbito federal, considerando-se o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes socioeconômicos e culturais (preservação dos sistemas médicos tradicionais, integridade territorial, enfim, da cultura como um todo). A autodeterminação política definiria a forma da assistência médico-sanitária. Para tanto, a formação dos trabalhadores em saúde indígena deveria erradicar posturas etnocêntrica e tecnocráticas dos servidores de saúde em todos os níveis, favorecendo o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais. Registrou-se a urgência de o orçamento da saúde indígena ser baseado em estudo das necessidades de cada grupo indígena.

O Modelo assistencial dos povos indígenas ficou definido como um subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O subsistema consideraria a realidade local e as particularidades da cultura indígena, pautando-se por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito desta população.

Das diretrizes do Modelo Assistencial, pode-se destacar:

(1) O Distrito Sanitário Especial Indígena, como base do Modelo, segundo projeto elaborado com as comunidades, sob supervisão dos Nisis e com consultores técnicos. A competência de cada entidade envolvida com prévia definição. (2) O Dsei caracterizado por: (a) uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; (b) o controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, (Condisi), de composição paritária e de caráter deliberativo; (c) uma rede de serviços e equipes de saúde capacitadas, com meios de transporte e comunicação e suprimento regular de insumos; (d) a autonomia administrativa e financeira; (e) comando técnico e executivo único. O Condisi e o Nisi designam os gerentes. (3) Integração no SUS: as Casas de Saúde do Índio são componentes indissociáveis dos Dseis, ligados aos CDs ou Nisis. O Ministério da Saúde estabelecerá custos das AIH para pacientes indígenas, controlados pelos Nisis ou Dseis, que devem assegurar meios de transporte para atendimento fora da aldeia, condições de comunicação entre as áreas indígenas, centros de referência (com sistema de referência e contra-referência). (4) Controle de gestão e participação indígena: a representação indígena na Cisi contará com seis membros, sendo um de cada macrorregião. Um deles será o representante indígena no CNS. As políticas e programações do Subsistema serão norteadas por recomendações da Cisi, aprovadas pelo CNS. O relatório recomenda a imediata implantação dos Nisis em todo país, ter caráter deliberativo, com representação paritária e competência de planejar e avaliar as políticas. (5) Política de Recursos Humanos: estabelece diretrizes para a formação, seleção, contratação, perfil profissional e condições de trabalho, com Planos de Carreira, conforme o Regime Jurídico Único. Não se aprovou a alternativa de contratação

por meio de ONG ou contratos de gestão. A situação dos Agentes Indígenas de Saúde foi objeto de um capítulo, estabelecendo seu reconhecimento como categoria profissional, suas atribuições e perfil técnico, bem como níveis diferenciados de atribuição, conforme as capacidades individuais e de contato com os povos indígenas. (6) Os sistemas tradicionais serão respeitados em sua totalidade, na figura do pajé, e de outros especialistas, em todas as suas práticas. Garantido o direito intelectual dos povos indígenas sobre suas práticas e conhecimentos sanitários. Assegurado, nos hospitais, o direito dos índios aos seus costumes e terapêuticas tradicionais. Algumas diretrizes dispõem sobre a educação para a saúde, inclusive nas escolas indígenas. (7) Estabelece princípios para as instituições de ensino e pesquisa, como espaço de reflexão crítica e para os quais se recomenda atenção às políticas de assistência à saúde das populações indígenas. Estas instituições contribuíram para a constituição dos conselhos distritais e participaram ativamente, como um de seus membros. Algumas diretrizes apontam para a articulação entre estas instituições e os Nisis e Condisis e para o seu papel de cooperação técnica com as organizações indígenas. Quanto à formação e pesquisa, estabelece que a contribuição no elaborar de propostas metodológicas e conteúdos programáticos para formação de recursos humanos indígenas e não indígenas e pesquisas devem ser associadas às ações de saúde, segundo as demandas dos CDSIs e Nisis. Essas instituições garantirão o direito à propriedade intelectual das populações indígenas relativas ao saber tradicional sobre os recursos naturais, devendo contribuir para a formulação de políticas e modelos de atenção à saúde indígena e avaliação de modelos e projetos de assistência. Para isto, o financiamento de recursos humanos e técnicos para projetos dessas instituições deverá ser proporcionado pelo SUS, dando continuidade e ampliando os programas já existentes, pela transferência regular e contínua de recursos.

Foram aprovadas 29 moções, inclusive de repúdio à violência, corrupção e invasões de áreas indígenas por garimpeiros, madeireiros e outros indivíduos e grupos vistos como ameaça ao meio ambiente e à saúde dos povos indígenas.

Tendo o Relatório da 2ªCNSPI como base, o deputado Sérgio Arouca apresentou o PL nº 63/1997 ao Congresso Nacional, que se tornou o foco das discussões e lutas do Movimento Sanitário Indígena, mas somente em 1999 seria transformado em Lei.

Os Nisis, a despeito de todas as adversidades, foram integrando as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde indígena.

A 3ª CNSI (Luziânia-Go, 14 a 18 de maio de 2001), convocada pela Resolução nº 305 teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos distritos sanitários especiais indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social”.

Designado pelo Conselho Nacional de Saúde, o Comitê Executivo da 3ª Conferência, foi composto por representantes da Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil (Capoib), da Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (Cisi/CNS), do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), do Instituto Sócio Ambiental (Isa), da Fundação Nacional do Índio (Funai), do Ministério da Saúde (MS), da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), da Pastoral da Criança, representando a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e do Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde.

As conferências distritais foram realizadas na mesma data, com delegados eleitos pelos conselhos locais. Da

Conferência Nacional, participaram cerca de 1.000 pessoas entre delegados eleitos pelos conselhos distritais e locais, conselheiros do CNS, expositores e facilitadores de trabalho de grupo e convidados. Sobre os temas, houve palestras e trabalho de grupos, que elaboraram relatórios, submetidos a uma primeira aprovação, para posterior votação na Plenária Final. Os temas foram assim designados: (1) Modelo de gestão e organização de serviços – parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde. (2) Vigilância em Saúde. (3) Estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, da síndrome de imunodeficiência adquirida – DST/Aids e do alcoolismo: direitos humanos e ética nas intervenções. (4) Fortalecimento do Controle Social. (5) Agentes Indígenas de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social. (6) Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas. (7) A hipermedicação e as práticas tradicionais. (8) Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes, envolvendo povos indígenas. (9) As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades.

O grande avanço da 3ª Conferência foi a participação ativa das pessoas indígenas, especialmente dos profissionais de saúde. Contribuiu para a expressão desta mudança qualitativa das conferências a existência de equipamentos de tradução simultânea.

O Relatório Final apresentou como princípios gerais: cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contacto interétnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. Garantir a demarcação, a desintrusão e a vigilância das terras indígenas. Urge uma política de segurança alimentar, desenvolvimento

sustentável e recuperação do meio ambiente. Acesso dos indígenas à educação para formar consciência crítica sobre sua situação atual. Proteção do patrimônio cultural e aproveitamento da diversidade biológica para fortalecimento da auto-estima e afirmação da identidade étnica. Combate à discriminação e preconceito, promovendo a valorização da diversidade cultural, principalmente junto aos profissionais de saúde. As organizações indígenas têm importante papel na melhoria das condições de vida implantação do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência intersetorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde.



3 A 4^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Foram vitoriosos os esforços para que a 4ª CNSI se tornasse uma realidade, como recomendado pela 12ª Conferência Nacional de Saúde. Sua convocação pelo Ministro da Saúde Humberto Costa deflagrou o processo que se deu na gestão do Ministro Saraiva Felipe, sendo responsável pela publicação dos resultados da Conferência, o Ministro José Gomes Temporão.

As responsabilidades, definidas na Portaria do Ministério, foram de pronto assumidas: a Fundação Nacional de Saúde, coordenadora da Conferência, compôs a Comissão Executiva, com um Coordenador-Geral, um Coordenador-Adjunto, um Secretário-Geral e um Secretário-Geral Adjunto. Foi então criado o Grupo estratégico de apoio à Organização, no âmbito do Desai.



Foto: Adriano Machado

Ao Conselho Nacional de Saúde coube deliberar sobre as questões relativas à realização da Conferência, promovê-la e supervisioná-la em todas as suas etapas, considerando suas dimensões técnicas, políticas, administrativas e financeiras. Coube-lhe, também, designar os membros da Comissão Organizadora, de Relatoria e das Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura. Destaque-se que a Portaria Ministerial garantiu a presença indígena em cada uma das comissões.

Da Amazônia ao Sul do Brasil, uma movimentação diferente ocorria nas florestas e nas cidades: eram as conferências locais e depois as distritais em que os índios e seus auxiliares discutiam um só tema: “distrito sanitário especial indígena, território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”.

O Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena facilitou a unidade de encaminhamento, na diversidade de circunstâncias em que as diferentes nações indígenas e os distritos sanitários especiais indígenas realizaram seu trabalho, ao apresentar diretrizes para a organização das conferências, o documento base com subsídios para a discussão dos eixos temáticos, o Regimento e o Regulamento da 4ª Conferência.

A etapa local, prevista na Portaria Ministerial nº 963 para o período de setembro a dezembro de 2005, foi realizada, com sucesso, nas 250 conferências locais, com a presença de mais de 12.500 pessoas. A etapa distrital, com a previsão de ser cumprida entre outubro de 2005 e fevereiro de 2006, totalizou 4.500 pessoas em suas 34 conferências, isto é, todos os distritos especiais de saúde indígenas realizaram suas conferências. Muito se discutiu sobre a dívida histórica dos brasileiros, em geral, que dever ser resgatada junto aos cerca de 470 índios sobreviventes de uma população de cerca

de 5 milhões que habitava as terras do atual Brasil, quando da chegada dos colonizadores, sendo que, na Amazônia Legal concentram-se mais de 200.000. Dessas discussões cerca de 4.000 foram incorporadas, ficando nos distritos aquelas de caráter estritamente local ou distrital, ou que implicassem em medidas anticonstitucionais.

A **Funasa** e o CNS tiveram que enfrentar um sem número de dificuldades, umas inerentes a qualquer ação realizada por organização complexa, outras imprevistas e inéditas. Uma a uma foram superadas as dificuldades organizacionais. Não cabe aqui discorrer sobre o que significou, para cada pessoa indígena, sair de seu mundo familiar, submeter-se a procedimentos estranhos de transporte, alimentação, acomodação e modos de ser tratado por estranhos e permanecer longe dos seus por tão longo tempo.

Com diferentes estados de consciência, 20 anos após a realização da primeira Conferência, chegavam ao Rio Quente 1.228 representantes de mais de 100 etnias, dos 24 distritos sanitários indígenas. No dia 27 de março, após as medidas de acomodação e credenciamento, cuidaram de três coisas muito importantes: ouvir as declarações do Governo Federal sobre o que tem a dizer aos índios, sobre sua inserção na comunidade nacional e o modo como está trabalhando para que haja produção de saúde, proteção à vida e valorização das tradições indígenas; depois, confraternizar-se índios e não índios e receber, cada um e a Conferência toda, a proteção das forças mais potentes, assegurada por um perfeito benzimento. No dia 28, tiveram início os trabalhos do coletivo: aprovar o Regulamento e tomar conhecimento do que especialistas e militantes tem a contribuir sobre os temas da 4ª CNSI. Essas mesas-redondas simultâneas se estenderiam até a tarde do dia seguinte. No dia 30, a maioria estava preparada para enfrentar os debates e decisões nas plenárias temáticas. Antes que se dessem conta, chegara

o último dia da Conferência e com ele os desafios e oportunidades de exercer o controle social do SUS, votando as questões fundamentais do atual momento da autonomia e da saúde das populações indígenas.

As expressões das culturas de diferentes povos foram em alguns aspectos admiradas e em alguns momentos vivenciadas: comidas, expressões de afetos, adornos, cantos, danças, benzeções. A mostra do trabalho dos cineastas indígenas demonstrou a versatilidade dos brasileiros índios que transitam das milenares tradições de seus povos às mais sofisticadas. Ao encerrar os trabalhos, na noite de 31 de março de 2006, alguns talvez não tivessem aquilatado a importância do que acabavam de vivenciar. Outros, porém, ainda saturados de tanto trabalho e de tanta grandeza expressa das

Foto: Adriano Machado



culturas indígenas, tinham consciência do valor histórico do que estavam fazendo e já sonhavam com a 5ª CNSI, quando se estará mais apto para reconhecer o valor de todos os povos, a partir de maior intercâmbio da população, com esses mais de duzentos povos, que são brasileiros desde tempos imemoriais.

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, em sua 61ª reunião, no dia 13 de junho de 2006, avaliou a 4ª Conferência. Foi pedido que os representantes indígenas apresentassem sua avaliação, independentemente dos demais membros da Cisi, para que constasse deste Relatório. Fizeram-na após a reunião da Comissão e, com presteza, enviaram-na à Relatoria, que constitui o conteúdo do próximo capítulo.

Ouviram-se indicações de que nem tudo ocorreu conforme o esperado, mas era unanimidade que, a despeito da precária situação da saúde indígena no Brasil, ela está em processo de melhoria. Foi lembrado que, na década de 1980 os índios, não se pronunciaram sobre sua saúde: falava-se sobre eles. A Coordenadora da Comissão testemunhou o empenho dos servidores da **Funasa** em atender as demandas da Cisi e foi categórica ao afirmar que os índios brasileiros têm a necessária competência para dizer o que querem e como querem que sua saúde seja tratada.

Ficou patente, tanto nesta reunião como em pronunciamento de conselheiros, servidores e indígenas, que se verificou mudança qualitativa na postura do Conselho Nacional de Saúde no que se refere ao enfrentamento da saúde indígena. Desta vez, ele não delegou à Cisi o que ele, na sua inteireza, teria de fazer: assumiu com o ardor de militante, colaborar com todos os esforços que visem a saúde, a vida e as tradições indígenas, o que, natural irá repercutir, de imediato, sobre controle social sobre o estado, no que concerne a saúde dos brasileiros índios e conseqüentemente sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil.



Foto: Adriano Machado



4 RESOLUÇÕES
APROVADAS

4.1 Eixo temático 1 - Direito à saúde

a) Avaliação do subsistema de saúde indígena

a.1 A **Funasa** manterá o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assumindo a execução direta das ações e não terceirizando serviços e profissionais.

a.2 A **Funasa** permanecerá como órgão gestor da saúde Indígena, sem municipalizar ou estadualizar, transformando os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de trabalho paritário pelo Ministério da Saúde para rediscutir e implementar a estrutura organizacional de assistência à Saúde Indígena, acelerando sua desburocratização, garantindo a participação indígena, pelo Controle Social.

a.3 O Ministério da Saúde rediscutirá, com as bases, a estrutura organizacional da **Funasa**, voltada para a Assistência à Saúde Indígena, desde o Departamento de Saúde Indígena até os Postos de Saúde, e criará a Divisão de Saneamento Indígena, na **Funasa**, com infra-estrutura e autonomia.

a.4 O Ministério da Saúde deverá revogar a Portaria nº 70/2004, que define as competências da **Funasa**: Departamento de Saúde Indígena e coordenação regional estadual, do distrito sanitário especial indígena, do conselho distrital indígena, dos estados, dos municípios e das organizações não-governamentais. A revogação decorrerá de sua ineficiência, pois a execução das ações de saúde indígena depende do envolvimento das diversas pessoas e instituições, com experiência no trato da saúde indígena.

a.5 A **Funasa** transformará os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e administrativa, extensiva aos pólos-base, garantindo, em sua estrutura organizacional, a participação de representantes indicados pelos povos indígenas, submetidos ao controle social.

a.6 Todos os recursos destinados à saúde dos índios devem ter aumento de teto, inclusive os dos Dseis, de acordo com o plano distrital e conforme as respectivas realidades. Os recursos destinados à saúde indígena não serão repassados aos municípios, mas à **Funasa**, que poderá celebrar convênios, feitos preferencialmente com associações indígenas, ou com outras instituições, como organizações governamentais ou não-governamentais, que tenham experiência comprovada em trabalhar com os povos indígenas, onde todas as ações devem ser pactuadas e acompanhadas com o Conselho Distrital e os distritos sanitários, especialmente no Xingu. Será cumprido o cronograma de repasse dos recursos financeiros dos convênios, sem atraso e sem a paralisação das atividades de saúde nas aldeias.

a.7 O Ministério da Saúde determinará que os recursos para execução da assistência à saúde indígena não sejam repassados aos municípios, devendo ser administrados integralmente pela **Funasa**. Aos Dseis devem ser garantidos recursos financeiros para as ações de saúde nas aldeias mais distantes e nos atendimentos básicos de rotina e de urgência e emergência, pela criação de um fundo próprio de manutenção destinado à contratação, capacitação e formação de pessoal manutenção das Casais, construção e reforma de postos, unidades de saúde e Casais (a cada dois anos ou quando necessário); aquisição de material, equipamentos (inclusive médico-odontológicos), medicamentos, veículos (barcos equipados para situações emergenciais – com motosserra – ambulanchas e

ambulâncias equipadas), transporte aéreo e fluvial, combustível; sistemas de energia solar para saneamento e controle de endemias. A fiscalização da situação dos servidores, dos recursos financeiros e materiais, estará sob o controle dos povos indígenas.

a.8 O Ministério da Saúde providenciará a elaboração de diagnóstico, do ponto de vista dos indígenas, sobre os serviços de assistência à saúde das respectivas comunidades. O eixo de análise deve ser a articulação entre o Subsistema de Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde. O resultado desse estudo deverá ser utilizado nos planos distritais de saúde indígena.

a.9 O Ministério da Saúde proporá nova redação para a Portaria nº 070 GM, de 20 de janeiro de 2004, art. 7º, para que os conselhos locais e distritais participem do planejamento, aprovação e acompanhamento da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena.

a.10 A **Funasa** realizará levantamento das necessidades estruturais, físicas e humanas para o ordenamento e execução de despesas pelo chefe do distrito, fortalecendo o acompanhamento e de avaliação das ações e serviços de saúde. O chefe de distrito será eleito, nos conselhos distritais indígenas.

a.11 O Governo Federal obedecerá a critérios técnicos na indicação de chefes de Dseis, garantindo que o indicado tenha conhecimento das políticas públicas de saúde e da realidade dos povos indígenas, evitando assim a alta rotatividade dos cargos de chefia e impedindo o nepotismo.

a.12 A administração dos Dseis terá a participação de 50% de indígenas, em sua composição.

a.13 A **Funasa** dará maior autonomia de decisão aos gestores das Casais, visando à resolutividade das ações.

a.14 A **Funasa** criará Dseis nas regiões desprovidas ou com precária atenção à saúde, tais como: Tocantina no Maranhão (sede Imperatriz/MA), Espírito Santo (sede Aracruz), Guajará-Mirim (Rondônia) e médio e baixo Xingu (incluindo os Kayabi que moram fora do Parque Xingu, para que o povo fique todo junto, nesse atendimento), no Rio Tapajós e Arapiuns nos municípios de Santarém, Aveiro e Belterra.

a.15 A **Funasa** reverá as delimitações territoriais dos Dseis existentes, considerando necessidades já identificadas, tais como: incluir no Dseis Litoral Sul as comunidades Guarani, que ocupam o território do Distrito Interior Sul.

a.16 A **Funasa**, nesta revisão, alterará o modelo atual do Dseis Interior Sul, para implantação por Estado, com sede na região onde houver maior população indígena, com autonomia orçamentária e financeira.

a.17 A **Funasa** estruturará os Dseis, garantindo a aquisição e manutenção de transporte – carros, barcos, motores de popa, bicicletas, motos, etc. – para as equipes multidisciplinares e de apoio, conforme a realidade de cada região.

a.18 O Ministério da Saúde , estabelecerá critérios e garantirá recursos financeiros para consultas e exames especializados na rede particular, quando não disponíveis no SUS, buscando promover maior agilidade no atendimento. Também devem ser garantidos recursos nos planos distritais e das Casais, para deslocamento dos pacientes e seus acompanhantes.

a.19 A **Funasa**/Densp executará os projetos já elaborados no Plano Distrital de Saúde Indígena de 2006 a 2007, especialmente as construções em atraso.

a.20 O Ministério da Saúde descentralizará recursos financeiros para os Dseis para a compra de horas de vôo

de aeronaves, combustível, medicamentos e outros itens, conforme a realidade de cada distrito.

a.21 A **Funasa** reorganizará, com urgência, e em consonância com os Dseis e municípios, as ações de saneamento básico. Ampliará os sistemas existentes, garantindo a manutenção dos equipamentos, realizando construções e reformas dos pólos-base, banheiros domiciliares e comunitários, caixas d'água, chafarizes e moradias, conforme a necessidade de cada área, evitando as altas taxas de doenças infecto-contagiosas. Essas ações devem ser executadas com a participação da comunidade indígena na elaboração dos projetos e na fiscalização da execução das obras.

a.22 A **Funasa** criará, a partir de estudos geológicos e ambientais, sistema de saneamento básico e de abastecimento de água de boa qualidade (incluindo poços artesianos, cisternas e pequenas barragens), em todos os distritos e em 100% das aldeias e áreas indígenas, no prazo de quatro anos (próxima Conferência Nacional). E garantirá recursos para ampliar e estruturar as práticas e dar sustentabilidade ao saneamento ambiental. Incluindo o destino adequado do lixo e dejetos e instalação de coletores e módulos sanitários. O acompanhamento e supervisão mensal, pelos técnicos da **Funasa**/Diesp garantirá a qualidade das ações e facilitará o trabalho dos Aisans. Serão implementadas oficinas de saneamento, próximo das aldeias, na sede dos distritos ou pólos com o engenheiro, com o técnico e com a comunidade indígena.

a.23 Nos projetos de saneamento já existentes, a **Funasa** fará revisão e reavaliação para adaptá-los à realidade da vida nas aldeias, com a participação da comunidade.

a.24 A gestão do saneamento será exercida diretamente pelos Dseis, dotando-os de orçamentos e recursos humanos, possibilitando a integração das ações com o plano distrital e permitindo mais agilidade na sua execução.

a.25 O Governo Federal assumirá a execução direta das obras de engenharia nas áreas indígenas, por intermédio dos Dseis, zelando pelo saneamento ambiental em todas as comunidades, conforme as realidades locais.

a.26 A **Funasa** implantará programa de controle da qualidade da água em todas as áreas indígenas.

b) Organização da atenção à saúde

b.1 A **Funasa** criará assessoria indígena junto aos pólos-base e à Casai, para facilitar a interação com as populações indígenas, quando houver decisão do Conselho Local sobre sua necessidade.

b.2 A **Funasa** assegurará equipe multidisciplinar completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, atendente de consultório dentário, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento) em 100% das aldeias, conforme a população cadastrada e a área de abrangência. Garantirá apoio logístico para maior permanência da equipe multidisciplinar nas aldeias, incluindo os finais de semana, com atendimento diferenciado aos índios, fornecendo aos profissionais, informações sobre a cultura indígena. Exigirá o cumprimento das rotinas de trabalho, como carga horária, métodos, visitas domiciliares (com maior frequência), exames pré-natal e citopatológico. A equipe acompanhará os agentes indígenas de saúde nas visitas domiciliares e, nos casos graves, acompanhará os enfermos à referência (hospitais ou postos de saúde). Nas aldeias de difícil acesso, serão garantidas visitas periódicas da equipe multidisciplinar.

b.3 A **Funasa** garantirá o acompanhamento e a supervisão técnica (médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista) às equipes multidisciplinares das aldeias.

b.4 O Ministério da Saúde disporá de recursos para reformar, ampliar, equipar e manter a infra-estrutura dos postos de saúde das aldeias, pontos de apoio, pólos-base e casas de saúde. Isso incluirá pessoal, principalmente os agentes indígenas de saúde, recursos financeiros e materiais, de boa qualidade. Essas unidades disporão de equipamentos médico-odontológicos e administrativos, computador, rádio, telefone, sala de vacina, postos de medicamentos com condições adequadas à sua conservação, segurança e eficácia. Disporão, também, de viaturas, ambulância (para uso disciplinado), transporte adequado (fluvial e terrestre, com aumento da cota mensal de combustível). Devem oferecer atendimento 24 horas diárias, condições adequadas para o atendimento de pacientes e remoção ou deslocamento para procedimentos e consultas médicas nos centros de referência (com a companhia de profissional de saúde), levando em conta as especificidades de cada local. Nas aldeias onde ainda não existam pólos, o Ministério da Saúde deverá construí-los (no extremo da aldeia dos Kaxarari, por exemplo), com a participação das aldeias, inclusive na aprovação da planta.

b.5 A **Funasa** construirá os pólos-base, postos de saúde, em terras indígenas já demarcadas e homologadas, para atendimento adequado aos povos indígenas. Manterá pólos-base e postos de saúde em terras ainda não demarcadas, com pessoal capacitado e infra-estrutura adequada ao atendimento dos povos indígenas.

b.6 A **Funasa**, nos planos de trabalho das organizações conveniadas, disporá de recursos financeiros para construção ou reforma de postos de saúde e aquisição de veículos e materiais permanentes, para as áreas indígenas.

b.7 A **Funasa** deverá construir casa de apoio para acolhimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena e para depósito de medicamentos, garantindo sua conservação e eficácia, nos períodos de sazonalidade (vazantes dos rios).

b.8 O Ministério da Saúde garantirá recursos para a criação de estruturas, que funcionem como casas de trânsito (para pacientes que vêm das aldeias), com boa qualidade de atendimento, nas sedes municipais onde haja repasses fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

b.9 A **Funasa** adquirirá unidade móvel fluvial, equipada com consultório médico, odontológico, enfermagem e laboratório para atendimento em áreas indígenas, garantindo condições adequadas para o transporte de medicamentos em condições adequadas à sua conservação, segurança e eficácia.

b.10 A **Funasa** proverá maleta com kits completos de atendimento básico (balança, aparelho de pressão e outros), para os agentes de saúde, além de estrutura de locomoção de acordo com a realidade de cada localidade (barco, bicicleta, animais ou outros) com a garantia de recursos para manutenção dos materiais e equipamentos dos kits. A qualidade das ações desenvolvidas pelos agentes indígenas de saúde e pelos agentes indígenas de saneamento deve ser acompanhada pelos responsáveis das equipes multidisciplinares. Deverá ser redefinido o número de famílias da área de atuação dos agentes indígenas de saúde, para que suas atribuições sejam especificamente de promoção à saúde.

b.11 A **Funasa** estabelecerá, organizará e manterá atualizado cronograma de licitação para a compra de material médico e odontológico, com insumos, medicamentos e equipamentos (incluindo aparelho de ultrassonografia e eletrocardiograma), para manter o fornecimento periódico e regular aos pólos-base de saúde indígena.

b.12 A **Funasa** garantirá a renovação da frota de veículos, a cada dois anos. Quando forem necessários, garantirá pequenos consertos e revisão, devendo o veículo ser

substituído por outro, durante o período do afastamento da viatura, para continuidade do atendimento das demandas.

b.13 A **Funasa** descentralizará a aquisição de viaturas para os Dseis, garantindo veículos novos (com sistema de comunicação) e aumento da frota, que deverá ser adequada às necessidades dos clientes (idosos, gestantes), com contínua manutenção.

b.14 O Dsei oferecerá transporte de qualidade para o deslocamento da equipe multidisciplinar de saúde para o trabalho nas aldeias. Deve exigir o cumprimento da determinação que define como responsabilidade do profissional, chegar até a cidade onde está localizada a aldeia.

b.15 A **Funasa** proverá ajuda de custo para os clientes agendados e encaminhados pelo pólo-base aos serviços de referência, nos percursos de ida e volta às aldeias.

b.16 A **Funasa** assegurará recursos financeiros para pagamento de frete de aeronave, para o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde nas aldeias de difícil acesso, especialmente no período da seca.

b.17 A **Funasa** construirá depósitos de combustível nos pólos-base de difícil acesso e de acordo com as normas de segurança do Conselho Nacional de Petróleo.

b.18 A **Funasa** disporá de avião, equipado com unidades de terapia intensiva, para atender emergências nas aldeias.

b.19 A **Funasa** colocará, em cada pólo-base, ambulância para atendimento dos casos de urgência e emergência.

b.20 A **Funasa** prestará assistência efetiva aos povos indígenas, independentemente de estarem em terras demarcadas, como os índios isolados, respeitando o princípio de auto-identificação das comunidades.

b.21 A **Funasa** garantirá, pelas organizações indígenas conveniadas, o atendimento eletivo aos índios aldeados e cadastrados.

b.22 As Casais melhorarão a qualidade dos serviços prestados aos Dseis, quanto à segurança, com controle rigoroso do fluxo de trânsito de indígenas e visitantes. Será reforçada a segurança dos pólos-base, com vigias que garantam a integridade dos clientes e funcionários.

b.23 A **Funasa** fará readequações no funcionamento das casas de saúde, incluindo o quadro de pessoal, para melhor acompanhamento dos indígenas internados ou em tratamento fora do domicílio. Garantirá alimentação tradicional aos indígenas em dieta livre e acompanhantes, respeitando a diferença de cultura e de hábitos alimentares. Atuar junto à comunidade para que a Casais seja de uso restrito para a saúde, a partir de um regulamento, a ser elaborado com a participação dos índios.

b.24 O Ministério da Saúde desenvolverá política de reestruturação física e do quadro de trabalhadores das Casais, com contratação de profissionais (incluindo assistentes sociais), com atuação também nos finais de semana. Serão construídas novas Casais onde houver necessidade, como, por exemplo, em Manaus, Salvador, Goiânia, Sinop e Canarana (povo do Xingu). Também serão oferecidas avaliação nutricional e alimentação elaborada conforme os hábitos alimentares dos indígenas. As Casais terão serviço de som fixo, para informação aos que ali circulam.

b.25 A **Funasa** reestruturará a gestão do trabalho nas Casais, com contratação de servidores indígenas e não indígenas que compreendam a língua indígena em uso.

b.26 Os chefes e profissionais dos Dseis devem ter contato direto com as Casais, participando de reuniões periódicas, para melhoria da comunicação e do atendimento.

b.27 O Ministério da Saúde e a **Funasa** devem reconhecer a Casai de Canarana/MT, no organograma do Dseis.

b.28 Os Dseis devem determinar aos pólos-base e Casai, ao saírem das aldeias para tratamento, só retornem com todos os exames concluídos, com diagnóstico e tratamento identificados. Estabelecerão, como responsabilidade da Casai, que as informações sobre os índios sejam repassadas à equipe de saúde da área, garantindo que os retornos dos índios sejam feitos adequadamente, e só após resolver seu problema de saúde.

b.29 O Dsei deve determinar ao médico da Casai que mantenha contato com os médicos da área, discutindo os casos que lhes foram encaminhados e passando-lhes as informações necessárias, desde que antes seja garantida a contratação de médicos para todas as casas de saúde de índio.

b.30 O Ministério da Saúde deverá estabelecer mecanismos de referencia e contra-referência para garantir as informações dos pacientes, quando do retorno das referências secundárias e terciárias aos pólos-base e aldeias. A contra-referência é responsabilidade da Casai, que deve para isso exigir dos serviços de referência esses documentos.

b.31 É dever da **Funasa** garantir o atendimento de urgência e emergência aos povos indígenas reconhecidos oficialmente pela Funai.

b.32 A **Funasa** garantirá primeiros socorros nas unidades básicas de saúde.

b.33 O Ministério da Saúde implantará todos os programas de atenção básica à saúde, incluindo fitoterapia e acupuntura, destacando-se a importância do programa de saúde bucal, voltado às especificidades culturais de cada povo indígena.

b.34 O Desai cumprirá o cronograma de vacinação nas aldeias, conforme planejamento dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.35 A **Funasa** garantirá a implantação do programa de planejamento familiar nas aldeias, conforme a realidade local e concordância dos indígenas. Devem ser garantidos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com discussões para ajudar na escolha do método de planejamento familiar, seja tradicional ou outros.

b.36 A **Funasa** implantará programas que atendam indígenas com necessidades especiais.

b.37 O Ministério da Saúde realizará levantamento, com o objetivo de criar espaços para atendimento de crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais, de acordo com a demanda.

b.38 O Ministério da Saúde implantará centro de apoio a deficiente físico e mental, nas aldeias.

b.39 O Ministério da Saúde criará programa para recuperação de seqüelas de acidente vascular cerebral.

b.40 A **Funasa** adquirirá material permanente para apoio na recuperação da saúde da população, tais como cadeiras de roda, muletas, cama, equipamentos ortopédicos, entre outros, de acordo com a necessidade de cada caso.

b.41 A **Funasa** criará um núcleo de referência, para atender à população indígena, que possua profissionais como: psiquiatra, oftalmologista, ortopedista, pediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros, dando suporte ao trabalho das equipes multidisciplinares.

b.42 A **Funasa** definirá o local do atendimento de referência, de acordo com a escolha do indígena.

b.43 A **Funasa** garantirá aos familiares informações sobre a evolução do tratamento dos enfermos.

b.44 A **Funasa** criará clínicas especializadas em recuperação de usuários de drogas, onde há esse problema, como, por exemplo, entre os Xavantes.



Foto: Edmar Chapermam

b.45 A **Funasa** oferecerá tratamento especializado para usuários de álcool e drogas, em clínicas especializadas, levando em consideração a cultura de cada povo.

b.46 A **Funasa** determinará a prioridade às referências para o diagnóstico e tratamento do câncer feminino, dada a gravidade e o aumento da doença entre as mulheres indígenas.

b.47 A contra-referência deverá ser feita pelo médico dos serviços de referência e pelo médico da casa de saúde indígena.

b.48 As casas de saúde terceirizarão seus serviços, conforme as necessidades.

b.49 A **Funasa** implementará o Sisvan nas áreas indígenas e garantirá programas de alimentação para as gestantes e as crianças de baixo peso e garantirá ações para redução da mortalidade materno-infantil da população indígena. Dará especial atenção à gravidez de risco, tanto na assistência ambulatorial, quanto na hospitalar, além de implantar a melhor forma de assistência à gestante, no último mês de gestação, e ao parto, com parteiras indígenas.

b.50 A **Funasa** construirá casa de apoio para os índios em tratamento de saúde, nas cidades com referências I e II, e Casais na referência III.

b.51 A **Funasa** garantirá o financiamento de medicamentos não padronizados no Dseis, ou em falta nos pólos-bases junto às comunidades com acompanhamentos e controle da equipe de assistência farmacêutica do distrito sanitário indígena.

b.52 A **Funasa** implantará laboratório nas Casais, assegurando maior resolutividade nos exames laboratoriais.

b.53 A **Funasa** flexibilizará o monitoramento das metas de saúde, de acordo com a realidade local, em consonância com as políticas de atenção à saúde indígena.

b.54 Os responsáveis pelos transportes da **Funasa** e das organizações conveniadas devem trabalhar em regime de plantão nos finais de semana e feriados, para agilizar as solicitações de remoção e os atendimentos de emergência.

b.55 A **Funasa** equipará cada organização conveniada com uma frota de carros, motos e barcos, para que possam equipar cada pólo-base com veículos para atendimento exclusivo de saúde indígena.

b.56 O Ministério da Saúde deve reativar o Hospital São Camilo, na região do Surumu, com recursos federais.

b.57 O Ministério da Saúde deve transformar a Casai de Roraima em hospital federal, com recursos específicos do próprio Ministério.

b.58 A **Funasa** cumprirá os planos de trabalho, os planos distritais e as pactuações realizadas com as instituições conveniadas.

b.59 A **Funasa** determinará às Emsis, com assessoria da assistência farmacêutica, que orientem a comunidade sobre os perigos da medicalização, com o acompanhamento de equipe de assistência farmacêutica.

b.60 O Ministério da Saúde criará um mecanismo legal, para que as viaturas, equipamentos, materiais permanentes e insumos adquiridos pelos municípios com o recurso do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas – repasse da SAS – sejam de uso exclusivo na atenção à saúde indígena, conforme planejamento conjunto com o CLSI, para o qual deve haver prestação de contas.

b.61 A **Funasa** renovará a frota de veículos, a cada quatro anos, com modelos adequados às respectivas regiões geográficas e vias de acesso.

b.62 A **Funasa** promoverá encontros de parteiras indígenas de todas as aldeias.

b.63 O Ministério da Saúde agilizará a implementação do Cartão SUS na saúde indígena.

b.64 A **Funasa** garantirá a assistência à população aldeada, realizando gestão junto aos municípios e estados para a assistência diferenciada aos povos indígenas que vivem nas sedes destes municípios, com a ampliação do número de equipes multidisciplinares de saúde indígena.

b.65 A **Funasa** deve assegurar o cumprimento das ações definidas nos planejamentos distritais, que são elaborados com a participação dos conselhos.

b.66 A **Funasa** deve exigir rigor nas ações de imunização.

b.67 A **Funasa** reestruturará e manterá a infra-estrutura das aldeias, ampliando os programas de saneamento básico e ambiental, de acordo com a demanda de cada distrito, fornecendo todo o material necessário ao desempenho dos agentes indígenas de saneamento. Serão garantidos equipamentos de proteção individual para esses trabalhadores, para prevenir acidentes de trabalho e intoxicação. Suas ações devem contar com acompanhamento e supervisão mensal dos técnicos da **Funasa**.

b.68 O Ministério da Saúde criará normas técnicas para informar aos estados e municípios sua competência no atendimento aos indígenas do município e em trânsito, observando o princípio da universalização da saúde.

b.69 A **Funasa** ampliará a cobertura da população indígena com abastecimento de água potável, prevendo estratégias que garantam o abastecimento contínuo e permanente.

b.70 O Ministério da Saúde estabelecerá, por meio de Lei, critérios para a integração do subsistema de saúde indígena ao SUS, com definição de cotas e metas nas PPIs (Programação Pactuada Integrada), como também repasse aos Dseis de recurso do PAB (Piso de Atenção Básica) dos municípios com população indígena.

b.71 A **Funasa** implantará laboratório, utilizando-se de horto de plantas de áreas indígenas, com capacitações dos profissionais de saúde para o uso e manipulação das plantas medicinais, acompanhados e assessorados pela equipe de assistência farmacêutica, garantindo a participação dos terapeutas indígenas nas capacitações.

b.72 A **Funasa** construirá os pólos-base dentro ou fora das terras indígenas, respeitando as decisões dos conselhos locais e distritais, respeitando as especificidades de cada povo.

b.73 A **Funasa** criará, nos Dseis equipe multidisciplinar de saneamento básico, para implementação e acompanhamento do ações de saneamento nas aldeias.

b.74 A **Funasa** construirá laboratórios equipados, nos pólos-base, para controle da qualidade da água de consumo humano nas áreas indígenas, ou adquirir kits portáteis para a realização das análises de água nas aldeias, quando não for viável a instalação do laboratório no pólo.

b.75 A **Funasa** implementará a atuação da equipe de Engenharia nas áreas indígenas. Esses profissionais deverão realizar estudos para verificação da qualidade do abastecimento de água e identificar melhorias sanitárias, respeitando o conhecimento indígena.



b.77 Os Dseis credenciarão farmácias conveniadas nos municípios com população indígena, para garantir atendimento de medicamentos “não padronizados” no Dseis ou em falta nos pólos-base, sob controle da equipe multidisciplinar sob supervisão da equipe de assistência farmacêutica.

b.78 O Governo Federal legalizará a compra e o acesso de soro antiofídico liofilizado para os distritos sanitários especiais indígenas da Amazônia Legal.

b.79 O Governo Federal determinará que os medicamentos constantes dos programas de assistência farmacêutica, direcionados à população indígena, sejam encaminhados diretamente aos Dseis, sob a responsabilidade da assistência Farmacêutica, em quantitativos compatíveis com as necessidades da população, devidamente notificados e acompanhados pelas equipes de saúde locais.

c) Intersectorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde

c.1 A **Funasa** oficializará e intensificará parcerias, das coordenações regionais, com as unidades de saúde de referência e governos federal, estaduais e municipais, garantindo aos indígenas, vagas e agilidade nas consultas, exames, internações e complementação do atendimento, de média e alta complexidade. Esta parceria será especialmente fortalecida com as entidades que recebem o Incentivo de Atenção aos Povos Indígenas. As três esferas governamentais melhorarão suas unidades de referência, com equipamentos hospitalares, medicamentos, vacinas e profissionais especializados. Para prestar atendimento digno e de boa qualidade, com resolutividade, devem ser respeitadas as tradições dos povos (incluindo práticas medicinais tradicionais, alimentos, adequação do espaço dos hospitais, direito das gestantes de serem acompanhadas por parteira ou de agente indígenas de saúde, e dos demais índios de serem acompanhados por uma pessoa de sua aldeia. Também devem ser respeitadas as deliberações do controle social, de forma a efetivar a saúde diferenciada, preconizada em lei.

c.2 A **Funasa** cobrará dos municípios o deslocamento dos pacientes indígenas, por ambulância, para as unidades de referência e na falta deste meio de transporte, o município deve colocar à disposição outra opção para o retorno às aldeias.

c.3 A **Funasa** cobrará dos estados e municípios que os atendimentos de urgência dos pacientes indígenas, que chegam aos municípios, sejam encaminhados para os hospitais sem que seja necessário serem autorizados pela central de regulação.

c.4 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério das Comunicações, para viabilizar a instalação de meios de comunicação que atendam aos postos de saúde localizados nas aldeias e as comunidades indígenas, para efetiva comunicação entre os índios e a **Funasa** e demais órgãos públicos. A **Funasa**, por suas coordenações regionais, deve interagir com as operadoras de telefonia locais, para implantação de sistemas de radiofonia e telefonia pública, nas aldeias que ainda não a têm, e sua manutenção nas localidades já atendidas. Será criado centro de inclusão digital, conforme a realidade de cada aldeia.

c.5 O Ministério da Saúde deve se articular com o Ministério da Justiça, Ministério Público Federal, para a divulgação de programas que proibam a venda de bebidas alcoólicas aos índios, a fim de coibir e punir os infratores que promoverem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

c.6 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério da Educação, para que as novas diretrizes educacionais que garantem o ingresso mais cedo no ensino fundamental sejam estendidas às áreas indígenas.

c.7 O Ministério da Saúde se articulará com as demais instâncias do Governo Federal e entidades não-governamentais, para desenvolver ações de promoção à saúde, em especial para as famílias indígenas desnutridas e mais carentes, que visem o trabalho, o lazer, a alimentação e a moradia adequada. Serão realizadas parcerias com estados e municípios para a criação de programas habitacionais, com substituição das casas de taipa e palha. Devem ser garantidas moradias diferenciadas para os povos indígenas residentes em terras indígenas e fora delas, respeitando a cultura de cada povo. As ações de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social serão desenvolvidas junto a todas as atividades voltadas para a Promoção da Saúde,

que serão realizadas por profissionais que atuam em terras indígenas, após capacitados, assessorados pela Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, da **Funasa**.

c.8 O Ministério da Saúde se articulará com diversos parceiros para melhoria da saúde indígena, como: organizações indígenas, ONGs, Funai, MEC, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Agrário, universidades e outras instituições formadoras, para desenvolverem a formação de profissionais indígenas e chefes de postos da Funai, em nível médio e superior, em diversas categorias profissionais, como: técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, odontólogo, laboratorista, entre outras. Serão definidas estratégias para a capacitação de professores indígenas, em política de saúde indígena e SUS, incluindo estes temas na prática de ensino nas aldeias. Haverá capacitação em elaboração de projetos, para representantes das associações indígenas.

c.9 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério de Minas e Energia e com o Ministério do Meio Ambiente para que o “Programa Luz para Todos” seja estendido a todas as aldeias.

c.10 O Ministério da Saúde se articulará com o Ibama para que as madeiras por eles apreendidas sejam doadas para construção de casas, canoas e postos de saúde, nas áreas indígenas.

c.11 O Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome estimularão ações que promovam valorização e atenção aos idosos, nas comunidades indígenas e junto àqueles que com elas trabalham.

c.12 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério da Justiça para que os documentos expedidos pela Funai sejam reconhecidos em âmbito nacional. A Funai se articulará com as instituições competentes para a emissão de documentos civis para os indígenas.

c.13 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério dos Transportes, Ministério do Meio Ambiente e Funai, para a regularização, manutenção e recuperação das pistas de pouso existentes nas áreas indígenas de difícil acesso. Essa parceria deve se estender às prefeituras e governos estaduais para construção e manutenção das estradas e pontes de acesso às áreas indígenas.

c.14 A **Funasa** fortalecerá sua inserção no SUS, articulando-se com as instâncias que o compõem, para que o subsistema de saúde indígena se integre com elas, além de divulgar, junto aos trabalhadores da saúde e comunidades indígenas, os serviços que elas oferecem, observando os princípios do SUS. Além disso, implantará a política de humanização da assistência e de sensibilização do profissional da saúde e dos setores que prestam serviços de saúde aos povos indígenas.

c.15 O Ministério da Saúde se articulará com o Ministério das Comunicações, para que o sistema de comunicação via Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão seja distribuído nas áreas indígenas, considerando os 281 pólos e 34 distritos.

c.16 O Ministério da Saúde estabelecerá, por meio de expedientes legais, mecanismos que fortaleçam a integração do subsistema de saúde indígena ao SUS, com definição de cotas para exames, consultas e procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade para os pacientes indígenas.

c.17 O Ministério da Saúde constituirá uma comissão composta pela **Funasa**, Funai, Secretaria de Educação local, lideranças indígenas e ONGs, para implantação de programas educacionais e centros comunitários. Serão criadas equipes de educação em saúde, para facilitar a compreensão e a participação nas ações, decisões e palestras sobre gravidez na

adolescência, métodos contraceptivos, alcoolismo, tabagismo, violência, saúde nutricional e sobre outras questões.

c.18 O Ministério da Saúde e a Funasa darão prioridade à articulação com o Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Ministério de Minas e Energia, Ministério da Previdência Social e outros ministérios, visando a integração das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, a fim de elaborar projetos conjuntos como: fornecimento de energia elétrica, de produção de alimentos, de desenvolvimento econômico.

c.19 A Funasa se articulará com a Funai, para estruturação organizada dos serviços prestados pelas duas, nos territórios indígenas.

c.20 O Ministério da Saúde se articulará com os municípios para, junto aos centros de referência de assistência social adequar e ampliar o Programa de Atendimento Integral à Família, estendendo-o à população indígena. Essa articulação deve contemplar os programas sociais, com orientação aos povos indígenas, e incluir a ampliação do número de beneficiários do Programa Bolsa Escola, com o objetivo de diminuir a evasão escolar indígena.

c.21 A **Funasa** deve se articular com a Funai, para que a Polícia Federal faça a retirada das bebidas alcoólicas das áreas indígenas e vilas que foram extintas, por conta da homologação.

c.22 O Ministério da Saúde se articulará com o MEC, para a inserção dos temas de saúde indígena nos currículos escolares de ensino médio e superior. Isso permitirá aos futuros profissionais de saúde conhecer as questões

pertinentes à saúde indígena e seu Subsistema, bem como o perfil epidemiológico das populações indígenas.

c.23 A **Funasa** determinará que as Casais mapeiem os serviços de referência do SUS, conforme a realidade de cada Dsei. Devem se articular com essas instâncias e identificar as que possuem tecnologia necessária para receber quem precisa de tratamento, garantindo que consultas e exames sejam rapidamente marcados. Os Dseis realizarão supervisão e acompanhamento da atenção secundária e terciária nas redes municipais e estaduais, colaborando para maior esclarecimento dos gestores e trabalhadores, por meio de ação pactuada.

c.24 A **Funasa** aperfeiçoará o acompanhamento da atenção secundária nas redes municipais, colaborando para o maior esclarecimento dos gestores e trabalhadores, por meio de ações pactuadas.

c.25 A **Funasa** implantará radiofonia nas comunidades indígenas, Casais e nos hospitais municipais, com funcionamento permanente, sendo responsável por sua manutenção.

c.26 A **Funasa** garantirá a qualificação, em urgência e emergência dos profissionais contratados, garantindo transporte adequado e suporte de equipamento para os procedimentos de urgência e emergência, em todas as aldeias.

c.27 O Ministério da Saúde estenderá o Programa Brasil Sorridente à população indígena, garantindo os serviços de referência e contra-referência em consonância com o subsistema de saúde indígena.

d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira

d.1 A **Funasa** executará, com rigor, as ações do programa de imunização, inclusive de animais, garantindo o controle epidemiológico nas terras indígenas. Para isso, deve garantir condições de trabalho, capacitação e educação permanente às equipes multidisciplinares de saúde indígena, em vigilância epidemiológica voltada para as doenças imunopreveníveis, por meio de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

d.2 A **Funasa** garantirá aos Dseis recursos para a prevenção das DST/Aids (inclusive *kits* de testagem rápida), com a implantação e implementação do programa de controle dessas doenças, em todos os pólos-base. Devem ser fornecidos materiais didáticos para oficinas, seminários e outras atividades educativas, incluindo palestras sobre o uso de preservativo. Devem ser estimuladas ações conjuntas com profissionais de saúde e lideranças indígenas na abordagem do alcoolismo, drogas e Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre os povos indígenas, respeitando a concepção de cada povo. Serão elaborados panfletos, cartazes e vídeos para utilização nas ações educativas, de acordo com cada realidade.

d.3 O Governo Federal firmará acordo com os países vizinhos, com o objetivo de instituir responsabilidades de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica (controle de endemias, imunização, DST/Aids e outras doenças), além de melhorar a qualidade das ações de saúde prestadas às populações indígenas que habitam estas áreas fronteiriças. Serão garantidos a implantação e o funcionamento de postos de vigilância e laboratórios de fronteira, particularmente na região do Oiapoque e do Parque do Tumucumaque. O Ministério da Saúde intensificará o programa de barreira sanitária entre estados, municípios e áreas limítrofes, incluindo

um representante indígena, um da **Funasa** e um da Funai, no Comitê de Fronteira. Deverá o Governo brasileiro promover seminários envolvendo lideranças, organizações indígenas e governos dos demais países, para discutir a saúde indígena, oferecida nessas comunidades.

d.4 A **Funasa**, por meio dos Dseis, assumirá, em todos os pólos-base e áreas indígenas, ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e em todos os municípios onde exista área indígena. Essas ações farão o controle de endemias (incluindo capacitação de profissionais, combate a vetores, borrifação, pesquisa entomológica); combate a doenças como malária, hepatite, DST, hanseníase e tuberculose (com busca ativa e garantia de encaminhamento e continuidade do tratamento). Para isto, promoverão a educação em saúde e garantirão equipe permanente, para diagnósticos e tratamentos, provendo materiais e insumos adequados. Nos municípios com gestão plena da atenção básica, será estabelecida parceria para ação contínua no controle dessas doenças, por meio da avaliação epidemiológica realizada pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

d.5 A **Funasa** intensificará o controle da doença de Chagas, com a melhoria habitacional, com substituição de taipa e palha por alvenaria revestida, nas casas e sua borrifação. A educação em saúde deve ser intensificada nas aldeias indígenas onde há prevalência da doença e nas áreas onde as moradias inadequadas contribuem para a incidência de outras doenças transmitidas por vetores.

d.6 A **Funasa** garantirá recursos para compra de computadores para implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena nos pólos-base, bem com assessoria técnica, capacitação das equipes multidisciplinares e material de consumo. Serão concluídos os módulos que

integram o sistema, com a maior brevidade possível, para gerar informação que permita a análise do alcance e eficácia das estratégias, das ações implementadas, bem como das metas estabelecidas na política de atenção à saúde indígena. O sistema terá relatórios locais, permitindo que os Dseis e os pólos tenham acesso à informação por eles produzida, com retorno para o controle social, para utilização no planejamento das ações. Deve-se estender o módulo de recursos humanos para todas as categorias profissionais que trabalham com a saúde indígena, que devem ser cadastradas no ato da contratação, no próprio sistema. O Siasi será simplificado para uso dos usuários, e integrado aos demais sistemas nacionais de informação.

d.7 A educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos Aisans deverá ser intensificada para que melhor orientem as comunidades sobre transmissão, diagnóstico e tratamento de malária, febre amarela, leishmaniose e outras doenças.

d.8 A Secretaria de Vigilância em Saúde deverá repassar para a **Funasa** os recursos orçamentários e financeiros para o programa de controle de endemias nas áreas indígenas, incluso no teto dos Dseis, conforme o perfil epidemiológico e sua extensão geográfica. A **Funasa** constituirá, nos Dseis, um grupo de agentes de endemia, trazendo de volta os agentes descentralizados para estados e municípios.

d.9 O Ministério da Saúde implantará setor e equipe de vigilância epidemiológica, no Subsistema de Saúde Indígena (Desai e Dseis) para acompanhamento, controle e avaliação das ações de vigilância em saúde.

d.10 O Ministério da Saúde redefinirá aspectos epidemiológicos da saúde indígena, incrementando e consolidando áreas como saúde mental (com ênfase no alcoolismo) e doenças crônico-degenerativas.

d.11 O Ministério da Saúde tornará obrigatório o preenchimento do campo “raça/etnia” nos sistemas oficiais de informação em saúde :Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e outros.

d.12 A **Funasa** garantirá a participação de um representante seu e um de lideranças indígenas, para discutir e executar ações de vigilância epidemiológica, na esfera estadual e municipal.

d.13 A **Funasa** implantará sistema de monitoramento e avaliação semestral da assistência à saúde prestada à população indígena, com indicadores epidemiológicos preestabelecidos. Os resultados devem ser apresentados aos conselhos locais e distritais, lideranças e equipe multidisciplinar de saúde para subsidiar a elaboração dos planos de trabalho.

d.14 A **Funasa** se articulará com a Funai e incentivará as organizações indígenas e as lideranças a adotarem medidas de proibição da entrada de bebidas alcoólicas nas comunidades, esclarecendo os povos indígenas sobre seus malefícios.

d.15 A **Funasa** dará prioridade ao combate aos vetores transmissores de doenças, dando destino adequado ao lixo, principalmente ao lixo proveniente das unidades de saúde.

4.2 Eixo temático 2 - Controle social e gestão participativa

a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena

a.1 A **Funasa**, garantirá, no orçamento dos planos distritais, recursos financeiros e apoio logístico, para a realização das reuniões dos CLSIs e Condisis, incluindo as plenárias anuais das comissões locais e distritais.

a.2 Os CLSIs e os Condisis estabelecerão calendário de reuniões, registrando as decisões em Atas, divulgando-as para as comunidades, que receberão as pautas com antecedência, para discuti-las e encaminhá-las aos conselhos, por meio de seus representantes.

a.3 As reuniões dos CLSIs devem ter garantidas sua periodicidade. As dos conselhos distritais serão trimestrais e realizadas nas aldeias, buscando a participação das lideranças em conjunto com as Emsis, visando o intercâmbio entre os dois conselhos. Deve ser garantida a presença dos caciques nas reuniões do conselho distrital, ao menos uma vez no ano. Quando necessário, deve ser solicitada à presença dos profissionais da equipe multidisciplinar, para assessoria e esclarecimentos.

a.4 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve intensificar a atuação dos conselhos locais e distritais, tornando-os mais atuantes, informativos, comunicativos, articuladores, democráticos e acessíveis.

a.5 Os CLSIs e os Condisis acompanharão mais de perto, com o Dseis, o funcionamento do Subsistema de Saúde, incluindo as ações das equipes multidisciplinares e os serviços prestados pelos hospitais.

a.6 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve solicitar à **Funasa** informações rotineiras, para os conselheiros locais e distritais, sobre o custo e benefícios das ações de saúde. Também devem ser exigidos do Ministério e demais órgãos gestores e organizações conveniadas, a cada 90 dias, informações e prestação de contas sobre todas as ações e programas destinados à saúde da população indígena. Isso inclui os recursos do Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI) e os incentivos recebidos pelas unidades de referência, detalhando o volume de serviços prestados aos povos indígenas. E que esses recursos sejam utilizados de acordo com planejamento feito com os conselhos.

a.7 O Ministério da Saúde incentivará, financeira e tecnicamente, os CLSIs e os Condisi a implantarem um sistema de informação e comunicação, que divulgue e enfatize sua importância para efetivação do controle social, melhorando a relação entre conselheiros e comunidades. Devem ser divulgadas as propostas e deliberações dos conselhos e informações sobre o andamento das ações de saúde promovidas pelas equipes multidisciplinares, por meio de boletins informativos, jornais, vídeos, meios eletrônicos e outros, e quando necessário, nas línguas indígenas.

a.8 Os CLSIs e os CDSIs devem melhorar sua comunicação com as equipes de saúde nas ações de imunização, controle de endemias, viagens sanitárias e outras. As Emsis serão convidadas a participar da reunião periódica do conselho local. Este deve dar suporte ao trabalho das Emsis, no desenvolvimento das ações de atenção à saúde, junto às comunidades indígenas.

a.9 Os Dseis devem realizar reuniões nas comunidades, junto aos CLSIs, para avaliação dos atendimentos prestados e programação de ações (incluindo o cronograma de atendimento das equipes de saúde). O Condisi discutirá políticas e ações intersetoriais visando a qualidade de vida das populações indígenas.

a.10 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve determinar aos CLSIs e Condisis a participação dos agentes indígenas de saúde e de saneamento no controle social.

a.11 A **Funasa**, o Departamento de Saúde Indígena os Dseis e demais órgãos gestores da saúde indígena devem cumprir seu papel institucional, arcando com suas obrigações e respeitando as deliberações dos CLSIs, Condisis e as lideranças tradicionais de cada etnia. Os Conselhos e as lideranças participarão do planejamento das ações dirigidas às comunidades indígenas, da assistência, às prestações de contas e decisões.

a.12 O Ministério da Saúde garantirá recursos financeiros e humanos, no Plano Distrital, para estruturar os CLSIs e Condisis e o Fórum de Presidentes, com infra-estrutura física (viatura, armário, arquivo, telefone, televisão, vídeo, computador, impressora, Internet, motor, rádio e barco, de acordo com a realidade), para que possam ser realizadas oficinas educativas.

a.13 O Ministério da Saúde deverá assegurar, no Plano Distrital, recursos financeiros para transporte, ajuda de custo e diária, para que os conselheiros e Comissão Executiva possam participar das reuniões dos conselhos das três esferas governamentais e em outras atividades. Para as conselheiras, deve haver recursos para acompanhantes conforme suas necessidades e sua cultura.

a.14 O Governo Federal, por meio dos conselhos e organizações indígenas, manterá informadas as comunidades sobre a política de saúde indígena e o andamento dos programas de desenvolvimento social.

a.15 O Ministério da Saúde garantirá que toda e qualquer prestação de contas relativa a recursos destinados à saúde indígena seja acompanhada e aprovada pelos conselhos distritais e Ministério Público, após auditoria independente.

a.16 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisi deverá provocar o debate sobre a transformação do caráter consultivo dos CLSIs em deliberativo, com poderes para aprovação, do plano de saúde e também das previsões orçamentárias. Haverá avaliação dos conselhos e reformulação do Regimento Interno para garantir a participação dos caciques, como convidados.

a.17 O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deverá assegurar que os conselheiros distritais recebam ajuda de custo para cobrir despesas de locomoção, alimentação e pousada no desempenho de suas funções.



Foto: Edmar Chapermam

a.18 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirá o respeito à legislação que determina ser a escolha dos conselheiros feita pela comunidade, em reunião ou assembléia geral. Serão respeitados os critérios que definem o perfil dos conselheiros, para representação nos conselhos locais, distritais, estaduais e nacional.

a.19 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena criarão carteira de identificação para os conselheiros indígenas, para facilitar a atuação no controle social.

a.20 Os CLSIs e os Dseis deverão incentivar, conscientizar e envolver a comunidade para a construção de barracões e casa de apoio para as reuniões dos conselhos.

a.21 A **Funasa** determinará que a utilização do saldo do Programa de Saúde da Família Indígena seja discutida e deliberada pelos Condisis e conselhos locais de saúde.

a.22 A **Funasa** garantirá as condições necessárias para a criação de Comissão de Ouvidoria, nos conselhos distritais de saúde indígena.

a.23 Os CLSIs e os Condisis garantirão o cumprimento dos mandatos dos conselheiros, conforme o Regimento Interno, respeitando-se o direito ao mandato de dois anos, com possibilidade de reeleição. Os conselheiros indígenas devem ter compromisso e responsabilidade com seu papel, para evitar a rotatividade.

a.24 O Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis se articulará com o Poder Legislativo para promover reuniões dos conselhos com os deputados federais, visando apoio para aprovação dos recursos necessários à promoção da saúde indígena.

- a.25 O CNS e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisi deverão assegurar a realização das conferências locais de saúde indígena nas aldeias, para ampliar o conhecimento da realidade de cada povo Indígena.
- a.26 Os CLSIs terão representados todos os segmentos da comunidade em sua composição e incentivá-la à participação nas reuniões, para conhecer os seus direitos.
- a.27 Os Dseis, os CLSIs e os Condisis realizarão, periodicamente, reuniões com os hospitais e centros de referência, para verificar a qualidade do seu atendimento.
- a.28 Os CLSIs devem realizar reuniões periódicas e acompanhar as ações de saúde.
- a.29. Os CLSIs deverão realizar avaliação semestral do trabalho dos agentes indígenas de saúde e dos Aisans, em assembléia, na comunidade.
- a.30 O Condisi criará CLSIs nas aldeias que não possuem e dará maior apoio institucional aos já existentes.
- a.31 A **Funasa** divulgará, em seu boletim informativo, as ações de controle social das áreas indígenas.
- a.32 A **Funasa** reorganizará os Condisis e suas diretorias, com autonomia financeira, política e administrativa para efetivação do controle social.
- a.33 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis incentivará a fiscalização da atuação dos conselheiros, pelas comunidades e lideranças indígenas.
- a.34 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis estabelecerá que os conselheiros locais elaborem

documentos com as reivindicações dos povos indígenas e os encaminhe ao Conselho Distrital, e este ao Conselho Nacional de Saúde.

a.35 Os Condisis e os CLSIs deverão estabelecer maior integração com os diretores regionais de saúde e chefias dos Dseis.

a.36. Os CLSIs e Condisis garantirão autonomia aos conselheiros, para sua atuação no controle social.

a.37 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis contribuirá para que se aprove o Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, tendo em vista a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.163, em tramitação na Câmara Técnica Tripartite, que delibera sobre a fiscalização do Incentivo de Atenção aos Povos Indígenas e do Incentivo de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde.

a.38 A **Funasa** providenciará para que os conselheiros trabalhadores, dos CLSIs e Condisis, não sofram represálias ou demissão, por razões políticas.

a.39. A **Funasa** proverá recursos próprios para o Condisis, no Plano Distrital, com garantia dos que já estão definidos, visando sua sustentabilidade.

a.40 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirão a temática da criança, do adolescente, do jovem, da mulher, do adulto e do idoso, na agenda dos conselhos distritais de saúde indígena.

a.41 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis realizarão estudo para definir critérios sobre a participação, nos conselhos distritais, dos povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e dos que residem fora das terras indígenas.

a.42 A **Funasa** garantirá assessoria técnica para os Condisis e os CLSIs.

a.43 Os Condisis instituirão comissões permanentes de comunicação, supervisão e outras, segundo as peculiaridades de cada etnia.

a.44 Os Dseis promoverão encontros periódicos com as comunidades indígenas, para esclarecimentos sobre a finalidade do conselho local de saúde, convidando lideranças de outras regiões que compreendem o processo de controle social.

a.45 A **Funasa** elaborará e distribuirá às comunidades indígenas cartilhas, nas línguas maternas, com a definição do que é controle social e como funcionam os conselhos de saúde.

a.46 A **Funasa** incluirá, na rotina de trabalho do Desai a avaliação dos usuários sobre a assistência de saúde recebida, para identificar os avanços e recuos dos serviços.

a.47 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena criarão espaço em sua página eletrônica, inclusive na página eletrônica do CNS, para que os CLSIs e Condisis divulguem suas propostas e ações, e troquem informações com os demais setores da área da saúde.

a.48 Os Condisis e os CLSIs encaminharão denúncia ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público Estadual, quando a prestação de contas dos recursos da saúde indígena, repassados aos estados e municípios não for apresentada ao Conselho Estadual de Saúde.

a.49 Os Condisis deverão garantir a participação dos indígenas residentes nas cidades, em articulação com a Pastoral Indígena da Cidade.

a.50 A **Funasa** promoverá seminários e oficinas sobre o SUS, controle social, direitos, legislação indígena e gestão participativa, por regiões, de acordo com a cultura de cada povo.

a.51 A **Funasa** deverá garantir que os ocupantes de cargos na saúde indígena sejam escolhidos por competência e não por indicação política, devendo ser avaliados pelos conselhos distrital e locais de saúde indígena.

a.52 A **Funasa** prestará contas dos recursos destinados às obras de saneamento, aos Condisis e CLSIs, e em assembleias regionais.

a.53 Os Condisis estabelecerão distribuição mais equilibrada da representação dos usuários, tendo em conta as diferenças entre os povos, como é o caso dos lanomâmi.

a.54 Os CLSIs deverão fortalecer sua atuação, intensificando a participação dos servidores, instituições envolvidas e usuários, que obedecerão o regimento interno, para participação efetiva no planejamento e execução das ações, na fiscalização da qualidade da assistência prestada e no investimento dos recursos.

b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal

b.1 O Ministério da Saúde garantirá a participação das organizações indígenas em todas as esferas da saúde do índio.

b.2 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis pactuará, com as instâncias municipais, estaduais e nacional, a inserção de um representante do CLSI no conselho municipal de saúde e de conselheiro indígena distrital nos conselhos estadual e nacional de saúde. Esta participação será fiscalizadora e colaborativa, ouvindo e repassando informações para a comunidade, propondo e encaminhando as propostas dos indígenas.

b.3 A **Funasa** garantirá a participação de lideranças indígenas e do controle social nos acordos relativos aos interesses das comunidades indígenas, realizados pelo Poder Público com a Iniciativa Privada.

b.4 A **Funasa** deverá garantir a participação dos vários segmentos da comunidade indígena nos eventos realizados no território nacional e internacional.

b.5 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena ampliarão sua integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil, visando dar maior visibilidade às ações desenvolvidas pela **Funasa**, fortalecer a participação popular, o controle social e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

b.6 Os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde se organizarão, junto às comunidades indígenas, para melhor participação dos conselheiros como responsáveis pela defesa dos direitos e interesses das populações indígenas, que precisam ser ouvidas e atendidas em suas reivindicações.

b.7 A **Funasa**, a Funai, os estados, municípios e conselhos devem se articular para obter melhor controle social.

b.8 O Governo Federal garantirá aos caciques e líderes indígenas acesso direto ao presidente da República, ao Ministro da Saúde, aos Presidentes da **Funasa** e da Funai, às autoridades competentes a participação nas reuniões dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.9 A **Funasa**, a Cisi, o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis e os conselhos distritais devem promover maior integração com outras instâncias do controle social.

b.10 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis mobilizará as lideranças indígenas locais e representantes

de organizações indígenas, para participar das instâncias de formulação de políticas públicas de saúde, avaliação do Subsistema de Saúde Indígena e outras. Motivará a participação da população indígena nas aldeias, sobre essas temáticas, garantindo a participação das mulheres.

b.11 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis articulará as instâncias de controle social com os gestores municipais, estaduais e federais, para construção e manutenção de estradas em terras indígenas, a fim de facilitar o acesso das equipes para ações como as de saúde e educação.

b.12 O Governo Federal deve garantir e ampliar a participação indígena no Conselho Nacional de Patrimônio Genético do Ministério do Meio Ambiente, incluindo representantes de todas as regiões brasileiras.

b.13 Os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde enviarão informação sobre as discussões realizadas, aos conselhos distritais de saúde indígena.

b.14 Os gestores municipais respeitarão as reivindicações indígenas documentadas no Plano Municipal de Saúde.

b.15 Os conselhos municipais de segurança alimentar garantirão vagas para representação indígena.

b.16 Os CLSIs, quando necessário, convocarão os gestores municipais de saúde para as reuniões.

b.17 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis garantirão a participação das mulheres indígenas no controle social, em todos os níveis.

b.18 Os hospitais que recebem incentivo financeiro para a saúde indígena garantirão representação indígena, em seu conselho de gestor.

b.19 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis incentivará a implantação e estruturação de conselhos locais de mulheres, nas aldeias, para reconhecimento da dignidade da mulher indígena, orientação sobre direitos e deveres, e reforço de seu papel na comunidade indígena, buscando melhorias na saúde, educação, cidadania e controle social.

b.20 O Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverá articular-se com as demais instâncias de controle social, para incentivar a inclusão e participação indígena nos conselhos de Assistência Social, de Direito da Criança e do Adolescente, de Educação, Direito da Mulher, Direito do Idoso, Direito do Deficiente Físico, Direito do Consumidor, Conselho Tutelar, entre outros.

b.21 Os Condisis e demais instâncias do controle social devem valorizar a participação das conselheiras e lideranças femininas, respeitando as diferenças entre homens e mulheres indígenas. Deverão ser tratados os temas de saúde da mulher e outros de seu interesse.

b.22 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis divulgarão a cultura e realidade indígenas, junto aos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, para ampliar o conhecimento sobre a situação dos povos indígenas.

b.23 O CNS cadastrará os conselhos distritais de saúde indígena.

b.24 Os conselhos municipais de saúde informarão os Condisis, com antecedência, as datas de suas reuniões, mesmo quando não houver neles representação indígena.

b.25 Os conselheiros indígenas municipais de saúde acompanharão os trabalhos das secretarias municipais de saúde, incluindo a prestação de contas.

b.26 Os conselhos municipais de saúde fornecerão cópias de seu Regimento aos representantes indígenas.

b.27 Os representantes indígenas nos conselhos estaduais de saúde repassarão informações, aos conselheiros distritais, locais e pólos-base, por meio de boletins informativos.

b.28 O CNS divulgará os resultados de suas reuniões, por meio de boletim informativo, e enviará aos Dseis, cópia das atas.

b.29 As instâncias de controle social incentivarão mulheres, homens e jovens para que participem das reuniões dos conselhos indígenas e dos movimentos sociais e comunitários, nas áreas de saúde e educação, nos níveis locais, regionais, distritais e nacional.

b.30 A **Funasa** e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverão articular-se, para que haja participação de representantes indígenas nas reuniões governamentais e intergovernamentais, referentes à saúde indígena, nas áreas de fronteira.

b.31 Os governos municipais, estaduais e federal deverão assegurar as condições necessárias para que os conselheiros indígenas participem de reuniões, assembléias e conferências dentro ou fora do estado.

b.32 A **Funasa** promoverá campanhas informativas e educativas sobre a saúde indígena, em âmbito interno e externo, para favorecer as ações de controle social e facilitar a articulação intersetorial.

b.33 O Governo Federal deverá aprimorar o Conselho de Política Indigenista existente no órgão de assistência para que fiscalize todas as políticas públicas de atenção ao povo indígena.

b.34 A 4ª CNSI reafirmará o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais como organismo legítimo de representação indígena junto à **Funasa** e demais órgãos envolvidos com a saúde indígena.

b.35 A **Funasa** garantirá a participação de representantes indígenas nos CLSIs e Condisis, como assessores indígenas e interlocutores.

c) Capacitação continuada de conselheiros

c.1 A **Funasa** deverá aumentar e garantir recursos para viabilizar o programa de formação e educação permanente e diferenciada, em parceria com instituições de ensino, para capacitação dos conselheiros indígenas, nas esferas local, distrital, municipal, estadual e nacional, pactuadas com os gestores, com a participação das comunidades, lideranças e associações indígenas, que participem do movimento da saúde. A metodologia e os conteúdos dessa formação serão elaborados com linguagem simples, de acordo com a realidade de cada povo, valorizando o conhecimento e a capacidade dos conselhos. A formação de agentes multiplicadores contribuirá para o pleno exercício do papel do controle social e para o conhecimento de portarias, leis, artigos e, principalmente, do que estabelece a Constituição Federal sobre a Saúde. Estes recursos estarão previstos nos planos distritais.

c.2 A **Funasa** garantirá recursos financeiros e apoio técnico, para a educação permanente de conselheiros indígenas e não indígenas, lideranças e profissionais envolvidos com a saúde indígena, com carga horária de 32 horas, quatro vezes por ano, com certificação aos participantes, sob supervisão do Conselho Distrital. Garantirá a realização de reuniões nas comunidades, com abordagens pedagógicas adaptadas à realidade de cada povo, com linguagem acessível, para o desenvolvimento das temáticas de controle social, incluindo conhecimentos sobre a **Funasa** e seu funcionamento.

c.3 A **Funasa** garantirá recursos para capacitação continuada e palestras sobre políticas públicas de saúde para os conselhos locais, distritais, lideranças e comunidades Indígenas, com elaboração de textos sobre controle social, nas línguas maternas dos povos indígenas, capacitando os indígenas para atuarem nos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, sensibilizando-os sobre a importância de participar de todas as instâncias de controle social.

c.4 A **Funasa** garantirá recurso orçamentário para realização de reuniões periódicas e educação permanente, para conselheiros locais e distritais de saúde, visando aprimorar o conhecimento dos conselheiros sobre a legislação indígena e do SUS e, principalmente, sobre políticas indigenistas.

c.5 A **Funasa** garantirá, por meio dos Dseis, em parceria com os conselhos locais e distritais, organizações indígenas, instituições conveniadas, instituições públicas de ensino, a educação permanente dos conselheiros, possibilitando o conhecimento dos direitos e deveres de sua função, esclarecendo-os e à suas comunidades sobre a importância do seu papel para seu aperfeiçoamento e fortalecimento da sua atuação no controle social.

c.6 A **Funasa** garantirá recursos próprios para os conselhos locais e distritais e o Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis acompanharem os repasses e aplicação de recursos, a execução e prestação de contas do dinheiro destinado à saúde indígena, bem como outros documentos, em linguagem acessível, promovendo o fortalecimento de sua atuação, por meio de cursos específicos nas áreas de contabilidade, finanças, administração, fiscalização de recursos e políticas públicas.



c.7 A **Funasa** promoverá seminários, oficinas, palestras, e assembléias gerais, por regiões, com participação efetiva dos gestores e instituições parceiras com o objetivo de prestarem esclarecimentos sobre os recursos destinados à saúde indígena.

c.8 A **Funasa** realizará as reuniões e a capacitação dos conselhos locais dentro das aldeias, desde que as mesmas tenham estrutura física e que a **Funasa** proporcione o recurso necessário para a participação e acompanhamento

de toda a comunidade e a capacitação aborde aspectos dos planos distritais com adequação de linguagem, para melhor entendimento da comunidade indígena.

c.9 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para aquisição de material educativo para conselhos e equipes multidisciplinares de saúde indígena, visando maior resolutividade das ações de saúde, sensibilizando-os por meio de oficinas sobre a gravidade e abrangência dos problemas relacionados às DST/Aids e a dependência do consumo do álcool, utilizando vídeos e cartazes para ilustrar a realidade.

c.10 A **Funasa** garantirá recursos para educação permanente das lideranças sobre saúde indígena e sua importância, abordando sua dimensão preventiva e seu relacionamento com as Emsis, conforme preconiza o atual modelo de saúde indígena e as diretrizes nacionais, para o processo de educação permanente no controle social do sistema único de saúde. Deverá providenciar a produção de publicações, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, de cartilhas bilíngües que informem sobre as doenças e agravos de maior incidência, possibilitando ampla participação no processo de acompanhamento e de avaliação das ações de saúde e fortalecendo o controle social.

c.11 Os conselheiros indígenas deverão apresentar o seguinte perfil: ser comunicativo, conviver com sua comunidade, saber usar a escrita, comunicar informações, ter compromisso com a comunidade, repassando continuamente informações das reuniões com órgãos governamentais ou instituições não-governamentais para as comunidades.

c.12 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para desenvolvimento de cursos de capacitação e palestras para a comunidade, a serem realizados a cada seis meses, sobre

o papel do conselho e a importância do controle social para as lideranças, pajés, curandeiros e parteiras de acordo com a cultura de cada povo; assegurando o cumprimento dos cronogramas de trabalho e incluindo a participação dos conselheiros indígenas na elaboração dos cursos.

c.13 A **Funasa** garantirá a participação dos membros indicados pelos conselhos para planejamento e execução das atividades de educação permanente dos conselheiros indígenas e estimulará, por meio de palestras e outras formas de comunicação, a participação da comunidade na viabilização do controle social, incluindo na programação palestras dos pajés, benzedeiros, equipes multidisciplinares de saúde, fazendo intercâmbio entre os pólos-base, envolvendo diferentes atores sociais, tais como: agente indígena de Saúde, agente indígena sanitário, agentes indígenas de saúde bucal, apicultores, agentes de manejo, raizeiros, professores, lideranças.

c.14 As três esferas dos governos federal, estadual e municipal garantirão recursos para que os gestores municipais, prestadores de serviços de saúde, chefes de distritos, coordenadores de ONGs e interlocutores do controle social tenham acesso a atividades de educação permanente para se atualizarem sobre o papel e a importância da participação indígena em todas as instâncias de controle social, respeitando sua autonomia quanto às deliberações referentes à contratação de trabalhadores de saúde e à prestação de contas, para a atenção à saúde indígena.

c.15 A **Funasa** e Funai deverão divulgar a legislação indigenista, para subsidiar os prestadores de serviço e profissionais de saúde, no trabalho com as populações indígenas e para esclarecimento da sociedade civil organizada. Deverão também elaborar uma cartilha sobre a legislação indígena para as comunidades, de acordo com a realidade de cada povo.

c.16 A **Funasa**, em articulação com o MEC e a Funai, elaborarão estratégias para conhecimento e reflexão sobre a legislação indigenista e o SUS, na formação de professores indígenas, para incluir a temática do controle social na prática de ensino, de acordo com a cultura de cada povo indígena, como parte da grade curricular escolar indígena.

c.17 A **Funasa** e secretarias estaduais e municipais deverão garantir recursos para que os conselhos locais e distritais promovam reuniões, encontros, oficinas e seminários, para sensibilização dos gestores municipais, estaduais e usuários onde haja povos indígenas, esclarecendo-os sobre suas responsabilidades em relação a esses povos.

c.18 A **Funasa** garantirá recursos para formação permanente dos conselheiros locais e distritais, lideranças e associações indígenas com o objetivo de fortalecer sua atuação na difusão do controle social e da gestão participativa, e criarão mecanismos de divulgação das ações de controle social.

c.19 A **Funasa** e o Fórum Nacional dos Presidentes de Condisis devem articular a participação dos conselheiros locais indígenas no processo de educação permanente dos conselhos municipais de saúde.

c.20 O Governo Federal, por meio das organizações indígenas, deverá manter informadas as comunidades indígenas sobre o andamento de seus programas de desenvolvimento social.

c.21 A **Funasa** estenderá aos conselheiros locais a capacitação dos conselheiros de saúde, independente do que for feito pelos conselheiros multiplicadores.

d) Modelos de gestão participativa

d.1 A **Funasa** deverá assegurar a participação dos CLSIs e Condisis na elaboração, execução e avaliação do Plano Distrital e seu cumprimento pelos gestores, devendo ser o principal instrumento de gestão.

d.2 A **Funasa** estabelecerá que nenhum remanejamento de recursos do Plano Distrital seja feito sem discussão e aprovação pelos conselheiros.

d.3 Os Dseis fornecerão cópia do Plano Distrital às lideranças indígenas, para conhecimento e acompanhamento das ações de saúde do Dsei.

d.4 A **Funasa** assegurará a participação dos conselheiros distritais, das organizações conveniadas e trabalhadores da saúde, em reuniões que obedeçam a um calendário, para implementação e avaliação contínua dos planos distritais e das ações.

d.5 Os órgãos governamentais devem respeitar as decisões das lideranças indígenas e atender às suas reivindicações, conforme o artigo 198 da Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990, e o Decreto nº 4.726, de 9/7/2003.

d.6 O Ministério da Saúde deverá respeitar a cultura de cada etnia, na formulação da política nacional de saúde indígena e na articulação com as instâncias de controle social e intersetoriais, para enfrentamento dos problemas dos povos indígenas.

d.7 O Ministério da Saúde garantirá a participação dos povos indígenas, por meio de suas representações, na discussão da política e do planejamento da saúde indígena, com poder de decisão.



d.8 O Ministério da Saúde, em articulação com os conselhos indígenas, estabelecerão critérios de responsabilidade jurídica, para que o governo municipal assuma sua competência de implementação das ações de saúde nas aldeias indígenas. As instituições governamentais e não-governamentais serão responsabilizadas juridicamente, em caso de ações indevidas na saúde indígena, devendo ser garantida a fiscalização, pelo controle social.

d.9. A **Funasa** garantirá participação do Condisi no Distrito Sanitário de Saúde Indígena.

d.10. A **Funasa** realizará reuniões nas comunidades indígenas, em conjunto com os conselhos, para informar o número de exames e consultas especializadas disponíveis nos hospitais que recebem incentivo, inclusive por escrito.

d.11. O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deverá reativar os conselhos regionais de saúde indígena para ampliar a participação do controle social na gestão da saúde.

d.12. Fórum Nacional de Presidentes dos Condisis deverá exigir dos gestores o respeito e a valorização da atual organização geográfica da população indígena, em 34 distritos especiais de saúde indígena, conforme a Lei Arouca, Lei nº 9.836, de 23/9/1999, na definição e na execução de políticas e programas.

d.13 A **Funasa**, como gestora da saúde indígena, discutirá as prioridades de saúde com os CLSIs e os Condisis, as Emsis, os secretários estaduais e municipais de saúde e os chefes dos distritos sanitários especiais indígenas.

d.14 O Dsei, os pólos-base deverão realizar a programação das ações com o Condisi com a participação do coordenador, das equipes multidisciplinares de saúde indígena e representantes do Conselho Local.

d.15 As Cores deverão realizar reuniões ampliadas, com a participação das organizações conveniadas e os conselhos distritais indígenas.

d.16 O diretor do Desai deverá realizar reunião anual, com a participação de todos os presidentes dos conselhos distritais, gerentes dos pólos-base, chefes dos distritos e representantes das conveniadas, para avaliação da saúde indígena e controle social.

d.17 A **Funasa** garantirá a participação dos conselheiros locais e distritais de saúde indígena e lideranças, na seleção, contratação, avaliação e demissão de profissionais de saúde por meio de comissões.

d.18 A **Funasa** pactuará com os gestores, prestadores de serviço, autoridades e representantes de instituições responsáveis pela saúde indígena, para que participem das reuniões dos CLSIs e dos Condisis, assim como, em oficinas, palestras, conferências, seminários e assembléias gerais.

d.19 O Governo Federal deverá garantir e respeitar as decisões dos conselhos indígenas, quando das mudanças de gestão administrativa, principalmente, após eleições partidárias.

d.20 A **Funasa** e o CNS deverão realizar, a cada três anos, um fórum de controle social, previsto para o ano que antecede a Conferência Nacional de Saúde Indígena, como oportunidade nacional para troca de experiências sobre articulação, mobilização e participação nas instâncias do controle social (federal, estadual e municipal), para avaliação de políticas públicas de saúde indígena.

d.21 O Ministério da Saúde, a **Funasa** e o Conselho Nacional de Saúde deverão realizar a Conferência Nacional de Saúde Indígena a cada quatro anos, em data anterior à Conferência Nacional de Saúde.

d.22 As secretarias estaduais e municipais de saúde, dos municípios com população indígena, deverão garantir, no Plano Estadual e Municipal de Saúde, o percentual de recursos financeiros que deve ser utilizado na atenção à saúde indígena, com fiscalização dos conselhos de saúde indígena e dos conselhos estaduais e municipais de saúde.

d.23 As três esferas governamentais estabelecerão parceria, para garantir modelos de gestão participativa, de acordo com cada região, comunidade e área de atuação, com o objetivo de melhorar a execução das ações de saúde indígena.

d.24 A **Funasa** estabelecerá que a escolha da chefia dos Dseis seja feita com a participação do Condisi, das lideranças e organizações indígenas.

d.25 O Ministério da Saúde garantirá maior participação dos indígenas na gestão da **Funasa**, para organizar e fiscalizar a saúde indígena.

d.26 A **Funasa** e a Funai devem agilizar seus processos administrativos de documentação e informação, de forma a repassar, com agilidade, informações necessárias ao controle social e às atividades das coordenações regionais da **Funasa**, Pólos-Base e organizações conveniadas.

4.3 Eixo temático 3 - Desafios indígenas atuais

a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento

a.1 O Governo Federal deve respeitar, de imediato, os direitos indígenas, inclusive quanto ao atendimento à saúde, independentemente das condições de suas terras ou de outras condições de discriminação e sonegação de direitos.

a.2 À **Funasa**, em articulação com a SMS/SES, prestar e oferecer todos os serviços de saúde na rede do SUS de forma diferenciada aos índios desaldeados cumprindo a política de atenção aos povos indígenas e levando em consideração o reconhecimento oficial da Funai.

a.3 A **Funasa** garantirá a autonomia dos distritos para atendimento dos índios aldeados, com recursos específicos e com replanejamento de orçamento para melhor atenção do atendimento desses povos.

a.4 Os conselhos locais de saúde, com as lideranças de base, devem realizar reuniões com os índios localizados na capital, nas vilas e sedes dos municípios, para discussão do atendimento da saúde nas redes de referências.

a.5 O Governo do Brasil e os governos dos países limítrofes articularão ações de saúde dos povos indígenas, nas regiões de fronteira.

a.6 A **Funasa** e a Funai criarão comissão formada por representantes das organizações e das lideranças indígenas, CLSI, Condisi, **Funasa** e Funai para estabelecer regras claras de cadastramento das famílias indígenas desaldeadas, de acordo com a realidade de cada povo.

a.7 A **Funasa** e a Funai agilizarão o cadastramento dos povos “resistentes” e em demandas de reconhecimento, para que eles tenham direito ao atendimento diferenciado de saúde. Enquanto esse cadastro não for concluído que eles sejam atendidos de acordo com o encaminhamento de suas organizações oficialmente reconhecidas.

a.8 A **Funasa** e a Funai incluirão, em suas programações, a realização de censo populacional dos indígenas desaldeados, solicitando também ao IBGE que, na contagem populacional prevista para 2007, haja a inclusão da variável etnia, nas bases de dados dos próximos censos.

a.9 O Governo Federal, por meio da Funai, reconhecerá oficialmente os povos indígenas, conforme articulação com lideranças indígenas locais, universidades e organizações não-governamentais devem prover a realização de estudos antropológicos sobre essas etnias.

a.10 A **Funasa**, em articulação com a Funai, garantirá atendimento a indígenas residentes no Paraguai (nas regiões de fronteira) que procuram assistência no Brasil, com documentação provisória garantida pela Funai. Essa assistência deverá ser prestada até que se organizem programas e serviços de saúde integrados nas fronteiras, quando a identidade cultural e o interesse social assim o indicarem.

a.11 O Governo Federal, via **Funasa**, Funai e outros órgãos, e com os governos estaduais e municipais, deverá criar e ampliar as políticas públicas de atenção à saúde indígena.

Devem ser realizados estudos socioeconômicos sobre os indígenas que, por opção ou necessidade, moram fora das aldeias. A atenção a esses povos não deve comprometer o atendimento aos povos aldeados.

b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde

b.1 Os conselhos locais e distritais de saúde indígena pactuarão com a **Funasa** a participação das mulheres indígenas e as apoiarão em suas atividades.

b.2 A **Funasa** pactuará com os conselhos locais e distritais indígenas para que, obrigatoriamente, haja neles a participação da mulher .

b.3 A atuação da mulher indígena nos conselhos locais e distritais, nos movimentos sociais e demais fóruns deve ser assegurada.

b.4 Ministério da Saúde realizará, com apoio da **Funasa**, atividades de educação permanente para a formação das mulheres indígenas e sua integração às equipes multidisciplinares de saúde indígena e às atividades de saúde da mulher e da criança. Deve garantir a contratação de parteiras tradicionais, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saúde bucal do sexo feminino, para as equipes multidisciplinares indígenas.

b.5 A **Funasa** deverá garantir e promover encontros nacionais e fóruns para as mulheres indígenas, para troca de informações e debates sobre os problemas na área de saúde que as afetam, em suas comunidades.

b.6 A **Funasa** mobilizará e sensibilizará a comunidade indígena para valorizar e incentivar as mulheres que detêm

o conhecimento das práticas indígenas tradicionais, como o preparo dos alimentos; e criar mecanismos de apoio a elas, às parteiras, às benzedeiras e aos pajés.

b.7 A **Funasa** informará toda à comunidade indígena, principalmente às mulheres, por meio de cursos e palestras, sobre os direitos das mulheres indígenas, as doenças e outros riscos que as atingem, cuidados na gravidez, DST/Aids e amamentação, entre outros assuntos, por meio de palestras e cursos.

b.8 O Governo Federal garantirá o acesso e o uso de contraceptivos pelas índias que queiram realizar planejamento familiar.

b.9 A instância federal, com a participação do Ministério Público, deverá articular-se com os CLSIs, os Condisis e com as lideranças, estudando formas de sensibilizar as comunidades indígenas sobre a violência contra as mulheres e crianças. Em caso de punição, ela deverá ser realizada conforme a cultura de cada povo indígena.

c) Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura

c.1 O Governo Federal e o controle social da saúde mobilizarão o Poder Legislativo, nas três esferas, para inclusão nos Projetos de Lei os seguintes conteúdos: a legalização e utilização das práticas de cura e dos medicamentos tradicionais (remédios naturais, ervas medicinais, etc.) nos cuidados à saúde; e o reconhecimento do trabalho dos praticantes desses métodos de tratamento (pajés, benzedeiras, parteiras e outros), nas unidades de saúde, quando solicitados; a propriedade intelectual destas práticas; e a patente dos medicamentos naturais, em nome das comunidades indígenas.

c.2 A **Funasa** e as equipes multidisciplinares de saúde indígena devem respeitar as práticas tradicionais da medicina indígena. Deve ser resgatado o uso de plantas e outros recursos terapêuticos como os fitoterápicos, pelo apoio material e financeiro, com rubrica própria para viabilizar a medicina tradicional indígena, incluindo a distribuição de insumos (fumo, alimento, transporte, entre outros) às lideranças espirituais, para os serviços às comunidades, implantação de farmácias vivas (hortas medicinais) nas aldeias, preparação de medicamentos e seu uso seguro. Devem ser incluídos medicamentos fitoterápicos na farmácia básica das equipes multidisciplinares de saúde indígena e incentivado o uso de medicamentos tradicionais (chás, banhos com ervas, entre outros). Porém, a medicação convencional deve ser garantida, bem como o intercâmbio de experiências entre pajés, pegadores de ossos, parteiras, agentes indígenas de saúde, de diferentes aldeias e etnias.

c.3 A **Funasa** dará apoio às estratégias e ações de valorização e resgate das práticas e condições de trabalho dos pajés, pegadores de ossos, parteiras, raizeiros, rezadores e outros. Deve ser oferecido transporte, combustível, alimentação e hospedagem, visando o respeito dos sistemas tradicionais de saúde, sem deixar de cumprir a responsabilidade de garantia da atenção básica preconizada pelo Governo Brasileiro.

c.4 O Governo Federal, de forma regionalizada, por intermédio dos Dseis, deve promover cursos, encontros, seminários e oficinas para troca de experiências entre os povos indígenas e suas gerações mais jovens, com temas como resgate e transmissão de valores e conhecimentos tradicionais das culturas, além do intercâmbio sobre a medicina tradicional desses povos.

c.5. A **Funasa**, em articulação com caciques, pajés e outras lideranças indígenas, deverá promover o acesso dos jovens e das comunidades indígenas aos conhecimentos relacionados



Foto: Adriano Machado

com as práticas tradicionais de cura, técnicas de artesanato, rituais, preparo de alimentos, etc. Serão realizados cursos, reuniões com idosos, produção de material didático nas diversas línguas indígenas, visando à revalorização das práticas tradicionais de cura e cuidado e o resgate das tradições.

c.6 O Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e o Ministério do Meio Ambiente, com as lideranças indígenas, deverão realizar campanhas para recuperar espécies da flora e da fauna nativas, em processo de extinção e promover ações de reflorestamento, com vistas à recuperação da biodiversidade que sustenta as práticas tradicionais de cura.

c.7 A **Funasa** garantirá e dará prioridade á atenção básica. Compete ao conselho local de saúde cobrar resposta

efetiva aos interesses dos índios, em regatar as práticas de medicina e cura tradicional nas discussões e propostas dirigidas à 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e à próxima Conferência Nacional de Saúde.

c.8 O Ministério Público Federal deverá exigir dos órgãos competentes, a fiscalização efetiva da preservação dos conhecimentos tradicionais e o controle do fluxo de elementos que integram os ecossistemas das terras indígenas.

c.9 A **Funasa** criará espaços formais e informais de discussão, entre terapeutas tradicionais e profissionais de saúde, focalizando o combate ao alcoolismo e outras drogas.

c.10 O Ministério da Saúde garantirá recursos financeiros para maior divulgação da cultura e das práticas tradicionais indígenas de cura, com respeito ao direito ao segredo, quando for o caso, com a finalidade de informar a população não indígena quanto às particularidades do atendimento especializado aos indígenas, fora de suas aldeias. Poderá, assim, reduzir a resistência cultural ao modo de vida desses povos, quando em contato com a comunidade não indígena.

c.11 A **Funasa** implantará e manterá, com seu apoio técnico e financeiro, casas ou centros regionais de práticas tradicionais de cura indígena, nos pólos-base, nas capitais dos estados e nas cidades sedes dos Dseis, conforme a realidade de cada etnia e região. Nesses centros serão oferecidas práticas tradicionais de cura e a manufatura dos medicamentos fitoterápicos. Será garantido o apoio logístico para o transporte dos pacientes aos locais de atendimento e o trabalho dos pajés, curandeiros, rezadeiras, parteiras, e outros, viabilizando a continuidade da cura tradicional.

c.12 A **Funasa** proverá as Emsis e os profissionais de saúde primeiramente dos hospitais públicos municipais até a terceira referência, de conhecimentos antropológicos e culturais, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, para qualificar a assistência aos usuários indígenas, com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia.

c.13 A **Funasa** deverá sensibilizar as lideranças indígenas, caciques, pajés, parteiras e outros conhecedores das práticas tradicionais de diagnóstico e cura, objetivando a reprodução, proteção e difusão desses conhecimentos junto às futuras gerações.

c.14 O Ministério da Saúde deverá envolver e garantir a participação dos “profissionais tradicionais” nos serviços de saúde – Casais, hospitais, postos de saúde e outros. Devem ser respeitadas as práticas tradicionais e a cultura indígena das diferentes populações indígenas e permitido aos indígenas internados nas unidades de saúde, o atendimento da cura tradicional, sem prescindir da medicina convencional.

c.15 A **Funasa** incentivará e apoiará o trabalho integrado das equipes multidisciplinares de saúde indígena, junto aos professores indígenas nas escolas, desenvolvendo ações com os alunos, visando à valorização da saúde e das práticas tradicionais de cura e autocuidado.

c.16 A **Funasa** promoverá cursos e outros tipos de capacitação das Emsis, para a integração das práticas da medicina convencional e da cura tradicional, visando melhor interação entre as Emsis e os pajés, curandeiros, curadores, rezadores, parteiras e outros. As equipes de saúde indígena e as que trabalham em unidades de saúde devem ser capacitadas quanto à cultura indígena com a qual convivem, visando a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais.

d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas

d.1 O Governo Federal deve garantir que as pesquisas nas comunidades indígenas sejam discutidas e autorizadas pelas lideranças indígenas, pelo CLSI e pelo Condisi, pelo Conselho de Ética em Pesquisa, com o parecer da Funai, do Ministério da Saúde e do CNS – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), em comum acordo com as comunidades envolvidas.

d.2 O Governo Federal garantirá que, no desenvolvimento de estudos e pesquisas em áreas indígenas, a projeto atenda aos interesses das comunidades onde possa vir a ser realizada. A comunidade deve ser claramente informada sobre os meios e objetivos da pesquisa. Os benefícios e resultados devem ser prioritariamente apropriados pela comunidade (participação nos lucros, se houver, bolsas de estudo, etc.). Deve ser assegurada a participação das comunidades indígenas no acompanhamento do processo de estudo e que se viabilize a formação de pesquisadores indígenas.

d.3 O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Tecnologia, deve implementar proposta para o fomento e realização de pesquisas em comunidades e áreas indígenas. Deve haver fiscalização da origem dos recursos para o financiamento da pesquisa (público ou não público, nacional ou internacional), bem como dos protocolos de investigação, da divulgação dos resultados e da realização de parcerias, para garantir prioridade às iniciativas de produção dos conhecimentos de interesse das comunidades indígenas.

4.4 Eixo temático 4 - Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde

a) Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento

a.1 A **Funasa** garantirá, em parcerias com Funai e MEC, programas de educação permanente e continuada dos agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde bucal, agentes indígenas de microscopia e agentes indígenas de endemias, escolhidos e indicados pelas comunidades e conselhos locais de saúde. Articulando-se com Escola Técnica do Sistema Único de Saúde, que oferece capacitação para formação dos agentes comunitários de saúde, com, no mínimo, dois módulos por ano, com metodologia adequada e participação nas etapas de concentração e dispersão. Garantirá e facilitará, em parceria com instituições de ensino médio e superior, a progressiva formação permanente para auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, para profissionais indígenas com 2º grau completo.

a.2 A **Funasa** e as prestadoras de serviço adquirirão e manterão equipamentos e materiais de campo para trabalhadores em saúde indígena, tais como: meios de transporte, transporte aéreo com frota própria, insumos e seus respectivos equipamentos (uniforme, balança, régua antropométrica, mochilas, capas de chuva, equipamentos de proteção individual, bicicletas, radiofonia, materiais de consumo e equipamentos odontológicos, entre outros), como condição para realizar suas atividades.

a.3 A **Funasa** fará convênios com as escolas técnicas (Cefets) para a formação técnica dos Aisans, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de endemias, agente indígena

microscopista, agente indígena ambiental e agente indígena de saúde, com recursos pedagógicos adequados à realidade de cada etnia, provendo as articulações intersetoriais necessárias, para seu reconhecimento como categorias profissionais e como técnicos em saúde.

a.4 A **Funasa** incluirá seminários e oficinas nos módulos do programa de formação de AIS, com participação de pajés, abordando temas como plantas medicinais, remédios caseiros e medicina tradicional.

a.5 A **Funasa** proverá recursos financeiros e pedagógicos para formação, educação continuada e supervisão dos AIS, Aisan, AISB, AIE e AIM, em cada pólo-base, devendo ser encaminhadas as articulações intersetoriais necessárias para que sejam reconhecidos como categoria profissional.

a.6 A **Funasa** providenciará a participação dos conselhos local e distrital e da comunidade, em parceria com os distritos sanitários especiais indígenas, na seleção, avaliação e acompanhamento dos AIS, Aisan, AISB, AIE e dos demais componentes da equipe multidisciplinar de saúde indígena, para que cumpram seus deveres na comunidade.

a.7 A **Funasa** garantirá a participação dos usuários indígenas e componentes da equipe multidisciplinar de saúde indígena na elaboração dos módulos de capacitação para agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento e auxiliar de consultório dentário (ACD), agente indígena de saúde bucal, agente indígena de endemias, agente indígena de microscopia com estratégias pedagógicas diferenciadas.

a.8 A **Funasa** assegurará a educação permanente dos Agentes Indígenas de Saúde e a contratação em número adequado

destes profissionais nas comunidades, fortalecendo a equipe, garantindo a assistência continuada e diminuindo a sobrecarga de atividades dos agentes já contratados.

a.9 A **Funasa** agilizará o incentivo financeiro dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento repassado pelos estados.

a.10 O Ministério da Saúde incentivará a criação de cursos de pós-graduação, na área de saúde indígena, em parceria com instituições de ensino superior, incentivando a pesquisa e a produção de conhecimento sobre este tema, considerando as características da assistência à saúde indígena. Criará grupo de trabalho com o Ministério da Educação e o de Telecomunicações para instituir um programa de residência em serviço e à distancia para, favorecer a fixação de trabalhadores nos territórios indígenas.

a.11 O Ministério da Saúde assegurará a avaliação do processo de formação de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento realizada por instituições competentes de ensino e formação.

a.12 O Ministério da Saúde assegurará que a avaliação do processo de formação dos AIS, Aisan, AIM, AISB, AIE seja realizado por instituições competentes de ensino e formação e faça acompanhamentos destes, afim de avaliar e ajudar no desempenho dos referidos cursos.

a.13 O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Trabalho, assegurará a criação de sindicato para os trabalhadores da área de saúde indígena.

b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena

b.1 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a ampliação das Emsis com profissionais indígenas e não indígenas (nutricionista, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento ampliação dos Dseis ou pólos-base incluindo profissionais como: psicólogo, agrônomo, antropólogo, farmacêutico, fisioterapeuta e demais profissionais necessários à realidade de cada aldeia.

b.2 **Funasa** contratará pessoal de apoio para serviços gerais, auxiliar de administração e outros servidores, conforme as necessidades e reintegrará ao seu quadro funcional os servidores descentralizados para os municípios, para suprir as necessidades dos Dseis, capacitando-os para as funções específicas dos distritos sanitários especiais indígenas.

b.3 A **Funasa** viabilizará o acompanhamento, a avaliação e o controle permanente das Emsis, de cada pólo-base, por técnicos da coordenação dos Dseis e membros do Condisi. Essa avaliação analisará dados epidemiológicos e a qualidade da assistência à saúde prestada à população.

b.4 A **Funasa** viabilizará a criação de uma comissão intersetorial, com a participação das comunidades indígenas, gestores e conselhos de saúde indígena, para admissão, avaliação do desempenho e demissão, quando necessário, de profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena, a partir de critérios preestabelecidos pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

b.5 A **Funasa** garantirá a criação e a implantação de programa de formação, capacitação e monitoramento do desempenho

das equipes multidisciplinares dos pólos-base, com a participação dos conselhos locais e distritais.

b.6 A **Funasa** providenciará a contratação temporária de especialistas (oftalmologista e outros), pelas organizações conveniadas, de acordo com as necessidades locais.

b.7 A **Funasa** estabelecerá, com o Condisi, parâmetros de avaliação da atuação da equipe multidisciplinar do distrito sanitário especial indígena, incluindo parâmetros éticos, de forma sistematizada e com periodicidade definida, devolvendo os resultados para os conselhos locais de saúde.

b.8 O Governo Federal efetivará todos os profissionais já capacitados e com experiência em saúde na área indígena, conforme determinação da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, parágrafo único. O Governo dará prioridade aos profissionais que atuam em área indígena.

b.9 A **Funasa** estimulará a participação das parteiras e dos pajés na Emsi, com acesso à remuneração e aos direitos trabalhistas.

b.10 A **Funasa** implantará Programa de Saúde Mental e Ginástica Laboral para todos os trabalhadores da saúde indígena.

c) Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena

c.1 O Governo Federal criará, no âmbito do Ministério da Educação, a Secretaria de Educação Indígena, que deverá gerir a educação dos povos indígenas. Para tanto será criada, a partir da 4ª CNSI, uma comissão paritária, com a participação direta de usuários indígenas e dos conselhos locais e distritais de educação, para discutir, formular e organizar a Secretaria de Educação Indígena, no prazo de um ano.

c.2 O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça, o Ministério da Educação e secretarias estaduais e municipais de educação, estabelecerá política nacional de fortalecimento de ensino médio para os povos indígenas.

c.3 O Ministério da Educação deverá estimular a conclusão do ensino fundamental e médio pelos alunos indígenas, em cursos supletivos, administrados em módulos e na própria comunidade. Os índios que ainda não completaram os estudos terão garantia do ensino regular e profissionalizante em todas as áreas, priorizando áreas da saúde (enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, farmácia, bioquímica, engenharia sanitária e outros).

c.4 A **Funasa**, em articulação com o Ministério da Educação e instituições de ensino, deverá ampliar o número de cotas do total de vagas oferecidas pelas instituições de ensino médio e superior para os indígenas, para o cumprimento do regime de cotas e garantir bolsas de estudo (para moradia, alimentação e outros) durante a sua formação, independente de reprovação do aluno.

c.5 A **Funasa** se articulará com a Funai e com órgãos do setor de Educação, para a criação de formas de permanência dos estudantes indígenas da área de saúde em universidades públicas, escolas técnicas federais e escolas técnicas do SUS. Serão incluídos bolsa de estudo, moradia e alimentação, livros e outros itens para o estudo, reforço para as aulas, acompanhamento e orientação.

c.6 O Ministério da Saúde/ **Funasa** deverá implantar, ampliar e fortalecer parcerias com universidades e órgãos formadores, para a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da saúde indígena, com financiamento público, dando prioridade a membros das comunidades indígenas e das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

c.7 A **Funasa** e os Dseis devem estabelecer parcerias com instituições educacionais, para formação e qualificação de trabalhadores indígenas, dando preferência às escolas técnicas, às instituições dos pólos de capacitação e outras que respeitem as necessidades, particularidades culturais e o contexto local. Haverá complementação do ensino regulamentar e profissionalização para os estudantes indígenas em áreas da saúde, com prioridade para os agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e demais categorias, garantindo a certificação de sua formação e o seu reconhecimento como categoria profissional.

c.8 A **Funasa** promoverá a integração nos Dseis, para incentivo da manutenção e criação de estruturas de educação nos territórios indígenas, potencializando sua utilização em atividades comunitárias e de socialização, discussão e avaliação das realidades locais, promovendo levantamento de necessidades de educação, na esfera local.

c.9 A **Funasa** e os Dseis devem incentivar e apoiar o trabalho integrado da equipe multidisciplinar de saúde indígena, com professores indígenas, pais e alunos, nas escolas. Serão valorizadas a saúde e as práticas tradicionais, procurando parcerias de órgãos locais, como pastorais de grupos religiosos, Embrapa e outras organizações.

c.10 A **Funasa** estabelecerá estratégias para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre a legislação do SUS e sobre a comunidade indígena. A temática do controle social deve ser incluída na prática de ensino. Esses temas devem ser incorporados na formação de professores indígenas e em todos os processos de formação de trabalhadores da área de saúde.

c.11 O Ministério da Saúde pactuará com o Ministério da Educação, a criação de legislação que inclua a disciplina Saúde

Indígena, nas grades curriculares de formação técnica (auxiliar e técnico de enfermagem, técnico em higiene dental e técnico de prótese dentária) e superior (enfermagem, odontologia e medicina), proporcionando a formação de trabalhadores capacitados para atuar junto aos povos indígenas.

c.12 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a contratação e o aperfeiçoamento dos profissionais indígenas e não indígenas e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) na área da saúde. Serão buscadas parcerias com as secretarias municipais e estaduais de saúde e instituições de ensino para a formação técnica e superior indígena na área da saúde.

c.13 A **Funasa** e o Ministério da Educação investirão em programas de educação permanente para as áreas indígenas, tanto no ensino formal, como na qualificação dos profissionais de saúde indígena, inclusive com acompanhamento sobre os aspectos antropológicos, pedagógicos e lingüísticos da saúde.

c.14 O Ministério da Saúde formará comissão para discutir com conselhos profissionais a possibilidade de realização de alguns procedimentos pelos agentes indígenas de saúde, como, por exemplo, a aferição de pressão arterial.

d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas

d.1 A **Funasa** efetivará uma política de gestão do trabalho, que garanta a todos os trabalhadores indígenas e não indígenas os seguintes direitos: vale-refeição, insalubridade, carteira de trabalho assinada, garantir aposentadoria e todas as gratificações e vantagens financeiras conquistadas no decorrer do exercício profissional – pagamento de plantões, gratificações específica, seguro de vida, plano de saúde, adicional noturno, adicional de periculosidade e jornada de trabalho adequada a cada realidade.

d.2 A **Funasa** garantirá aos trabalhadores de saúde indígena, índios e não índios, contratados por meio de convênios, o cumprimento de acordos coletivos em relação ao problema de atraso salarial e assumirá as reclamações trabalhistas, multas e outras despesas decorrentes.

d.3 O Ministério da Saúde articulará, junto ao Ministério do Trabalho, a criação de lei específica para os trabalhadores da saúde indígena, que assegure benefícios trabalhistas, após avaliação dos riscos de acidentes ocupacionais, realizada por representante do Ministério do Trabalho.

d.4 A **Funasa** definirá política de gestão do trabalho, que garanta aos trabalhadores de saúde indígena processo de seleção diferenciado; assegure os direitos trabalhistas e a inclusão dos trabalhadores, indígenas e não indígenas; respeite a especificidade de cada área; e estabeleça, previamente, o perfil dos profissionais (definido pelas comunidades indígenas). Será formada comissão responsável pela admissão, demissão e avaliação dos profissionais de saúde indígena, composta por representantes da **Funasa**, conselhos local e distrital de saúde indígena, prestadoras de serviços de saúde e representantes da comunidade.

d.5 A **Funasa** criará incentivo financeiro aos profissionais de saúde que morem nas aldeias, e que são solicitados fora de seu horário de trabalho, estimulando sua permanência na área, para execução de um serviço de saúde diferenciado, com condições adequadas de trabalho. Aumentará o número de profissionais e agentes indígenas de saúde para os plantões, sem sobrecarregar os profissionais já contratados.

d.6 A **Funasa** garantirá reajuste salarial para as equipes multidisciplinares de saúde indígena e isonomia salarial. Será estabelecido piso salarial de três salários mínimos para os trabalhadores indígenas (agentes indígenas de saúde, agentes

indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde bucal, agentes indígenas de endemias, agentes indígenas de microscopia e demais categorias de trabalhadores indígenas da saúde) e pagamento de gratificação adicional, paga pela **Funasa**, insalubridade e horas-extras. A **Funasa** fará articulações para garantir a regularização e o reconhecimento de todas as categorias de profissionais indígenas da saúde.

d.7 A **Funasa** proverá os serviços de saúde, no âmbito dos Dseis e na rede de referência do SUS, de profissionais qualificados, preferencialmente indígenas, para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde nas comunidades indígenas, respeitando as diversidades etnoculturais.

d.8 O Ministério da Saúde criará grupo de trabalho para redefinir as bases políticas de regulamentação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, baseando-se na Constituição Federal, na Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999), na Convenção nº 169, da Organização Internacional do Trabalho.

d.9 A **Funasa** normatizará o sistema de trabalho para equipes e reformulará o manual de procedimentos, com informações referentes à política de assistência à saúde aos povos indígenas.

d.10 A **Funasa** criará política de saúde nacional indígena diferenciada, para a contratação e remuneração da equipe multidisciplinar de saúde indígena e para os servidores da **Funasa** que atuam em área indígena, criando um cadastro nacional de profissionais que atuam em área indígena. Criará um plano de cargos, carreiras e salários, discutido com todos os interessados.

d.11 A **Funasa** fará a contratação dos profissionais das Emsis, diretamente, de acordo com a Portaria nº 1.163/1999, art. 5 §4.



d.12 **Funasa** dará prioridade à contratação de profissionais indígenas qualificados para cargos públicos, como componentes de equipe de saúde, como intérpretes para acompanhar pacientes e para qualquer outra função necessária ao Dseis e à Casais, como trabalhador em serviços gerais, motorista, barqueiro, entre outros, de acordo com a legislação em vigor.

d.13 A **Funasa** deve rever o quantitativo de pessoal necessário para desenvolver ações de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliar de consultório dentário, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de microscopia, engenheiros e outros profissionais), de acordo com a distribuição espacial das populações cadastradas, garantindo a cobertura das áreas e dando prioridade às áreas de difícil acesso.

d.14 **Funasa** elaborará proposta de política de pessoal, a ser discutida nos níveis nacional, regional e local, que defina perfil profissional, critérios para seleção, condições de ingresso, de contratação e pisos salariais, e para demissão, direitos e sanções às categorias profissionais componentes de equipes multidisciplinares de saúde indígena.

d.15 A **Funasa** contratará profissionais técnicos para os pólos-base, para compor a equipe multidisciplinar e coordenar, avaliar e regular as ações de saúde, melhorando a referência do sistema.

d.16 A **Funasa** fará gestão junto ao Ministério do Trabalho, para regulamentação das categorias de agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, agente indígena de microscopia, agente indígena de endemias, agente indígena de saúde bucal e técnico de higiene dental.

d.17 A **Funasa** realizará concurso público regionalizado, priorizando os indígenas que atuam na área, considerando os seguintes critérios: participação do controle social em todas as etapas; pontuação para os candidatos com experiência mínima comprovada de dois anos em saúde indígena; disponibilidade para permanência do profissional em área indígena; não existência de outro vínculo empregatício; disponibilidade para o trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva; entre outros.

d.18 A **Funasa** realizará concurso público regionalizado dando prioridade aos indígenas e não indígenas que atuam na área.

d.19 A **Funasa** garantirá a não municipalização e a não estadualização da saúde indígena, assegurando a continuidade da contratação de servidores por meio dos convênios, até a realização de concurso público.

Reverá o formato dos convênios, que não atendem às leis trabalhistas, o que deixa as organizações conveniadas em situação de extrema vulnerabilidade.

d.20 A **Funasa** exigirá que o administrador das organizações conveniadas seja obrigatoriamente profissional de saúde, com especialização ou experiência comprovada em administração ou gestão em serviços.

d.21.A **Funasa** realizará monitoramento e avaliação dos profissionais integrantes das Emsis, com renovação de contratos ou demissão, conforme seu desempenho, com a participação do conselho local e distrital de saúde, lideranças indígenas e comunidade.

d.22 A **Funasa** garantirá a formação de uma comissão de avaliação e intervenção nas Cores e nos pólos-base, para qualificar a assistência à saúde.

d.23 A **Funasa** deve melhorar as condições de trabalho das equipes multidisciplinares de saúde indígena fornecendo instrumentos de trabalho, uniforme completo, filtro solar, equipamento de proteção individual e programas de estudo em antropologia e políticas públicas de saúde.

d.24 O Ministério Público e os conselhos distritais fiscalizarão o cumprimento da Lei nº 9.836/1999.

d.25 A **Funasa** regulamentará os requisitos para contratação do agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, agente indígena de saúde bucal, agente indígena de microscopia e agente indígena de endemias, com critérios adequados às realidades locais.

d.26 A **Funasa** cumprirá e fará cumprir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de acordo com

a Lei nº 9.836/1999, que garante: a) atenção humanizada e diferenciada, acolhendo de forma adequada os usuários indígenas dos serviços de saúde, respeitando seus costumes e tradições, no tocante à linguagem, alimentação, formas de viver e de curar; b) assistência integral em todos os níveis, desde a atenção básica, à média e alta complexidade, garantida pela definição do percurso do usuário na rede de serviços locais, regionais e nacional de saúde; c) pactuação sobre os resultados esperados dos serviços contratados e conveniados, para a prestação dos serviços de saúde à população indígena.

d.27 A **Funasa** garantirá pessoal e recursos financeiros, para a elaboração de programa de qualificação profissional em saúde indígena. Serão respeitadas as necessidades e realidades locais, com fortalecimento das funções técnicas e pedagógicas, necessárias ao provimento dos serviços de saúde à população indígena.

d.28 A **Funasa** proverá meios para que os trabalhadores de saúde indígena desenvolvam atividades integradas de educação em saúde e mobilização comunitária. Deverá haver envolvimento das instituições e dos profissionais que atuam nas aldeias, tais como professores, conselheiros, lideranças locais e outros, visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

d.29. A **Funasa** estipulará, em seu orçamento, recursos financeiros para encontros, eventos, fóruns e seminários entre os distritos sanitários especiais indígenas. Essas atividades terão representação de todos os profissionais atuantes na saúde indígena, lideranças, instituições, estados e municípios. Serão espaços para discussão, avaliação, troca de experiências e compartilhamento de práticas culturais, para proposição de estratégias e intervenções que qualifiquem a atenção à saúde dos povos indígenas.

d.30. O Ministério da Saúde garantirá aos Dseis, forma única e direta de repasse financeiro. Avaliará a execução dos planos distritais e de outros planos de intervenção, assegurando recursos para: a) estruturação física das unidades, para provimento de condições adequadas de trabalho das equipes e atendimento; b) contratação e capacitação de profissionais para atuar no subsistema de saúde indígena e a criação de protocolos de atendimento; c) aquisição de materiais permanentes e insumos (materiais, equipamentos, instrumentos, medicamentos, combustível, alimentação e outros), necessários ao desenvolvimento das ações de saúde; d) acompanhamento e fiscalização sistemática e contínua da aplicação dos recursos financeiros pelos conselhos distritais de saúde indígena e por outras instâncias de controle social.

d.31 A **Funasa** incluirá na Emsi dos Dseis, praticantes de cura tradicional indígena, parteira tradicional, nutricionista e antropólogo (com experiência comprovada na área da saúde), com acompanhamento dos conselheiros locais e distritais de saúde indígena.

d.32 A **Funasa** garantirá que o agente indígena de saúde fale a língua nativa, fluentemente, nas localidades onde for necessário.

d.33 A **Funasa** assegurará a contratação de indígena capacitado, por etnia, em cada coordenação regional estadual, para assessorar o planejamento das ações em saúde indígena.

d.34 **Funasa** garantirá que todos os indígenas contratados sejam trabalhadores em saúde, para atuar nas áreas de saneamento, vigilância e serviços gerais, dos postos de saúde, em todas as aldeias.

e) Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena

e.1 A **Funasa** valorizará o trabalho das parteiras tradicionais, promovendo cursos de capacitação e atualização em assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, conduzido pelas parteiras tradicionais e por não indígenas, quando por elas solicitado. E fornecerá material necessário para a execução do trabalho.

e.2 O Governo Federal reconhecerá a categoria profissional de parteira tradicional, garantindo a sua inclusão na Emsi no distrito sanitário especial indígena.

e.3 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para promover programa de educação continuada para todos os profissionais, indígenas e não indígenas, da equipe multidisciplinar do Dsei e da Casai (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, dentista, AIS, Aisan, AISB e outros) e que seja realizado em módulos adequados às especificidades de cada região. Este programa terá abordagem antropológica do processo saúde-doença de cada povo, e trabalhar com temas como: lingüística, epidemiologia, pedagogia, humanização, SUS/ Subsistema, controle social e programas e modelos de atenção básica à saúde. Contará com a participação dos sabedores de medicina tradicional (pajés, benzedores) e lideranças indígenas, como interlocutores e facilitadores deste processo.

e.4 O Governo Federal proverá recursos financeiros para encontros e oficinas de sensibilização para os profissionais de saúde que atuam nos hospitais de referência ao subsistema, sobre a cultura indígena e suas peculiaridades.



e.5 A **Funasa** garantirá recursos financeiros para a realização e conclusão de cursos de formação de AIS, Aisan, Aisb e AIM nas comunidades indígenas, na forma de módulos, com intervalos e duração compatíveis com a realidade, garantindo a inclusão de conteúdos propostos pelos AIS, como primeiros socorros, valorização e resgate dos sistemas tradicionais de cura, participação de lideranças indígenas, pajés e parteiras como facilitadores deste processo de formação.

e.6 A **Funasa** diminuirá a carga horária estabelecida pelo Desai para o programa de formação de AIS e reverá os instrumentos de avaliação.

e.7 A **Funasa** proverá recursos financeiros para a compra de meios de transportes, de acordo com a necessidade local de cada AIS tanto terrestres como fluviais (rabeta e canoa para cada AIS), com capacitação em manutenção e mecânica de motores de popa para os pilotos fluviais que atuam nos distritos sanitários especiais indígenas.

e.8 A **Funasa** fornecerá recursos financeiros para capacitação anual em gestão administrativa, atendendo lideranças indígenas tradicionais, professores indígenas, trabalhadores e gestores de saúde e entidades parceiras.

e.9 A **Funasa** propiciará recursos financeiros para a produção de material didático elaborado pelos indígenas em sua língua materna, para apoio das ações de educação em saúde e atividades como oficinas sobre uso de drogas, álcool e prostituição que serão realizadas pelo AIS e demais componentes da equipe multidisciplinar.

e.10 A **Funasa** ampliará a formação dos microscopistas indígenas, redefinindo sua função para a de técnicos de laboratório indígenas. Realizará curso de Formação em Técnicas de Enfermagem, para os Auxiliares de Enfermagem.

e.11 A **Funasa** contratará indígenas como intérpretes, para acompanhar pacientes nas unidades de referência, segundo as necessidades de cada unidade, diminuindo as barreiras lingüísticas entre pacientes indígenas e profissionais de saúde.

e.12 Será encaminhado projeto de lei, no prazo de seis meses, criando instrumentos para a efetiva gestão da saúde indígena, com o estabelecimento do organograma com cargos de gerência, plano de cargos e salários, com equiparação salarial em regime da Consolidação das Leis

do Trabalho. A Emsi deve ser contratada pela **Funasa** que incluirá as categorias necessárias, respeitando as peculiaridades dos distritos sanitários especiais indígenas.

e.13 A **Funasa** providenciará os recursos financeiros necessários à contratação de especialistas, como assessores nos eventos de educação em saúde.

e.14 A **Funasa** elaborará modelo de capacitação em gestão do trabalho, para as equipes dos distritos, fornecendo subsídios para adequação de suas práticas aos conhecimentos tradicionais das populações atendidas.

e.15 O Ministério da Saúde formulará política nacional para formação profissional indígena em saúde. A **Funasa** assegurará que os gestores da Saúde indígena sejam profissionais com experiência comprovada, seguindo as diretrizes estabelecidas nessa Política Nacional.

e.16 A **Funasa** dará continuidade aos estágios e aumentará sua carga horária para agentes indígenas de saúde na Casa de Saúde do Índio. A **Funasa** disporá de ajuda de custo e de meios de deslocamento dos estagiários de suas comunidades ao local de estágio.

e.17 O Ministério da Saúde estabelecerá programa de saúde indígena para cada povo, de acordo com sua cultura.

e.18 A **Funasa** contratará, de preferência, médicos brasileiros para a Casa de Saúde do Índio.

e.19 Serão capacitados os agentes indígenas de saúde para atuar na vigilância nutricional pesando e medindo crianças, idosos e gestantes indígenas, principalmente os que aparentam sofrer processo de desnutrição.

4.5 Eixo temático 5 – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

a) Avaliação da demarcação. Homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas – condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas

a.1 O Governo Federal deverá anular o Decreto nº 1.775/1996, por ser prejudicial aos povos indígenas.

a.2 O Governo Federal deverá criar uma Secretaria Nacional de Assuntos Indígenas com atribuições para: a) realizar atendimento sistemático às populações indígenas, para identificação, delimitação, demarcação, homologação, revisão de limites e desintrusão dos territórios indígenas, com projetos de auto-sustentabilidade; b) destinar recursos para as associações indígenas e outras entidades interessadas em reabrir picadas e colocarem marcos, cercas, placas de identificação e advertência nos limites das reservas, reforçando os projetos de reavivamento e ampliação dos limites de todas as terras indígenas demarcadas, especialmente as de áreas contínuas. Serão consideradas as condições de cada área, com o acompanhamento das lideranças indígenas; c) apresentar, periodicamente, às lideranças e associações indígenas e outros órgãos interessados, relatório da situação de demarcação, homologação, registro e proteção dos territórios indígenas; d) consultar as comunidades indígenas, quando da escolha de áreas a serem desapropriadas e, e) destinar recursos, em parceria com o Ministério da Agricultura, para o desenvolvimento de programas e projetos auto-sustentáveis, em áreas indígenas ainda não homologadas.

a.3 A Funai aplicará recursos para que as associações indígenas e outras entidades interessadas reabram picadas e coloquem marcos, cercas, placas de identificação e

advertência nos limites das reservas, reforçando os projetos de reavivamento e ampliação dos limites de todas as terras indígenas demarcadas, especialmente as de áreas contínuas. Devem ser levadas em consideração as particularidades de cada área, com o acompanhamento das lideranças indígenas.

a.4 A Funai apresentará, periodicamente, às lideranças e associações indígenas e outros órgãos interessados, relatório da situação de demarcação, homologação, registro e proteção dos territórios indígenas.

a.5 A Funai deverá consultar as comunidades indígenas, quando da escolha de áreas a serem desapropriadas; e destinar recursos, em parceria com o Ministério da Agricultura, para o desenvolvimento de programas e projetos auto-sustentáveis, em áreas indígenas ainda não homologadas.

a.6 O Governo Federal cumprirá a Constituição Federal, em seus artigos 231 (que garante aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam) e o artigo 232 (que assegura serem os indígenas partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses) e o artigo 67 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (que determina à União concluir a demarcação das terras indígenas no prazo de cinco anos, a partir da promulgação da Constituição). Estes dispositivos legais garantem a demarcação, homologação, desintrusão e proteção das terras indígenas, condições básicas e necessárias para a sobrevivência e desenvolvimento dos povos indígenas. Seu cumprimento deve ser agilizado com recursos do PPA, Plano de Pronta Ação.

a.7 O Governo Federal deverá reestruturar a política fundiária brasileira, com recursos orçamentários para responder, com maior agilidade, às demandas já existentes e para aquelas que

venham a surgir, assegurando a preservação das condições etnoculturais e a sustentabilidade das iniciativas indígenas.

a.8 O Governo Federal suprirá de meios legais e recursos financeiros para a retirada imediata de posseiros, garimpeiros e demais invasores que insistem em permanecer nas áreas indígenas já demarcadas e homologadas. Esses recursos devem incluir a indenização dos posseiros considerados de boa fé. Devem ser recuperados os danos por eles causados ao meio ambiente, evitando a degradação total dos bens naturais que ainda restam, e promovendo a convivência, o trabalho e projetos ambientais e sociais sustentáveis nas comunidades.

a.9 O Governo Federal garantirá aos índios, em demanda de reconhecimento, a posse das terras que ocupam; afastando a interferência de organizações governamentais e não-governamentais, posseiros, latifundiários, empreendedores e outros, no uso dessas terras.

a.10 O Governo Federal exercerá a vigilância e a fiscalização das áreas indígenas, demarcadas pelos órgãos competentes (Ibama, Funai, Polícia Federal, Forças Armadas, Ministério Público, secretarias de meio ambiente), com a participação e supervisão das comunidades, para impedir a intrusão, a extração de madeira, carvão e seixo, a pesca predatória, a matança de animais, os garimpos ilegais e a contaminação dos rios, igarapés e lagos por agrotóxicos, entre outras irregularidades.

a.11 O Ministério da Saúde, em parceria com as organizações indígenas, solicitará à Funai esclarecimento sobre os órgãos responsáveis pela fiscalização das terras indígenas. Solicitará a qualificação de indígenas para a fiscalização de suas terras, incluindo-os em equipes de fiscalização, compostas por indígenas e não indígenas (Funai, Polícia Federal, Ibama e secretarias estaduais de desenvolvimento ambiental), e que eles sejam remunerados pelo órgão federal responsável pela fiscalização das terras indígenas.

a.12 O Governo Federal, por meio da Funai, do Ibama, e dos governos estaduais e municipais, por meio das secretarias do meio ambiente, com o controle das comunidades, cumprirão as leis de proteção e preservação da natureza e suas florestas, rios, nascentes, matas ciliares, campos, fauna, flora, buritizais, pantanal, etc, contribuindo para a segurança alimentar dos povos indígenas e a preservação das reservas naturais, com rigor na punição aos infratores.

a.13 Os conselhos locais e distritais de saúde indígena e o Fórum Nacional de Presidentes dos Condísis deverão encaminhar solicitação ao Presidente da República, para que seja decretada a paralisação dos documentos de posse, hoje tramitando nos cartórios, visando anular as resistências quanto às terras indígenas em processo de demarcação.

a.14 O Governo Federal garantirá a continuidade do PPTAL, Projeto Integrado de Proteção das Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal.

a.15 O Governo Federal assegurará a aplicação do ICMS Ecológico (Imposto Ecológico sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), em terras indígenas.

b) estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas

b.1 O Governo Federal, com seus órgãos competentes como Ministério do Desenvolvimento Agrário e Ministério do Meio Ambiente, criará comissões permanentes e intersetoriais, com a participação da Funai, da **Funasa** e de outros parceiros governamentais e não-governamentais, para elaborar e executar política de desenvolvimento sustentável. Devem ser previstos recursos financeiros e assessoria técnica para a implantação de programas de

desenvolvimento regional indígena sustentáveis, incluindo novas técnicas agrícolas e investimentos em pesquisa para a criação de animais, tecnologias de insumos e outros métodos sustentáveis, respeitando a diversidade cultural dos povos indígenas. O monitoramento dos projetos e ações deve ficar a cargo de instituições como Embrapa, Emater, secretarias de agricultura e Funai.

b.2 Funai, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome deverão constituir parceria com outros órgãos competentes para, com os indígenas, promover a implantação de políticas públicas de crédito, para fomento de pesquisas que incentivem a produção agroecológica, a fruticultura, o reflorestamento, e o manejo da fauna e da flora.



Foto: Edmar Chapernam

b.3 A Funai deverá assumir papel mais ativo na implantação de projetos de desenvolvimento auto-sustentável. Esses projetos deverão incluir a criação de bancos de sementes naturais para distribuição às comunidades, com aquisição, armazenamento e distribuição de insumos, sementes e mudas, em tempo hábil e em quantidade suficiente, para atender adequadamente à demanda dos povos indígenas.

b.4 O Ministério do Desenvolvimento Agrário garantirá às comunidades indígenas, efetiva política agrícola, com acesso a práticas agroecológicas, de cultivo orgânico e manejo agroflorestal, conforme a realidade de cada região, baseando-se na experiência e no conhecimento tradicionais. Deve haver incentivo à manutenção das tradições pelas novas gerações, para o cultivo e valorização das tradições culturais e alimentares. A produção e consumo de alimentos tradicionais da cultura indígena devem ser estimulados, com inclusão de novas técnicas agrícolas que possam garantir melhor produção. Deve ser incentivado o cultivo de plantas que forneçam alimentos de alto valor nutricional, com diversificação da plantação e desestímulo à monocultura.

b.5 Os governos federal, estaduais e municipais garantirão melhores condições de acesso às terras indígenas, para o escoamento de sua produção.

b.6 Os governos federal, estaduais e municipais formularão e executarão política agrícola específica para as áreas indígenas. Haverá, para o enfrentamento dos períodos de longa estiagem e de enchentes recuperação das terras degradadas e ações como análise de solos, escavação de poços profundos e agricultura irrigada. Deverá ser garantida a sustentabilidade da agricultura e o respeito à realidade cultural dos povos indígenas e das características de cada região.

b.7 O Governo Federal deverá articular os Ministérios do Meio Ambiente, Ministério da Justiça e da Agricultura, a Funai, o Banco do Brasil, as associações indígenas e outros interessados, para criar um Fundo de Financiamento, gerenciado por um conselho intersetorial paritário, com representação das comunidades indígenas. Deverão ser captados recursos a fundo perdido, junto ao Banco Mundial (BIRD), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Estados, para financiar projetos de desenvolvimento indígena sustentáveis, tornando as terras indígenas mais produtivas, com preservação ambiental.

b.8 O Governo Federal destinará recursos financeiros para a implantação e acompanhamento de projetos produtivos desenvolvidos pelas comunidades indígenas (horticultura, apicultura, suinocultura, piscicultura, agricultura, ovinocultura, meliponicultura, caprinocultura, bovinocultura, beneficiamento do leite, criação de animais silvestres, plantação de hortaliças e pomares, extrativismo e artesanato). Deverá ser garantida a auto-sustentabilidade, o aproveitamento racional e a segurança alimentar dessas comunidades.

b.9 O Governo Federal reduzirá a burocracia, na aprovação dos projetos de auto-sustentação para as áreas indígenas agrícolas, sendo garantidos recursos financeiros para infraestrutura, moradia e saneamento. Os projetos aprovados contarão com acompanhamento técnico. Serão criados novos projetos, conforme as necessidades e hábitos de cada área.

b.10 O Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar, deverão elaborar política de suporte com ações estruturantes do desenvolvimento indígena sustentável, com geração de renda, privilegiando-se a produção de alimentos, com segurança alimentar. Deve haver financiamento para a capacitação profissional, a comercialização dos produtos

especificamente para as populações indígenas, respeitando-se a diversidade cultural de cada povo.

b.11 A Comissão Intersectorial, criada pelo Decreto nº 3.799, de 19/4/2001, com a Funai, a Fundação de Política Indigenista do Amazonas e outras entidades, devem encaminhar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e ao Ministério da Justiça, o pleito de aumento dos recursos destinados ao desenvolvimento de programas de segurança alimentar e de projetos sustentáveis das comunidades indígenas.

b.12 A Funai fará parcerias com órgãos ligados ao meio ambiente e com instituições governamentais e não governamentais, para formação profissional e cursos de capacitação de indígenas em agronomia, informática, veterinária, elaboração de projetos, manejo de recursos naturais, técnicas de extração de óleos vegetais, partindo do conhecimento indígena, possibilitando sua contratação para o trabalho de agricultura familiar e de preservação do meio ambiente.

b.13 O Governo Federal criará escolas técnicas agrícolas de referência em aldeias/pólo, como estratégia para consolidar política de preservação e uso sustentável das áreas indígenas, com benefícios para os índios que as habitam.

b.14 O Governo Federal criará a categoria de agente ambiental indígena.

b.15 A Funai, por meio do Programa Demonstrativo dos Povos Indígenas, e o Ministério do Desenvolvimento Agrário por meio da extensão do Programa Nacional de Agricultura Familiar, com o auxílio de linhas de financiamento adequadas às peculiaridades da população indígena, incentivarão a agricultura familiar indígena e a produção de alimentos para o consumo direto dessas populações. Esse incentivo deve incluir adequada capacitação dos indígenas interessados.

b.16 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes como Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Funai, entre outros, deve financiar projetos nas áreas indígenas, junto às unidades de saúde da **Funasa**, a exemplo dos projetos “Iniciativas Comunitárias” e Carteira Indígena entre outros, visando à produção de alimentos e a sustentabilidade dos povos indígenas, com ações articuladas, garantindo a participação indígena na definição das propostas institucionais.

b.17 Os governos federal, estaduais e municipais deverão assegurar política diferenciada de comercialização dos produtos das áreas indígenas. Deve ser assegurado todo o processo, desde a aquisição de insumos até o financiamento da produção, passando pela coordenação de estudos de mercado e a certificação dos produtos produzidos nas terras indígenas, criando selo étnico de identificação e outras estratégias de qualificação da origem desses produtos.

b.18 O Ministério do Meio Ambiente deverá expandir os Sistemas Agroflorestais para as terras indígenas, firmando parcerias para a formação de agentes agroflorestais indígenas e assegurando a assistência técnica para a produção de alimentos.

b.19 O Governo Federal estimulará o associativismo das famílias indígenas, segundo suas peculiaridades e tradições, para que se habilitem a fornecer os alimentos à merenda nas escolas e unidades de saúde indígenas, respeitando hábitos alimentares e promovendo a geração de renda para as comunidades, de forma sustentável.

b.20 A **Funasa** e a Funai estimularão as comunidades indígenas a controlar o uso de timbó nas áreas em que elas existem.

b.21 O Governo Federal, por meio do Ministério do Meio Ambiente, estabelecerá critérios de liberação e aproveitamento

das madeiras e cargas apreendidas por irregularidades, para projetos de moradia e outros equipamentos que beneficiem as populações indígenas.

c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas

c.1 O Governo Federal estabelecerá, como critério primordial para a inclusão de indígenas nos programas e projetos voltados às áreas indígenas, o auto-reconhecimento dos parentes, pelos respectivos povos, a ser feito com o aval das suas lideranças tradicionais, pajés, caciques e organizações indígenas.

c.2 A Funai, em parceria com o Ibama, deverá implementar programas de vigilância e preservação ambiental nas terras indígenas, com apoio e articulação de órgãos governamentais e não-governamentais, com recursos para a formação técnica em cultivo, produção, conservação e manutenção das plantas nativas, agricultura familiar, alimentos e produtos medicinais. Serão contratados agentes ambientais indígenas, e fortalecer as práticas e costumes locais.

c.3 O Governo Federal cuidará da valorização das culturas, tradições, crenças e costumes dos povos indígenas, pela inclusão do tema das práticas de cura tradicionais, na grade curricular das escolas indígenas, a ser ministrado pelo pajé ou por líder tradicional.

c.4 O Governo Federal promoverá articulação entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério Público, Ibama, universidades e órgãos estaduais e municipais, para fiscalização e proteção das reservas indígenas e educação ambiental para as populações indígenas e as dos entornos. Serão efetivados a

despoluição dos mananciais hídricos, o reflorestamento e a recuperação de áreas degradadas, proibindo-se a utilização de agrotóxicos, para a proteção dos ecossistemas em que se encontram as terras indígenas.

c.5 A **Funasa** promoverá, em articulação com a Funai, com instituições não-governamentais e instituições de proteção ambiental, nos três níveis de governo, projetos para diagnóstico, proteção, preservação e valorização da biodiversidade e da ecologia das terras indígenas e dos conhecimentos tradicionais de seus habitantes.

c.6 O Governo Federal criará, por meio da articulação de órgãos como o Ministério do Meio Ambiente, Ibama, Polícia Federal, Forças Armadas e outros, um programa com fundo de apoio financeiro para garantir a segurança e o fortalecimento da autonomia dos povos indígenas em suas terras.

c.7 A **Funasa** deve propor à Funai e ao Ibama, em conjunto com as comunidades indígenas, completar.

c.8 O Governo Federal disporá de recurso financeiro para os povos indígenas e organizações para manutenção das tradições e modos de vida indígenas, tais como a forma de ocupação territorial, o modo de fazer roça, casa, canoa e remo, evitando qualquer interferência de instituições de proteção do meio ambiente nesses modos de vida, preservando a autonomia indígena no manejo de seus territórios tradicionais.

c.9 O Governo Federal exigirá total respeito e articulação harmoniosa entre os planos, projetos e ações para a sustentabilidade da cultura de cada povo indígena, inclusive de seus hábitos alimentares, ressaltando o tratamento diferenciado que as situações requerem.

c.10 O Governo Federal desenvolverá projetos e promoverá encontros que incentivem e promovam a valorização e



Foto: Edmar Chapermam

o respeito às tradições, costumes e desenvolvimento da cultura dos povos indígenas. Serão incentivadas práticas de alimentação tradicional, de trabalho artesanal, de produção alimentar e de recuperação de áreas degradadas.

c.11 O Governo Federal prestará apoio técnico e financeiro aos povos indígenas, para desenvolver os saberes acumulados pelos índios mais idosos das aldeias, sobre técnicas tradicionais de caça, pesca, sementes, fibras e cultivo de hortas, de plantas de uso medicinal, preservando a biodiversidade nas aldeias.

c.12 A **Funasa** incluirá, no processo de formação dos agentes indígenas de saúde, a participação dos conhecedores de plantas medicinais, e incentivará o resgate junto aos mais velhos, aos pajés e parteiras, dos conhecimentos sobre o cultivo e o uso de ervas medicinais.

c.13 As comunidades indígenas, com o apoio da Funai, encaminharão pedidos de proteção do patrimônio material, intelectual e cultural aos órgãos competentes. A Funai fomentará ampla discussão, em âmbito nacional, sobre proteção e patentes dos patrimônios dos povos indígenas, com a participação desses povos.

c.14 A Funai, o Ministério da Cultura e outros parceiros se articularão para incentivar e consolidar o valor da arte indígena, por meio da implementação

do Projeto Agente Indígena de História e Cultura Indígena. Serão garantidos incentivos financeiros para a construção de centros culturais nas aldeias, valorizando as práticas tradicionais e objetivando a eliminação de atravessadores, na venda do artesanato e de outros objetos da cultura indígena.

c.15 A **Funasa** prestará apoio financeiro e técnico para que parteiras, pajés e raizeiros realizem seus trabalhos nas áreas indígenas, incluindo infra-estrutura, deslocamentos e suporte para o exercício de suas atividades em Casais e em outros serviços de saúde.

c.16 A Funai debaterá, com a participação das populações e organizações indígenas, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de ecoturismo em terras indígenas, visando a auto-sustentabilidade econômica.

c.17 O Governo Federal, antes de qualquer aprovação de projetos de expansão (Pequena Central Hidroelétrica estradas, hidrovias e hidroelétricas), divulgará os Estudos de Impacto Ambiental e os Relatórios de Impacto ao Meio Ambiente, promovendo amplo debate com as comunidades indígenas e demais interessados, sobre possíveis impactos dos projetos de expansão sobre as comunidades.

c.18 A Funai e a **Funasa** reconhecerão, apoiarão e fortalecerão o trabalho dos agentes de manejo.

c.19 O Ministério da Saúde proverá recursos financeiros para utilização de suplementos nutricionais, com incentivo ao aproveitamento integral dos alimentos, com critérios preestabelecidos pela Anvisa, bem como medicamentos tradicionais e inserção do trabalho das parteiras tradicionais nas atividades das Emsis. Poderão estabelecer parcerias com entidades governamentais e não-governamentais.

c.20 O Governo Federal reparará e indenizará as comunidades indígenas lesadas por danos morais, culturais e ambientais, causados pelo próprio Estado Brasileiro.

c.21 O Governo Federal impedirá a construção de usinas hidroelétricas nas cabeceiras dos rios que correm nas terras indígenas.

c.22 O Governo Federal disponibilizará recursos financeiros para projetos auto-sustentáveis nas aldeias, para que os índios não precisem sair de suas terras.

d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas – pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas

d.1 O Governo Federal garantirá o cumprimento da lei que exige do município a oferta de merenda diferenciada nas escolas indígenas. Serão observados critérios nutricionais adequados e criados incentivos para que o agricultor indígena produza alimentos regionais

d.2 O Ministério da Saúde implementará Programa de Combate à Desnutrição, para a população indígena, por meio do incentivo ao aleitamento materno; reforço à alimentação tradicional; alimentação balanceada na educação infantil indígena adequada a cada faixa etária; apoio a projetos de produção de alimentos e ações de segurança alimentar já existentes, sob gestão comunitária e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e adolescentes e do estado nutricional dos índios em geral, realizado pela equipe de saúde indígena que da comunidade. Este programa será acompanhado pelo sistema de vigilância nutricional, podendo ser desenvolvido em parceria com órgãos e entidades governamentais e não-governamentais.

d.3 A **Funasa** estabelecerá parcerias com instituições de pesquisa, para realização de diagnóstico da situação nutricional e dos hábitos alimentares indígenas, com o objetivo de definir padrões e recomendações nutricionais mais adequados às tradições e culturas alimentares dos povos indígenas.

d.4 A **Funasa** criará, em cada Dseis e na esfera central, coordenação de alimentação e nutrição, constituída, de preferência, por nutricionistas, para acompanhamento do estado nutricional das comunidades, e formulação de estratégias de intervenção nutricional, contando com a participação das comunidades indígenas, respeitando-se a diversidade cultural.

d.5 O Governo Federal, pelos órgãos competentes formulará e implantará, com a participação da população indígena, política nacional de segurança alimentar e nutricional para povos indígenas, considerando as características étnicas. Executará ações estruturantes de combate à desnutrição e incentivará o desenvolvimento de projetos na área de produção de alimentos.

d.6 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes capacitará agentes multiplicadores (lideranças indígenas – homens e mulheres – professores, merendeiras, agentes agroflorestais, AIS, parteiras e pajés), para que orientem as comunidades indígenas nas práticas alimentares saudáveis. Essa orientação apresentará os alimentos a serem consumidos na gravidez e na amamentação e ressaltará a importância e o valor nutritivo dos alimentos naturais, para desestimular o consumo de alimentos industrializados e com baixo valor nutricional. Serão abordados o controle de qualidade, o armazenamento e a preparação dos alimentos, respeitando a cultura alimentar indígena.

e) Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros

e.1 O Governo Federal, por meio dos órgãos competentes, viabilizará o cadastramento das famílias indígenas, para garantir o recebimento da bolsa família e demais programas sociais do governo, nas aldeias.

2 O Governo Federal adequará os formulários dos programas sociais, para que sejam consideradas as especificidades da

população indígena, conforme o Registro Administrativo de Nascimento do Índio, expedido pela Funai.

3 O Governo Federal, com a participação dos índios, em consonância com a Funai, **Funasa** e as ONGs, estudará a melhor forma de os indígenas aldeados e os que moram fora das áreas indígenas, serem atendidos pelo Programa Fome Zero e demais programas de assistência que contemplem suas peculiaridades sociais .



Foto: Adriano Machado



5 MOÇÕES APROVADAS

5.1 Moção nº 1 – Apoio à Revisão imediata da configuração dos distritos sanitários especiais indígenas

a) Eixo: Direito à Saúde

As dificuldades de transporte, comunicação e abastecimento e a existência de povos de níveis extremos de contato num mesmo distrito, tem levado à descontinuidade e a inadequação da atenção à saúde de diversos povos indígenas. Disto tem decorrido a perda de vidas, principalmente crianças, dos povos Deni, Kanamari e Kulina no médio Juruá, Amazonas. Assim, os delegados presentes na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vem por meio desta aprovar e apoiar a proposição da delegação do Dsei Médio Solimões e afluentes de revisão imediata da configuração dos Dseis, no prazo de 180 dias.

5.2 Moção nº 2 – Repúdio ao descaso e abandono por parte da Funasa com as delegações

a) Eixo: Controle Social e gestão participativa

Nós, delegados e delegadas da 4ª CNSI, repudiamos a atitude da **Funasa** quanto à forma de tratamento à Delegação do Estado de Roraima, desde a saída de Boa Vista até o local da Conferência, onde parte do grupo não teve sua passagem disponível, como o previsto e esse mesmo grupo foi exposto a uma situação constrangedora, chegando às 7 horas do dia 27, sendo levado à sede do Desai, onde ficou no corredor até às 16 horas do mesmo dia, quando disponibilizaram um ônibus para o deslocamento até o local do evento. Para tanto, pedimos o apoio dos conferencistas a fim de que este descaso não venha a ocorrer com as demais delegações.

5.3 Moção nº 3 – Apoio às ações de ampliação do foco de estudos e pesquisas sobre a saúde Indígena

a) Eixo: Desafios indígenas atuais

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam a proposta de ampliação do foco dos estudos e pesquisas sobre o bem-estar e doenças da população Indígena, direcionados à prevenção e qualidade de vida dessa população.

5.4 Moção nº 4 – Reivindicações dos trabalhadores da área de saúde indígena

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde

Em conformidade com o Decreto nº 9.836/1999 e a Lei nº 3.156/1999 nós, trabalhadores indígenas e não indígenas, reivindicamos nesta moção:

- valorização do quadro atual de trabalhadores atuantes na saúde indígena, para manter a qualidade das ações de saúde aos povos indígenas;
- atenção para o quadro de servidores da **Funasa**, na manutenção dos servidores que estão na área e querem permanecer na saúde indígena;
- garantia ao incentivo financeiro para os servidores integrantes dos Dseis;
- efetivação de uma política de gestão do trabalho que garanta a todos os trabalhadores indígenas e não indígenas os seguintes direitos: vale refeição; insalubridade; carteira de trabalho assinada; aposentadoria; férias; seguro de vida; plano de saúde; adicional noturno; periculosidade; e jornada de trabalho adequada a cada

realidade e todos os direitos garantidos por lei, junto com o plano de cargos, carreiras e salários dos trabalhadores.

5.5 Moção nº 5 – Apoio à participação de outros ministérios na responsabilidade da saúde indígena

a) Eixo: Outros ministérios

Nós, delegados da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Rio Quente/GO, apoiamos o Conselho Nacional de Saúde e o Fórum Nacional de Presidentes dos conselhos distritais de saúde indígena, para que a 5ª CNSI seja composta e responsabilizada, além do Ministério da Saúde/**Funasa**, os seguintes ministérios: Ministério da Integração Nacional, Ministério de Orçamento e Gestão, Ministério de Desenvolvimento Agrário, Ministério da Cultura, Ministério da Educação, Ministério do Meio Ambiente e Ministério do Desenvolvimento.

Nosso pleito prende-se ao fato de entendermos SAÚDE como um conjunto de elementos necessários à promoção e proteção à saúde, tendo em vista que a responsabilização dos referidos ministérios é essencial a consolidação da política de saúde indígena no Brasil.

5.6 Moção nº 6 – Repúdio à estrutura da Divisão de Saneamento Ambiental nas coordenações regionais da Funasa

a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Nós, os delegados indígenas e não indígenas, participantes da 4ª CNSI, repudiamos a forma como está estruturada atualmente a Divisão de Saneamento Ambiental nas coordenações da **Funasa**, a exemplo do Amazonas, onde há menos de 10% de cobertura

do sistema de abastecimento de água, afetando diretamente a saúde da população. A compra dos *Kits* para a melhoria na realização dos trabalhos dos Aisans torna-se uma recomendação diante dessa realidade, visto que também reflete diretamente na melhoria de qualidade de vida daquela população.

5.7 Moção nº 7 – Moção de repúdio à Editora Abril

a) Eixo: Outros

Os participantes da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena vêm por meio desta moção repudiar a reportagem da *Revista Veja*, da Editora Abril, publicada às páginas 84 a 87, da edição de número 1.949, de 29 de março de 2006.

Nesta reportagem, a Revista *Veja* denigre as comunidades indígenas de várias partes do Brasil, usando termos “chulos” como: “tribos baderneiras” e “negociadores com madeireiros, traficantes, garimpeiros e contrabandistas”.

Isto acontece quando parte da sociedade brasileira toma consciência dos seus deveres de tentar restituir aos primeiros moradores destas terras o direito à dignidade. Políticas de inclusão social são propostas, mas sofrem restrições por parte da imprensa comprometida com as grandes empresas desse país.

Durante 500 anos as populações indígenas foram submetidas às mais severas restrições, havendo uma redução por volta de 10 milhões de indivíduos, quando essas terras foram invadidas pelos europeus, para, hoje, cerca de 450 mil. A liberdade foi restrita, pois foram obrigados a viver em pequenos territórios que não lhes dão condições de sobrevivência.

Hoje, estamos nos organizando e buscando nossos direitos, lutamos para manter nossa cultura, a nossa dignidade

e a sobrevivência de sociedades que são anteriores ao surgimento do Brasil.

Não será a *Editora Abril* que irá nos calar. Nossa voz é mais forte, e mais forte ainda é a nossa vontade de vencer e viver.

5.8 Moção nº 8 - Inclusão dos trabalhadores de saúde indígena na PEC-51/2006

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio desta apoiar a inclusão dos trabalhadores de saúde indígena na Emenda Constitucional Nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 (PEC 51/06); para que os mesmos sejam contemplados nos mesmos termos que os agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias, no sentido de incluir também neste mesmo critério os trabalhadores em saúde indígena.

5.9 Moção nº 9 – Indicação político-partidária dos chefes dos Dseis e coordenadores regionais da Funasa

a) Eixo: Controle social e gestão participativa

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO quanto à indicação para chefias dos Dseis e coordenadores regionais da **Funasa** vinculada aos interesses político-partidários para o exercício desses cargos. Esclarecemos que esta situação tem dificultado em muito a continuidade da gestão e da gerência das ações de saúde para as populações indígenas, a exemplo do Distrito Sanitário Interior Sul.

5.10 Moção nº 10 - Moção de repúdio ao atraso para as equipes multidisciplinares de saúde indígena

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde

Nós delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/Goiás repudiamos a presidência da **Funasa** pelo descaso de não assinatura do repasse de verba para o pagamento das equipes multidisciplinares, que estão na área desde 1999. Como a presidência da **Funasa** não reconhece a categoria de profissionais da equipe, sendo que na abertura da 4ª Conferencia, o Presidente da **Funasa** elogiou as Emsis. Ressaltamos que a não assinatura não foi por falta de prestação de contas pelas ONGs, por desorganização de contas e nem por falta de organização dos Dseis.

5.11 Moção nº 11 – Regulamentação do trabalho dos agentes indígenas de saúde

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO à luta dos agentes de saúde indígena e dos agentes de saneamento indígena, quanto ao reconhecimento de suas atividades como categoria profissional, de acordo com os termos da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que determina a criação da categoria profissional de agente comunitário de Saúde, ao tempo em que encaminha ao Congresso Nacional o referido pleito para que sejam feitas as devidas modificações na legislação de modo a permitir o seu enquadramento e a regulamentação do exercício do seu trabalho.

5.12 Moção nº 12 – Moção de repúdio a ações arbitrárias junto às comunidades indígenas

a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI, repudiam as ações arbitrárias implementadas em comunidades Indígenas afetando diretamente a subsistência de diversos povos, tais como, Xavante, Kamaiurá, Kalapalo, Trumai, Ikpeng, Kayabi, Matipu, Suyuá, Caiapó, entre outras. A exemplo disso, no Rio Culuene, principal formador do Rio Xingu está sendo construída uma barragem hidroelétrica, à revelia da comunidade indígena, amparada por um acordo realizado com apenas uma liderança, sem representatividade. Esta obra está sendo tocada por diversos interesses econômicos e políticos, com total apoio do Governo Estadual, que tem ignorado todos os apelos feitos pela comunidade xingwana.

5.13 Moção nº 13 – Apoio à ampliação das ações e maior investimento de recursos na carteira indígena – Carteira de Projetos, Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável, em comunidades indígenas

a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Nós, delegados presentes à 4ª CNSI, consideramos: a) a situação de insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, em todas as regiões do país; b) que as ações do Governo Federal para reverter essa situação são ainda tímidas, pontuais, e, quase sempre desarticuladas; c) que os povos indígenas têm reivindicado, exaustivamente uma política de SAN e de desenvolvimento sustentável que, garanta seus direitos a alimentação, com respeito a sua autonomia, sua diversidade cultural e ao meio ambiente em

suas terras, assegurando finalidade de vida no presente e no futuro; d) que a ação denominada “Carteira Indígena” fruto de parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério do Meio Ambiente (MMA) tem, apoiado projetos de SAN e desenvolvimento sustentável, com participação de outros órgãos federais, como a **Funasa** e Funai, com bons resultados conforme reconhece o Consea, recomendando que o Governo Federal consolidasse essa ação como programa do PPA e ampliasse com recursos. Manifestamos nosso apoio à Carteira Indígena e reivindicamos que o Governo Federal disponibilize, no orçamento de 2006, recursos suficientes para fomentar projetos já aprovados, novos projetos, em especial em comunidades com alto índice de desnutrição e mortalidade infantil, bem como para garantir apoio à capacitação para a gestão e execução dos projetos e para o seu monitoramento, com participação das comunidades.

5.14 Moção nº 14 – Contra a atitude da Funasa em reter os recursos das conveniadas

a) Eixo: Controle social e gestão participativa

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO, conforme esclarecimentos abaixo descritos:

As organizações indígenas e outras instituições conveniadas, vêm de público denunciar os graves problemas ocorridos na maioria dos Dseis pela inadequação do formato dos convênios firmados entre estas instituições e a **Funasa**, que não garante a efetiva continuidade das ações de saúde pactuadas.

Trata-se de uma total omissão da **Funasa** e de seu corpo diretivo, por não solucionar os problemas de ordem geral e administrativo que culminaram com a responsabilidade das

conveniadas pelo custeio de ações de saúde realizadas em 2005 no período intermediário entre o final do convênio e o início do outro, denominadas “lacunas” ou “situação de sobreestado” pela **Funasa**. Tais recursos foram extraídos de suas parcelas pela não aprovação dos gastos realizados para cobrir a atenção básica da saúde antes da data da vigência do novo convênio.

A **Funasa** não se preocupou em efetivar a prorrogação dos convênios nesse período de “lacuna”, demorando vários meses para concluir o processo de pactuação que definiria os novos convênios em 2005. Com isso, as organizações indígenas e outras conveniadas tiveram que manter a qualquer custo as ações de saúde em campo, garantindo com responsabilidade a não descontinuidade da assistência, com a promessa de que tais questões seriam solucionadas mais adiante.

Por esses motivos, diversas conveniadas encontram-se hoje sem recursos, situação que afeta diretamente os serviços de saúde voltados para as populações indígenas, revelando mais uma vez a incapacidade de gestão da saúde indígena e a falta de vontade política da **Funasa**.

A plenária da 4ª CNSI exige a solução desse impasse, com a liberação imediata dos recursos para as conveniadas referente ao período da “lacuna” e a formulação de uma nova política de parceria com as instituições envolvidas no processo.

5.15 Moção nº 15 – Pela melhoria de condições de trabalho das equipes de enfermagem de saúde indígena

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI repudiam toda iniciativa no campo das relações trabalhistas para os profissionais de enfermagem indígenas e não indígenas que caracterizam o trabalho precário e, às vezes, quase escravo

estabelecidos pela maioria das Instituições empregadoras na saúde indígena. Nesse contexto, seguem-se as seguintes reivindicações dos profissionais de enfermagem: a) plano de cargo e carreira que respeite um salário único e digno para trabalhadores com o mesmo nível de escolaridade; b) criação de protocolos de atendimento que respaldem as competências previstas nas Leis do exercício profissional de enfermagem; c) garantia dos direitos trabalhistas.

5.16 Moção nº 16 – Moção de apoio por uma política cultural para os povos indígenas

a) Eixo: Desafios indígenas atuais

Nós, representantes da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/ Goiás, apoiamos a realização de uma gestão junto à Seppir, IPHAM, Ministério da Cultura e Movimento Indígena para uma discussão ampla e a elaboração de uma política cultural para os povos indígenas para garantir que as tradições culturais, artesãos e sabedores como patrimônio vivo dos povos indígenas, de acordo com a convenção da Unesco de 2003 sobre patrimônio cultural imaterial, e determina que a diversidade cultural, sua conservação e preservação e a garantia de criatividade permanente esteja sob o controle dos povos Indígenas.

5.17 Moção nº 17 – Solidariedade aos índios desaldeados

a) Eixo: Direito à saúde

Nós, Delegados da 4ªCNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa moção de apoio às reivindicações dos índios desaldeados, para que tenham acesso às mesmas políticas públicas desenvolvidas pelo Governo Federal quanto aos índios aldeados, buscando inclusive o resgate de etnias.

5.18 Moção nº 18 – Anulação das homologações de demarcação de territórios indígenas

a) Eixo: Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Nós, delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada na cidade de Rio Quente/GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE REPÚDIO quanto aos processos de não homologação da demarcação de terras indígenas. Esclarecemos que, em 28/3/2004, foi homologado pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, a demarcação do território dos povos Kaiuá e Guarani, na Região do Mato Grosso do Sul, sendo publicada no *Diário Oficial* da União em 29/3/2004. Em dezembro de 2005, o então Ministro do Supremo Tribunal Federal, Nelson Jobim, em articulação com os fazendeiros locais, conseguiu uma Liminar nesta instância judicial, anulando esse processo de homologação. A plenária da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, juntamente com os povos Kaiuá e os Povos Guaranis, defendem a solicitação do julgamento imediato dessa anulação e repudiam atos dessa natureza, de modo que não ocorram em outros níveis de decisão.

5.19 Moção nº 19 – Gestão compartilhada do Subsistema de Saúde Indígena do SUS para índios e não índios

a) Eixo: Direito à saúde

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO referente à implementação do que determina o Decreto Presidencial nº 5.051, de 19 de abril de 2004.

Este Decreto Presidencial, particularmente em seu artigo 25, prevê a criação de um Grupo de Trabalho, paritário, até o dia 19 de abril de 2006, com o objetivo de formular propostas de adequação do Subsistema de Saúde Indígena, de modo que contemple a co-gestão nos três níveis de governo. Este processo determina a redesenho dos Dseis, autonomia administrativa, orçamentária e financeira; atendendo inclusive as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. O referido Grupo de Trabalho poderá constituir Comissões Temáticas, com a participação das assessorias ministeriais, representações indígenas indicadas pelo Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, e os membros não indígenas serão indicados pela **Funasa** e Funai. O início dos trabalhos deste GT será definido para 2/5/2006, em sua primeira reunião ordinária, na qual estabelecerá seu Plano de Trabalho e um cronograma para apresentação dos produtos. Nesse sentido, a **Funasa** e a Escola Nacional de Administração Pública (Enap) providenciará um curso sobre capacitação em gestão em saúde indígena, com ênfase na co-gestão entre os três níveis de governo.

5.20 Moção nº 20 - Reconhecimento e valorização do papel daqueles e daquelas que contribuíram de forma direta e indireta na implantação e implementação do Subsistema de Saúde Indígena

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam o reconhecimento e a valorização das pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na implantação e implementação do Subsistema de Saúde Indígena, a exemplo do Dr. Ubiratan Moreira, um daqueles que lutaram pela implementação desse Subsistema.

5.21 Moção nº 21 – Fortalecimento dos conselhos de educação e fortalecimento dos conselhos de educação indígena

a) Eixo: Outros

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/GO, no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo-assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO à criação de conselhos de educação escolar indígenas nos estados da Federação, no sentido de possibilitar as articulações com a saúde indígena, como forma de garantir a intersectorialidade das ações de saúde no âmbito dos Dseis.

5.22 Moção nº 22 – Moção de apoio ao combate ao desemprego: viabilizando a inclusão social

a) Eixo: Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde

Nós delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente/Goiás apoiamos que o Governo Federal no âmbito de seus ministérios priorize a contratação de pessoas das comunidades que estejam habilitados profissionalmente para o trabalho nas áreas indígenas.

5.23 Moção nº 23 – Moção de repúdio pela dramática situação dos povos indígenas do Vale do Javari

a) Eixo: Direito à saúde

Nós, lideranças da delegação indígena do Vale do Javari/AM, vimos reivindicar agilidade para solucionar os graves problemas de saúde que afetam os nossos povos e provocam a morte de inúmeros indígenas e que dos povos Marubo, Kanamari, Mayoruna, Matís, Kulina e Korubo.

Desde 1995, indígenas vêm sendo atingidos pela hepatite B e Delta, sendo que desde 2003 até hoje já foram comprovadas as mortes de 37 parentes, sem que a **Funasa** tome quaisquer providências em busca de solução. Nos últimos meses ocorreram 10 óbitos em crianças de zero a três anos. Além disso, denunciemos a grave situação dos indígenas portadores de hepatite B, sendo que quatro destes precisam fazer transplante de fígado, e cinco encontram-se em fase cirrótica, além de 23 que ainda apresentam condições de tratamento e de muitos outros que precisariam fazer sorologia para diagnóstico.

Denunciamos ainda os problemas decorrentes da malária que já provocou três óbitos em crianças desde o início de 2006, além do fato de que o excesso de medicamentos administrados parece não surtir mais o efeito desejado nos pacientes, sendo necessário a realização emergencial de uma pesquisa *in loco*.

Repudiamos o total descaso da **Funasa** e das autoridades competentes que não têm assumido quaisquer medidas de soluções definitivas dos problemas aqui relatados, além da necessidade de intervenção institucional diante da total falta de gestão do Dseis Javari, o que prejudica a realização das ações de saúde de modo regular e qualitativo.

Caso permaneça o atual descaso, alertamos para a possibilidade de um verdadeiro desastre na saúde indígena, numa região onde os índios vêm padecendo e sofrendo há décadas pela falta de assistência adequada e preventiva, na terceira maior reserva indígena do país, que conta ainda com uma população de pouco contato, além de diversos grupos ainda isolados.

Os indígenas do Javari, cansados dessa situação, revoltados e desesperados, ameaçam tomar outras medidas em vingança pela morte de seus parentes, falando até em isolar-se novamente pela selva em defesa de suas vidas, caso não haja uma intervenção imediata e impactante no Vale do Javari.

5.24 Moção nº 24 – Moção de apoio ao atendimento de saúde nas comunidades durante retomadas e conflitos de terra

a) Eixo: Direito à saúde

Nós, delegados e delegadas da 4ª CNSI, realizada em Rio Quente, Goiás, apoiamos o atendimento de saúde às comunidades indígenas e que tenham a Assistência à Saúde, no período de retomada das terras indígenas. A **Funasa** deve garantir veículos na área retomada para caso de alguma emergência 24h e quando houver momento de tensão (conflito) acionar a Polícia Federal para acompanhá-la na execução de seus procedimentos.

5.25 Moção nº 25 – Moção de apoio à criação do Jornal Nacional de Saúde Indígena, elaborado pelos índios e financiado pela Funasa

a) Eixo: Desafios indígenas atuais

Os delegados e delegadas presentes na 4ª CNSI apóiam a criação de um Jornal, em âmbito Nacional, para veicular informações sobre a saúde das comunidades indígenas, com recursos destinados à sua organização e estruturação editorial.



6 AVALIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS SOBRE A ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DA 4ª CNSI

6.1 Pontos positivos

Realização das conferências locais, distritais e nacional.

Participação dos indígenas na discussão e realização de todo o processo da Conferência.

A paridade dos segmentos, nas discussões e votações nas conferências distritais e nacional.

Acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde.

Participação do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais.

Participação de representantes indígenas na Comissão Organizadora e demais comissões.



Foto: Adriano Machado

Descentralização de recursos em tempo hábil.

Participação dos Técnicos da **Funasa** e do Conselho Nacional de Saúde.

Localizações dos eventos da 4ª Conferência Nacional de Saúde, Local e Distrital.

Participação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena Cisi.

A Integração entre os povos indígenas.

A Sala de Soluções.

O empenho dos presidentes de conselho e lideranças indígenas nas etapas locais e distritais.

Apoio Logístico.

Alimentação e hospedagem.

Empenho do Vigisus/**Funasa** na descentralização dos recursos.

6.2 Pontos negativos

Ausência de pessoas muito importantes durante o processo de organização.

Não participação da Funai.

Não disponibilização, em tempo hábil, dos materiais necessários para o acompanhamento das conferências distritais.

Complexidade do Programa de Relatoria do Datasus.

Falta de comunicação entre as comissões.

Não participação de alguns chefes de distritos sanitários indígenas e coordenadores regionais.

Respeito à diversidade cultural.

Falta de compromisso dos gestores municipais e estaduais na realização da Conferência.

Os presidentes dos conselhos distritais não terem sido delegados natos da Conferência Nacional.

Participação de pessoas convidadas pela **Funasa** que não tinham comprometimento com a saúde indígena nem com a Conferência.

A Funai encaminhou alguns Índios para a Conferência sem respeitar o processo de construção das etapas da Conferência, causando constrangimento para a Comissão Organizadora e para os povos indígenas.

Falta de compromisso do Ministério da Cultura em honrar o prometido para às atividades culturais da Conferência.

Espaço inadequado para discussão em grupo e plenária final.

Assistência Médica precária para os participantes da Conferência.

Brasília-DF, 14 de junho de 2006

Valdenir Andrade França

Representante dos indígenas na Cisi

Antônio Ricardo Domingos da Costa (Dourado)

Representante dos indígenas na Cisi

Alison dos Santos (Yssô Truká)

Representante dos indígenas no CNC

Clóvis Ambrósio

Presidente do Condisi – Leste de Roraima



Foto: Adriano Machado



7 ANEXOS

Anexo I

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

Portaria nº 963, de 23 de junho de 2005

Convoca a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de implementar a Política Nacional de Saúde Indígena, resolve:

Art. 1º Convocar a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a realizar-se no período de 28 a 31 de março de 2006, precedida da etapa local a ser realizada até o dia 30 de outubro de 2005, e da etapa distrital a ser realizada até o dia 31 de dezembro de 2005.

§ 1º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como tema central: “Distrito sanitário especial indígena: território de produção de saúde, proteção e valorização das tradições”.

§ 2º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo, pelo Presidente da Fundação Nacional de Saúde ou pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

§ 3º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será coordenada pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 2º A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com as seguintes Comissões:

I - Comissão Executiva;

II - Comissão Organizadora;

III - Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura; e

IV - Comissão de Relatoria.

§ 1º A Comissão Executiva será composta de 4 (quatro) membros, sendo:

I - um Coordenador-Geral;

II - um Coordenador Adjunto;

III - um Secretário-Geral; e

IV - um Secretário-Geral Adjunto.

§ 2º A Comissão Executiva contará com suporte técnico, financeiro e administrativo do Ministério da Saúde para a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

§ 3º A Comissão Organizadora será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, de forma paritária, composta de 20 (vinte) representantes.

§ 4º As Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura serão indicadas, de forma paritária, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, cujos integrantes podem ou não ser conselheiros:

I - Comissão de Comunicação com quatro integrantes; e

II - Comissão de Infra-Estrutura com quatro integrantes.

§ 5º A Comissão de Relatoria, composta de 17 (dezesete) integrantes, será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, considerando que:

I - o relator-geral e o relator-adjunto serão conselheiros; e

II - os 15 (quinze) demais relatores poderão ou não ser conselheiros.

Art. 3º O Plenário do Conselho Nacional de Saúde terá como atribuições principais:

I - deliberar sobre todas as questões pertinentes à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;

II - promover e supervisionar a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em todas as etapas de realização, observando os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros; e

III - indicar os membros da Comissão Organizadora, das Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura e da Comissão de Relatoria, garantindo, em cada uma dessas comissões, a participação indígena no segmento de usuários.

Art. 4º As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena correrão por conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde, observando o seguinte:

I - o Ministério da Saúde arcará com as despesas de hospedagem dos usuários e trabalhadores de saúde e com as despesas de alimentação de todos os delegados; e

II - as despesas com o deslocamento dos delegados Distritais dos seus distritos de origem até Brasília, serão de

responsabilidade da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde e da respectiva chefia do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Art . 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

Anexo II

Demonstrativo das etapas e custos da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Apresentação

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), convocada pela Portaria Ministerial nº. 963, de 23 de julho de 2005, publicada no *Diário Oficial* da União nº. 120, de 24 de junho de 2005, é parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

A 4ª Cnsi ocorreu no período de 27 a 31 de março de 2006, na Pousada do Rio Quente, localizada no município de Rio Quente/GO e teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas com controle social.

O tema central da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: “Distrito sanitário especial indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à saúde; II. Controle social e gestão participativa; III. Desafios indígenas atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

A **Funasa**, como órgão executor da saúde indígena, foi responsável pela realização da Conferência. O Diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai), José Maria de França, foi o coordenador geral e contou com o apoio técnico e financeiro do Projeto Vigisus II e do Ministério da Saúde, assim como de outras instituições parceiras.

Este anexo registra informações relativas ao processo de organização e realização da 4ª CNSI, atividade presente no Plano Operacional do Projeto Vigisus II, no Componente II – Saúde Indígena, Subcomponente I – Fortalecimento Institucional/Modelo de Gestão, nas ações: apoio à preparação local e macrorregional da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e apoio à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

1. Etapas da 4ª CNSI

I Etapa Local – até 30 de outubro de 2005.

a. 206 conferências locais de saúde indígena.

b. 12.000 participantes, aproximadamente.

II Etapa Distrital – até 31 de dezembro de 2005 (prazo estendido pela Comissão Organizadora para fevereiro de 2006).

a. 34 conferências distritais de saúde indígena.

b. 5.000 participantes.

III Etapa Nacional – de 27 a 31 de março de 2006.

a. 1.228 participantes.

2. Comissões

A Organização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contou com as seguintes comissões:

I. Comissão Organizadora;

II. Comissão de Relatoria;

III. Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura, e

IV. Comissão Executiva.

O Diretor do Desai, coordenador-geral da Conferência, criou um Grupo Estratégico de apoio à organização e realização da 4ª CNSI, cabendo a este a articulação e integração entre os setores do Departamento de Saúde Indígena (Desai), a Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e a Comissão Organizadora.

3. Documentos

Documentos que orientaram a organização e realização da Conferência:

Regimento: trata da natureza e finalidade, da realização, do temário, do funcionamento, da estrutura e composição da comissão organizadora, das atribuições, das comissões, da etapa nacional, da plenária final, da programação, dos recursos e de disposições gerais.

Regulamento: a proposta de regulamento tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e foi apresentado à plenária da Conferência para votação.

Documento Base: o texto oferece subsídios para a discussão nas conferências locais e distritais de saúde indígena.

Relatório Consolidado das conferências distritais: neste documento está contida a síntese das propostas das conferências distritais, que orientaram as discussões e votações nas plenárias.

O GT e a Comissão de Relatoria elaboraram os seguintes documentos orientadores para os Dseis:

Documento orientador para organização das conferências distritais de saúde indígena: documento elaborado pela **Funasa** para orientar a realização das 34 conferências distritais.

Orientações para Relatores das conferências distritais de saúde indígena. Este documento orientou a formatação do relatório final da conferência distrital e os prazos e formas de envio para a comissão organizadora.

4. Conferências locais e distritais

Os recursos financeiros para realização das conferências foram descentralizados pelo Projeto Vigisus II / **Funasa** para as coordenações regionais da **Funasa**, Core. A realização das etapas locais e distritais ficou sob responsabilidade da Core e do Dsei.

5. Etapa Nacional - participantes

O cadastro da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contou com 1.638 inscritos, incluindo os 236 suplentes. Durante a Conferência foram credenciados 1.228 participantes.

Quadro de participantes, por perfil

Perfil	Nº	%
Delegados	800	65,15
Convidados	88	7,17
Apoio Técnico	187	15,23
Outros	153	12,46
TOTAL	1.228	100,00

Quadro de participantes, por perfil

Perfil	Nº
Delegados eleitos titular	645
Delegados Suplentes	51
Delegados Indicado titular	104
Convidados	81
Convidados Internacionais	7
Comissões	31
Coordenação Geral	4
Equipes de Apoio	130
Relatores	22
Motorista	1
Acompanhante de Pessoa com Deficiência	1
Tradutores	5
Painelista/Expositor (a)	10
Coordenadores de Plenária Temática	3
Homenageados	4
Representantes de ministérios	3
Outros participantes	26
Não Identificado	10
Subtotal participantes	1138
Apresentação artística	71
Expositores de <i>stand</i>	10
Imprensa	9
Total Geral	1228

Delegados, segundo perfil e representação

Perfil/ Representação	Gestor / Prestador de serviço	Profissional de saúde	Usuário	Total
Delegado eleito titular	128	174	343	645
Delegado Suplente	11	15	25	51
Delegado indicado titular	26	30	48	104
TOTAL	165	219	416	800

Figura I – Distribuição de delegados segundo representação

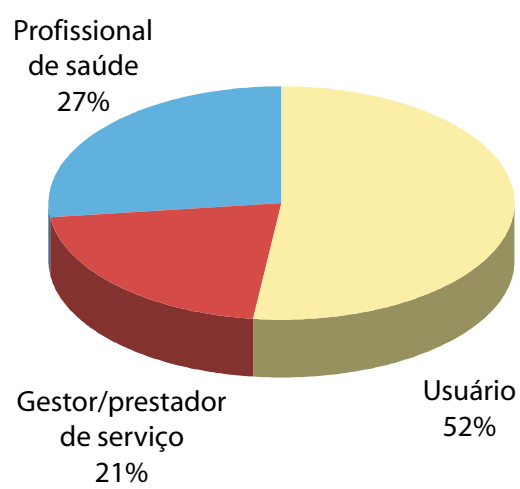
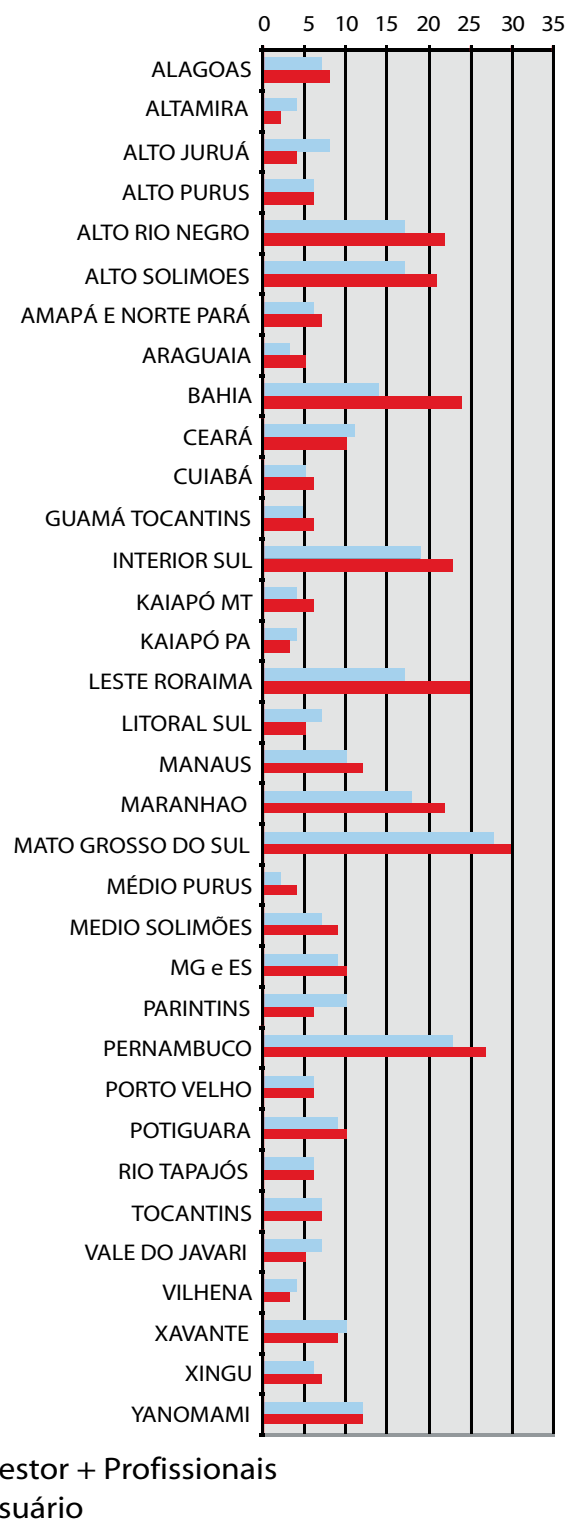


Figura II – Distribuição de delegados por DSEI e representação



Delegados por região

Região	Nº delegados Eleitos	%	Nº delegados indicados	%	Nº total de delegados	% por região
Região Norte	321	46,12	25	24,04	346	43,25
Centro-Oeste	111	15,95	52	50,00	163	20,375
Nordeste	191	27,44	14	13,46	205	25,625
Sudeste e Sul	73	10,49	13	12,50	86	10,75
Total	696	100	104	100	800	100

6. Propostas aprovadas nas conferências distritais e propostas discutidas na Conferência Nacional, por eixo e subeixo:

Eixos	Nº de propostas das conferências distritais	Nº de propostas da etapa nacional
I. Direito à saúde:	1773	147
a) Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena;	565	26
b) Organização da Atenção à Saúde;	684	79
c) Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde;	399	27
d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira.	125	15
II. Controle social e gestão participativa:	885	136
a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena;	402	54

(Continua)

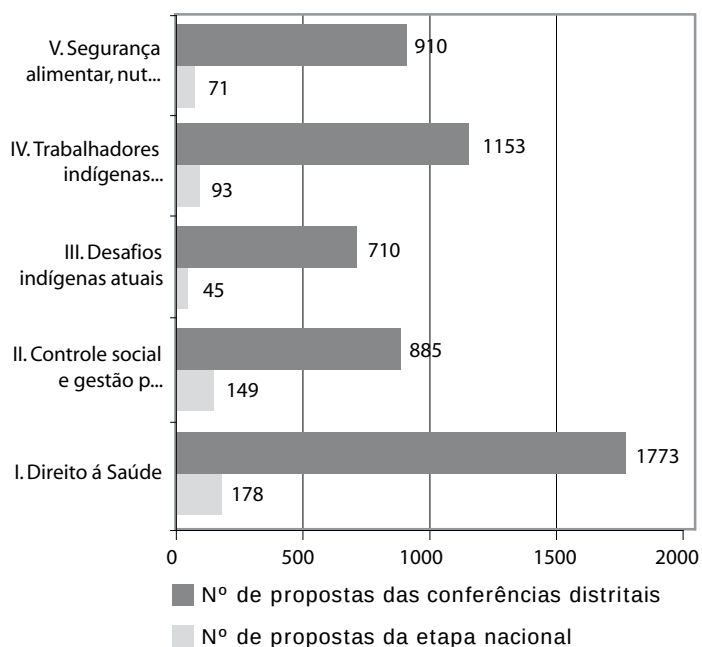
Eixos	Nº de propostas das conferências distritais	Nº de propostas da etapa nacional
b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal;	180	35
c) Capacitação continuada de conselheiros;	137	21
d) Modelos de Gestão Participativa.	166	26
III. Desafios indígenas atuais:	710	39
a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento;	246	11
b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde;	114	09
c) Respeito às práticas tradicionais de cura e autocuidado; e	209	16
d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas.	141	3
IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde:	1153	90
a) Avaliação do processo de formação de agentes indígenas de saúde e agente indígena de Saneamento;	276	13
b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena;	154	10
c) Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígenas;	147	14
d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígena;	344	34
e) Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena.	232	19

(Continua)

Eixos	Nº de propostas das conferências distritais	Nº de propostas da etapa nacional
V. segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável:	910	67
a) Avaliação da demarcação, homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas - condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas;	313	15
b) Estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas;	200	21
c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas;	148	22
d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas - pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas;	154	6
e) Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros.	95	3
Total de propostas	5.431	479

(Finalização)

Figura III – Propostas aprovadas nas conferências distritais e propostas discutidas na Conferência Nacional



7. Orçamento.

O quadro abaixo apresenta os valores orçamentários programados para realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Atividade	Fonte	Orçamento programado R\$
2.1.40 - Apoio logístico para reuniões comunitárias, dos conselhos locais e distritais.	Vigisus II	5.309,94
2.1.42 - Encontros de presidentes dos conselhos distritais sobre avaliação do processo de controle social.	Vigisus II	20.034,79
2.1.90 - Apoio à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.	Vigisus II	258.187,36

(Continua)

Atividade	Fonte	Orçamento Programado R\$
- Apoio ao deslocamento Regional (dentro do estado, de uma localidade/aldeia até o embarque para Brasília ou São Paulo)	Funasa	511.235,30
2.1.89 - Apoio à preparação local e distrital da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2005. (Realização das conferências locais e distritais, incluindo deslocamento, hospedagem, alimentação, equipamentos, espaço físico, material de consumo, camisetas, pastas, para uma média de 17.000 participantes)	Vigisus II	291,70 (per capita)
- Deslocamento de 902 pessoas, incluindo delegados, palestrantes e convidados para a etapa nacional - passagens aéreas, fretes de Brasília ou São Paulo até Rio Quente/GO.	Vigisus II	1.730,45 (per capita)
- Contrato Aplauso Eventos (hospedagem, café da manhã, almoço, jantar, lanche, apoio logístico, infra-estrutura de montagem, desmontagem, instalações de telecomunicações, eletricidade, recepcionistas, digitadores, segurança, deslocamento aeroporto-pousada e o retorno, tradutores e intérpretes, cerimonial, serviços gerais, assessoria de imprensa, criação de arte e peças promocionais, serviços de foto-filmagem, atividades do projeto cultural e a utilização dos espaços e equipamentos necessários ao evento). Total de participantes na etapa nacional: 1.228 pessoas	Funasa	2.661,24 (per capita)
Total (18.228 pessoas, incluindo a participação nas etapas locais, distritais e nacional)		580,57 (per capita)

Anexo III

Presença dos delegados por etnia

Dos 800 delegados que participaram da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, 372 declaram a etnia no processo de credenciamento. Foram 125 etnias declaradas.

Etnia	Qtde	Etnia	Qtde	Etnia	Qtde
Amondawa	1	Panará	1	Tumbalala	2
Apalai	1	Paresi	1	Tuxá	2
Apinajé	1	Paumari	1	Waiãpi	2
Aranã	1	Piratapuia	1	Xacriaba	2
Arara	1	Raixana	1	Cambeba	3
Ashaninca	1	Rikbaktsa	1	Hexkaryana	3
Assurini	1	Sabanês	1	Kaiapó	3
Atikun	1	Suyá	1	Kaimbé	3
Bakairi	1	Tapirape	1	Kanamari	3
Caixara	1	Tariana	1	Kariri Xoco	3
Canela	1	Tarui	1	Kayapó	3
Dessano	1	Tenharim	1	Pankará	3
Funiô	1	Tiriyo	1	Pataxó Hãhãhãe	3
Jeripankô	1	Traiva	1	Wapichama	3
Guató	1	Trumai Suyá	1	Xerente	3
Ikpeng	1	Tupari	1	Baniwa	4
Irantxe	1	Tupinikim	1	Mayuruna	4
Jauro Verde	1	Wanadeu Tedewa	1	Tupinambá	4
Jenipapo-Kanindé	1	Wassu Cocal	1	Wai Wai	4
Jeripankô	1	Werekena	1	Apurinã	5
Jeromitxi	1	Xoco	1	Mura	5
Kadiweu	1	Xokleng	1	Truká	5
Kaiabi	1	Yawanawa	1	Kocama	6
Kakama	1	Ye' Kuana	1	Pataxó	6
Kalanko	1	Arapaço	2	Tapeba	6
Kamassury	1	Galiby Kalinã	2	Tukano	6
Kambiwá	1	Gavião	2	Ianomâmi	7

(Continua)

Etnia	Qtde	Etnia	Qtde	Etnia	Qtde
Kamiuré	1	Guarani Kaiwa	2	Baré	8
Kapinawa	1	Kamaiura	2	Pankararu	8
Karapoto	1	Karipuna	2	Sateré Mawé	8
Kaxixé	1	Katukina	2	Xucuru	8
Koripako	1	Kaxinawá	2	Karajá	9
Kuikuro	1	Kayabi	2	Munduruku	9
Kulina	1	Macusa	2	Kaingang	12
Manxinery	1	Marúbo	2	Guajajara	13
Marusá	1	Oro	2	Macuxi	13
Matis	1	Pipipau	2	Xavante	13
Maxakali	1	Pituary	2	Potiguara	14
Mocaliu	1	Taurepang	2	Terena	15
Nambkware	1	Tembé	2	Guarani	16
Nukuri	1	Timbira	2	Ticuna	21
Palikur	1	Trenembé	2		

(Finalização)

ANEXO IV

Programação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Dia 27 de março de 2006

Credenciamento

– Cerimônia de Abertura da 4ª CNSI

José Saraiva Felipe - Ministro de Estado da Saúde do Brasil.

Paulo Lustosa - Presidente da Fundação Nacional de Saúde.

José Maria França - Diretor do Departamento de Saúde Indígena da **Funasa**/Coordenador da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Eliomar Medeiros de Lima - Diretor do Departamento de

Serviços de Inclusão Digital da Secretaria de Telecomunicações
– Ministério das Comunicações.

Antônio Mendonça - Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Goiás.

Luiz Soares - Diretor Administrativo do Conasems.

Ana Costa - Coordenadora de Saúde da Fundação Nacional do Índio (Funai).

Benevides Mamede Júnior - Secretário Executivo da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Rivalino de Oliveira Alves - Prefeito Municipal de Rio Quente.

José Marcos de Oliveira - representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

Carmem Pankararu – Coordenadora do Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Dom Thomas Balduino – Comissão Pastoral da Terra – CPT/ CNBB.

- Cerimônia de acolhida das delegações dos distritos sanitários especiais indígenas – Apresentação de artesanato símbolo representando cada delegação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

- Homenagem a indígenas e não indígenas que contribuíram e contribuem na defesa do direito dos povos indígenas, de acordo com os temas: violência, resistência, luta da mulher indígena, luta pela terra, parlamentares, cidadãos solidários à luta indígena, construção de um sonho: implantação do Subsistema de Saúde Indígena, participação social, envelhecer com dignidade, juventude determinando suas histórias de vida.

- Benzimento de abertura da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, pelas etnias Pankararu e Xucuru

Dia 28 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Festa da Mandioca – Etnia Kaiapó
– Mato Grosso

– Poesia: “Minha Comparação” com José Ângelo Nambiquara
– Mato Grosso

Aprovação do Regulamento da 4ª CNSI

Mesa-redonda 1 – Tema: Direito à Saúde

Coordenação: Jacinta Sena - Ministério da Saúde

- Débora Duprat - 6ª Câmara de Coordenação e Revisão/
Comunidades Indígenas e Minorias/Ministério Público –
representando os gestores

- Douglas Rodrigues – Universidade de São Paulo / Unifesp
– representando os prestadores de serviço

- Cibele Verani – Representante do Fórum das Entidades
Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde.

- Ailson dos Santos (Yssor Truká) – Representando os usuários

Relatoria: Severino Ramos

Mesa-redonda 2 – Tema: Controle social e gestão
participativa

- Raimundo Alves Costa – Representante do Conselho
Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

- Jecinaldo Barbosa Cabral – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia – Coiab – Segmento dos Prestadores de Serviço.

- Ana Lúcia Jezuino – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Lúcio Antônio Alves Ferreira – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- José Ângelo Nambiquara – Representando os usuários

Atividades Culturais – Dança Moça Nova – Etnia Ticuna - RR

- Caxiri na Cuia – Grupo de Forró – Etnia Ticuna - RR

Dia 29 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Toré – Etnia Tremembé - CE

– Poesia – Dança Torywa – Etnia Anharim - RO

- Música Txiriti – Etnia Catuquina - AC

- Dança Toré - Pankararu, Xucuru, Tapeba, Pataxó – Região Nordeste.

Mesa temática 3 – Desafios indígenas atuais

Coordenação: Antônio Ricardo Dourado Tapeba – Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena

- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

- Ana Costa – Fundação Nacional do Índio (Funai)

- Lúcio Antônio Alves Ferreira – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Carmem Pankararu – Representando os usuários.

Relatoria: Suzana Grilo

Mesa temática 4 – Trabalhadores Indígenas e não-indígenas em saúde

Coordenação: Kleber Gesteira – Ministério da Educação

- Sofia Mendonça - Universidade de São Paulo/Unifesp
– Representando os prestadores de serviço.

- Paulo Daniel – Conselho Indígena de Roraima – CIR.

- Osnália Ribeiro de Almeida - Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Maria Elenir Coroaia – Representando os usuários.

Relatoria: Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Mesa temática 5 – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável

Coordenação: Zilda Arns – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde

- Marco Aurélio Loureiro – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- Flávio Valente – Membro do Comitê Permanente de Nutrição da Organização das Nações Unidas.

- Sílvia Ângelo Gugelmin – Representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas).

- Juvêncio da Silva Cardoso – Representando os usuários.

Relatoria: Aline Caldas

Mostra de Cinema Indígena

Dia 30 de março de 2006

Atividade cultural – Dança Parichara – Etnia Wapixana-RR

- Dança da Taquara – Kamaiurá - MT.

Plenárias Temáticas

Festa com DJ Richard (tradutor Yanomami) - RR

Dia 31 de março de 2006

Ritual de benzimento – Dança Kanamary – Etnia
Kanamary - AM

Dança – Cariçu– Etnia Baré – AM

Plenária Final

Anexo V

Conferências distritais de saúde indígena				
Nº	DSEI	Início	Término	Localidade
1	Xingu - MT	16/11/2005	18/11/2005	Parque Indígena do Xingu
2	Bahia - BA	22/11/2005	24/11/2005	Salvador-BA
3	Vilhena - RO	6/12/2005	8/12/2005	Cacoal
4	Médio Rio Purus - AM	6/12/2005	9/12/2005	Aldeia Nova Esperança
5	Vale do Javari - AM	8/12/2005	11/12/2005	Atalaia do Norte
6	Amapá - AP	16/12/2005	18/12/2005	Macapá-AP
7	Kaiapó / Colider - MT	12/12/2005	14/12/2005	Colider-MT
8	Porto Velho - RO	12/12/2005	16/12/2005	Ji-Paraná
9	Parintins - AM	12/12/2005	15/12/2005	Parintins-AM
10	Alto Rio Juruá - AC	13/12/2005	15/12/2005	Cruzeiro do Sul
11	Leste de Roraima - RR	13/12/2005	16/12/2005	Boa Vista-RR
12	Manaus - AM	13/12/2005	16/12/2005	Manaus
13	Alto Rio Purus- AC	13/12/2005	15/12/2005	Rio Branco
14	Rio Tapajós- PA	13/12/2005	15/12/2005	Jacareacanga
15	Tocantins - TO	13/12/2005	16/12/2005	Palmas

(Continua)

Conferências distritais de saúde indígena					
Nº	DSEI	Início	Término	Localidade	
16	Interior Sul - SC	13/12/2005	17/12/2005	Curitiba - PR	
17	Litoral Sul - PR	13/12/2005	17/12/2005	Curitiba - PR	
18	Mato Grosso do Sul - MS	19/12/2005	21/12/2005	Campo Grande	
19	Altamira - PA	15/12/2005	17/12/2005	Altamira-PA	
20	Alto Rio Solimões - AM	15/12/2005	17/12/2005	Tabatinga	
21	Cuiabá - MT	15/12/2005	20/12/2005	Cuiabá	
22	Xavante - MT	15/12/2005	16/12/2005	Barra do Garça	
23	Potyguara - PB	16/12/2005	18/12/2005	João Pessoa	
24	Pernambuco - PE	18/12/2005	20/12/2005	Caruaru-PE	
25	Minas Gerais e ES	19/12/2005	22/12/2005	Belo Horizonte	
26	Kaiapó/Redenção - PA	19/12/2005	20/12/2005	Redenção-PA	
27	Alto Rio Negro - AM	10/1/2006	12/1/2006	São Gabriel-AM	
28	Yanomami - RR	10/1/2006	12/1/2006	Boa Vista - RR	
29	Guamá-Tocantins - PA	16/1/2006	20/1/2006	Belém-PA	
30	Araguaia - TO	17/1/2006	20/1/2006	São Felix-MT	
31	Ceará - CE	18/1/2006	20/1/2006	Ceará	
32	Alagoas/Sergipe	1/2/2006	3/2/2006	Maceió-AL	
33	Maranhão - MA	6/2/2006	7/2/2006	São Luis - MA	
34	Médio Rio Solimões - AM	22/2/2006	24/2/2006	Tefé	

(Finalização)

COMISSÕES DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

I. Comissão Executiva

1. José Maria de França – **Funasa** – Coordenador Geral (Gestor)
2. Raimunda Nonata Carlos Ferreira – **Funasa** – Coordenador Adjunto (Gestor)
3. Joaquim Alves Barros Neto – Fiocruz – Secretário-Geral (Trabalhador de Saúde)
4. Edemilson Canale – Secretário Adjunto (Usuário indígena)

II. Comissão Organizadora

1. Edmilson Canale (Usuário indígena)
2. José Ângelo Nambiquara (Usuário indígena)
3. Felipe Brissuela (Usuário indígena)
4. Clóvis Ambrósio (Usuário indígena)
5. Carmem Pankararu (Usuária indígena)
6. Hilário Silva (Usuário indígena)
7. Conselheiro Ary Paliano (Usuário indígena)
8. Conselheira Etelvina G. Santana (Usuária indígena)
9. Conselheiro Clóvis A. Bouffleur (Usuário)
10. Conselheiro Luiz Augusto A. Martins (Usuário)

11. Ana Lúcia Jesuíno (Trabalhadora de Saúde)
12. Joaquim Alves Barros Neto (Trabalhador de Saúde)
13. Conselheira Noemy Tomita (Trabalhador de Saúde)
14. Paulo Capel Narvai (Trabalhadora de Saúde)
15. José Odair Ferrari (Trabalhador de Saúde)
16. Raimunda Nonata Carlos Ferreira – **Funasa** (Gestora)
17. Ana Costa – Funai (Gestora) - Titular
18. Ana Lúcia da Silva Ferreira – Conass (Gestora)
19. Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde
20. Rosemeire Carvalho de Melo - Conasems - Titular

III. Comissão de Relatoria

1. Conselheiro Artur Custódio de Sousa - Relator-Geral (Usuário)
2. Conselheira Maria Leda de Resende Dantas - Relatora-Adjunta (Usuária)
3. Maria Elenir Coroaia (Usuária indígena)
4. Luis Eduardo Lopes Albuquerque (Trabalhador de Saúde)
5. Marcos Siqueira Cortez (Trabalhador de Saúde)
6. Luciene Bastos Magalhães (Trabalhadora de Saúde)
7. Marcos A. Campo (Usuário Indígena)

8. Hilário da Silva (Usuário Indígena)
9. Ailson dos Santos (Usuário Indígena)
10. Renata Gerard Bondim – MEC (Gestora)
11. Maria Francisca Brita (Usuária)
12. Socorro Paiva (Usuária)
13. Willer Alves Reis (Usuário)
14. Gilson Silva (Usuário)
15. Sérgio Augusto Alves de Oliveira (Usuário)
16. Teresa Garcia (Trabalhadora de Saúde)
17. Luciana Benevides - **Funasa** (Gestora)
18. Roberto Carlos Oliveira – **Funasa** (Gestor)
19. Flávio Ricardo Liberali Magajewski – Conass (Gestor)
20. Rosemeire Carvalho de Melo – Conasems

IV. Comissões Especiais

A) Comissão de Comunicação

1. Valdeni Andrade França (Usuário)
2. Miriam Oliveira de Andrade (Trabalhadora de Saúde)
3. Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas – MEC (Gestor)
4. Conselheira Maria Theresa Almeida Antunes (Usuária)

5. Conselheiro José Marcos de Oliveira (Usuário)

6. Conselheira Geusa Dantas Lélis (Trabalhadora de Saúde)

B) Comissão de Infra-Estrutura

1. Irenildo Cassiano Gomes (Usuário indígena)

2. Midas Oliveira – (Usuário indígena)

3. Maximiliano Correia Menezes (Usuário)

4. Ademir Gudrin (Gestor)

5. Denílson Ferreira de Magalhães - (Trabalhador de Saúde)

6. Conselheira Maria Irene Monteiro Magalhães (Usuária)

Grupo estratégico de apoio à organização da 4ª CNSI

Ademir Gudrin; Ana Maria de Souza; Anderson Pereira Sousa; Andréia Vilarindo Couto; Antônia Maria Pereira; Áurea Lopes; Áurea Maria da Silva Monteiro Fujisawa; Benedita Nilva de Queiroz Vanderlei; Caco Xavier; Célida Mendes; Denize Cândido Lentini; Dulcineide Dias França; Edemilson Canale; Elieide dos Santos J. Ávila; Hélio Vasconcelos; Helma Kátia da Silva; Irânia Marques; Janaína da Silva Costa Rodrigues; Josinete Marques; Juliana Lima; Leila Resende Castro Herculano; Lúcia Maria Paixão Aragão; Luciana Benevides; Maria do Carmo Andrade; Maria Elenir Neves Coroaia; Maria de Lourdes de Oliveira Rodrigues; Maria Fátima de Sousa; Marylene Rocha; Maria Olívia Gama Vidal; Raimunda Nonata Carlos Ferreira; Roberto Carlos de Oliveira; Rogério Leonardo Lima de Sousa; Sônia Maria Zanelato; Regina Gomes de Oliveira; Antônia Evanúzia Oliveira Silva; Alexandra Mulher da Silva; Ieda Alves Diniz; Ledi da Silva; Maeva Cristina da Silva Melo; Sirlene Calixto; Maíra Rebelo Nasser; Tatiane Cristina Xavier de Castro; Vítor Paranhos

Produção cultural

Eliane Brasileiro e Edson Menezes

Relatores de Síntese

Bernadeth de Lourdes Von Sohsten, Denize Lentinni, Maria Alice Fernandes Branco, Nara Carneiro Lacerda, Patrícia de Lima Torres, Pedro Alves Filho, Roberto Teixeira Lima, Severino Ramos de Lima, Wagner Francisco da Silva.

Relatores de Grupo

Aldacy de Sousa Xavier, Andre Quaresma de Souza, Ewerton Aires de Oliveira, Luciana Cortonesi, Luis Gustavo Antunes de Oliveira, Maria Paula Vanucci, Raphaela Ribeiro, Roberta Maria Amaral Lins, Tales Francisco Leonhardt Ferreira, Ana Angélica R. Menezes e Rocha

Contribuição para o texto final

Cibele Lins Barreto Verani

Conselho Nacional de Saúde

Conselheiros Titulares

Adelmir Araújo Santana, Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cibele Gueresi de Mello Osório, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gianni Franco Samaja, Gilca Ribeiro Starling Diniz, Gilson Cantarino O'dwyer, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Humberto Sérgio Costa Lima, Jesus Francisco Garcia, João Alceu Amoroso Lima, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, José Souza da Silva, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando Correa Silva, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de Resende Dantas, Maria Natividade G.S.T.Santana, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César Augusto de Souza, Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas de Oliveira, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, William Saad Hossne, Zilda Arns Neumann.

Conselheiros 1º Suplente

Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto, Maria Luiza Jaeger, Daniel Klüppel Carrara, Georgimar Martiniano de Sousa, André Luis Bonifácio de Carvalho, Jougla de Abreu Bezerra, Maria Júlia Reis Nogueira, Eleuses Vieira de Paiva, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Fernando Passos C. de Barros, Neimy Batista da Silva, Rosane Lowenthal, Jorge José Santos Pereira Solla, Júlia Maria dos Santos Roland, Almir Adir Gentil, Núncio Manalla, Marcelo Ávila da Rosa, Ary Paliano, Luiz Alberto Silva, Olympio Távora Derze Correa, Rogério Carvalho Santos, Lérida Maria dos Santos Vieira, Luiz Gonzaga Araújo, Geraldo Adão Santos, Marlene Terezinha Didonet, Paulo

Ernani Gadelha, Lílian Aliche, Oséas Florêncio Moura Filho, Maria Grícia de Lourdes Grossi, Rebeca Litvin, José Carrijo Brom, Vera Lúcia Marques Vita, Jacqueline Pitanguy, José Caetano Rodrigues, Marisa Fúria, Edmundo Ferreira Fontes, Marco Segre, Lirce Lamounier.

Conselheiros 2º suplentes

Rogério Tokarski, Manoel Renato Machado Filho, Renata Ramos Ribeiro, Margarida Maria Santana da Silva, Maria Inês Barbosa, José Oscar Miranda Pacheco, Izaac Fernandes, Gerônimo Paludo, Heder Murari Borba, Ciro Mortella, Lino Castellani Filho, Júlio Strubing Muller Neto, Noemy Yamaguishi Tomita, Artur Custódio Moreira de Sousa, Ana Lúcia Assad, Irineu Messias Araújo, Tito Olini, Valdir Santos de Lima, José Cláudio dos Santos, Etelvina C. Santana (Maninha Xucuru), Mário César Scheffer, José Luiz Spigolon, Geusa Dantas Lelis, Maria de Fátima Rodrigues Silva, Alcides dos Santos Ribeiro, Francisca Valda da Silva, Soraya Maria Vargas Cortes, Cleuza de Carvalho Miguel, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Suely de Oliveira, Miriam Regina Fagundes Salomão, Cássia Regina Zappellini de Souza, Oraida Maria de Abreu Gomes dos Santos, Mauro Fernando Schmidt, Maria Irene M. Magalhães, Fernando Luiz Eliotério, Clóvis A. Bouffleur.

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Eliane Aparecida da Cruz - Secretária Executiva

Alessandra Ximenes da Silva – Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde

Lúcia Maria Costa Figueiredo – Coordenadora da Equipe Técnica Normativa

Adalgiza Balsemão Araújo – Secretária de Relações Intersetoriais

Assessoria técnica

Maria Camila Borges Faccenda, Neide Rodrigues dos Santos

Comunicação e informação em saúde

Marionita Teixeira de Queiroz, Willian de Barreto Lima

Apoio

Caroline Coelho Miranda, Edsonia Silveira da Silva, Marimi Melo da Silva

Colaboração

Adalgiza Balsemão de Araújo, Ana Gabriela Nascimento Sena, Darcy de Oliveira Reis, Denise de Paula Cardoso, Gerson Lúcio Gomes Dumont, Gleisse de Castro Oliveira, Pérola de Jesus Santos Silva, Vânia Lúcia Ferreira Leite, Anderson Euripes Coutinho, Conceição de Maria Oliveira da Silva, Jaci de Jesus Santos Silva, Jannayna Martins Salles, José Maria do Amaral Sobreira Filho, Maicon Vinicius de Camargo, Maria Rita Rodrigues da Silva, Rosa Amélia Pereira Dias, Verônica Guedes Araújo, Wagner de Almeida Muniz.

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

Titulares

Ana Lucia Escobar, Ana Maria Costa, Antônio Ricardo Domingos da Costa (Dourado), Carla Costa Teixeira, José Ângelo Silveira Nambiquara Txyalikisu, Maria do Carmo Andrade da Silva (Carmem Pankararu), Raimunda Nonata Carlos Ferreira, Roberto Antonio Liebgott, Valdenir Andrade França, Zilda Arns Neumann, Ailson dos Santos (Yssô Truká)

Suplentes

Eliana Elizabeth Diehl, Roberto Lima Costa, Kamawayuri Leandro Marcelo Kamayurá, Carlos Guilherme Octaviano do Valle, Manoel Barbosa da Silva, Issaripe Lukukui Karaja, Roberto Guerrero Marques, Emerson Rubens Mesquita Almeida, Joaquim Ferreira Lima.

Carta de Brasília 2005

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS AMÉRICAS

O Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Panamericana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde convocaram a “Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas”, nos dias 7 a 9 do mês de novembro do ano de 2005, com o objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990.

Com base no debate e nas deliberações,

LEMBRAM

Que a Declaração de Caracas surgiu como resultado de uma análise crítica da situação da atenção em saúde mental nas Américas, que tornava imperiosa sua transformação;

Que a Declaração de Caracas considerou que a melhora da atenção era possível por meio da superação do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico e sua substituição por dispositivos comunitários de atenção, e por ações de defesa dos direitos humanos e inclusão social;

Que a Declaração de Caracas foi adotada por todos os países da Região das Américas;

RECONHECEM

Que se produziram no âmbito regional novos desenvolvimentos nos últimos 15 anos, os quais permitiram avanços na reestruturação da atenção psiquiátrica. As

Resoluções dos Conselhos Diretivos da OPAS em 1997 e 2001 constituem importantes reafirmações dos princípios da Declaração de Caracas;

Que os Estados Membros da OPAS proclamaram em setembro de 2005 a Declaração de Montevideu, que contém novas orientações sobre a Atenção Primária na Região;

Que a OMS desenvolveu princípios orientadores para avançar na reforma da atenção de saúde mental no âmbito global, os quais foram incluídos no Informe Mundial de Saúde Mental de 2001, bem como em outros programas e iniciativas.

CONSTATAM

Que os componentes essenciais da Declaração de Caracas vêm sendo implementados com êxito em numerosos países da Região;

Que existem valiosas experiências e lições aprendidas, tanto de êxitos como de obstáculos e dificuldades;

Que a Declaração de Caracas foi utilizada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, em alguns relatórios oficiais, para interpretação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;

Que existem experiências exitosas em alguns países que são de referência para a OMS, por transcender o âmbito regional, como é o caso da Reforma do Brasil, em relação à mobilização sociocultural, à redução significativa de leitos psiquiátricos e a criação de redes comunitárias de atenção; assim como o Chile, em relação à integração da saúde mental dentro das redes de serviços de saúde pública. Além disso, caberia destacar outros exemplos de relevância nacional, entre os quais se encontram a integração da saúde mental na Atenção Primária e o desenvolvimento de serviços de saúde mental infanto-juvenil em Cuba, a iniciativa do “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atenção em saúde mental”, que contempla prevenção, hospitalização breve e reintegração social, no México; os serviços de saúde mental sustentados com base em enfermeiras capacitadas, em Belize e Jamaica; a atenção a grupos vulneráveis em El Salvador, Guatemala e

Nicarágua, e o desenvolvimento de um sistema de saúde mental descentralizado no Panamá.

REAFIRMAM

A validade dos princípios orientadores assinalados na Declaração de Caracas, em relação a:

- Centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais;
- A necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos e garantam:
 - a. A adequada atenção integral e multidisciplinar das pessoas com transtornos mentais e em situações de crise, incluindo, quando seja necessário, a hospitalização em hospitais gerais,
 - b. Respostas que evitem o aparecimento de uma nova geração de pessoas afetadas por transtornos mentais de longa evolução, com incapacitação psicossocial e baixa autonomia,
 - c. Vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária, os quais devem ter alta capacidade resolutiva,
 - d. Participação de usuários e familiares no planejamento e implantação dos programas e serviços de saúde mental, ressaltando-se a importância da mobilização de todos os atores envolvidos,
- A pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais, a fim de melhorar o estado de saúde mental da população.

Entretanto, cabe assinalar que, se muito se conseguiu avançar, muito mais ainda tem que ser feito para cumprir as tarefas pendentes derivadas da Declaração de Caracas. Por exemplo, continua sendo excessivo o número de leitos em hospitais psiquiátricos, em contraste com o número muito escasso de serviços substitutivos

inseridos na comunidade. Além disto, a capacidade de registro e documentação, monitoramento e avaliação continua sendo insuficiente.

ADVERTEM

Que é necessário enfrentar novos desafios que se tornaram mais evidentes ao longo destes quinze anos:

1. A vulnerabilidade psicossocial (que inclui o problema das populações indígenas e os efeitos da urbanização desorganizada das grandes metrópoles) aumentou consideravelmente, e impõe novos desafios técnicos e culturais aos serviços de saúde mental, que, além disso, devem levar em conta a perspectiva de gênero.
2. A magnitude da morbidade e a problemática psicossocial da infância e adolescência que representam um desafio para a rede de serviços.
3. O aumento da reivindicação, por parte das comunidades, para dispor de efetivas medidas de prevenção da conduta suicida e do abuso do álcool.
4. O aumento das diferentes modalidades de violência, que exige uma participação ativa dos serviços de saúde mental, em especial a atenção às vítimas.

OS ORGANIZADORES DA CONFERÊNCIA DECIDEM JUNTAR ESFORÇOS COM A FINALIDADE DE:

1. Fazer gestões para promover a realização de uma Reunião Regional de Ministros da Saúde, que tenha como objetivo a formulação de um Plano de Ação Regional com metas definidas;
2. Defender, junto às autoridades nacionais, o argumento de que é necessário aumentar o financiamento em saúde mental, para enfrentar a dramática carga de morbidade e incapacidade gerada pelos transtornos mentais;

3. Mapear e documentar as experiências de atenção em saúde mental, com base em indicadores e padronizações comuns promovidos pela OPAS e OMS;
4. Promover a colaboração bi- e multilateral entre países para a implantação de serviços, a formação/capacitação e a pesquisa.

Como consequência,

CONVOCAM, a todos os atores envolvidos, para que continuem avançando com a implementação dos princípios éticos, políticos e técnicos da Declaração de Caracas.



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005



© Organización Mundial de la Salud 2002

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización se reserva todos los derechos. Sin embargo, el documento puede revisarse, resumirse, citarse, reproducirse o traducirse, en parte o en su totalidad, pero no puede venderse ni utilizarse con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados por los autores de este documento, son responsabilidad de los mismos.

Las designaciones empleadas y la presentación de material en mapas incluidos en este documento no significan la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud acerca del estado legal de cualquier país, territorio, ciudad o área de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas representan las líneas fronterizas aproximadas que puede que todavía no estén totalmente acordadas.

Diseño y disposición Renata Kerr Design

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra



Ésta es la primera estrategia global sobre medicina tradicional de la OMS, la cual se ha realizado tras amplias consultas. Sin embargo, dada la diversidad regional en el uso y función de la medicina tradicional, incluyendo la medicina complementaria y alternativa, es posible que sean necesarias algunas modificaciones a fin de tener en cuenta las variaciones regionales. Asimismo, debe tenerse en cuenta que existen dificultades a la hora de definir la terminología precisa para describir sus terapias y productos. La validez de los datos asociados es también problemática. Las metodologías utilizadas para la recogida de datos no son comparables y los parámetros no están claramente determinados. El equipo de medicina tradicional de la Sede Central de la OMS, tendrá mucho gusto en recibir cualquier comentario sobre los datos comprendidos en esta estrategia. Deberán enviarse al Dr. Xiaorui Zhang, Acting Team Coordinator, Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Suiza o enviarse por correo electrónico a: zhangx@who.int

Índice

Agradecimientos	v
Siglas, abreviaturas y regiones OMS	vii
Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005	1
¿Qué es la medicina tradicional?	1
Amplitud y uso creciente	1
¿Por qué un uso tan amplio?	2
Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado	2
Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA	3
El papel actual de la OMS	5
Marco de trabajo para actuar	5
Implantación de la estrategia	6
1. Perspectiva global	7
1.1 ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica	7
1.2 Amplio uso y atractivo	9
1.3 Gasto	12
1.4 Contabilidad de uso y aumento del interés	13
1.5 Reacción ante la popularidad de la MT/MCA	15
2. Retos	21
2.1 ¿Qué se necesita hacer?	22
2.2 Políticas nacionales y marco de trabajo legal	22
2.3 Seguridad, eficacia y calidad	23
2.4 Acceso	27
2.5 Uso racional	28

3. El papel actual de la OMS	31
3.1 Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales.....	31
3.2 Asegurar un uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional	33
3.3 Aumento del acceso a información sobre la MT/MCA	35
4. Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional	39
4.1 Agencias de la ONU	39
4.2 Organizaciones internacionales	41
4.3 Organizaciones no gubernamentales	43
4.4 Asociaciones profesionales internacionales	44
4.5 Asociaciones profesionales internacionales y nacionales	45
4.6 Iniciativas específicas	45
5. Estrategia y plan de acción 2002–2005	47
5.1 Política: Integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales sobre MT/MCA	49
5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Promoviendo la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando los conocimientos básicos sobre la MT/MCA y ofreciendo orientación sobre las pautas legislativas y de calidad	50
5.3 Acceso: Aumentando la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, enfaticando el acceso de las poblaciones más pobres	51
5.4 Uso racional: Promocionando el uso terapéuticamente sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores	52
Anexo 1: Lista de centros de medicina tradicional que colaboran con la OMS	53
Anexo 2: Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional	55
Política nacional y supervisión	55
Calidad, seguridad y eficacia	56
Uso racional	57
Centros de Medicina tradicional que colaboran con la OMS	58
Referencias.....	59
Índice	63



Agradecimientos

E

sta estrategia ha sido desarrollada por la Sede Central de la OMS y por el personal de las oficinas regionales e la OMS que trabajan en el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica, en colaboración con el personal de otros programas de la OMS, además de asociados clave de desarrollo. Posteriormente, se concretó con representantes de los Estados Miembro, la gran familia de la ONU, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones internacionales, Centros colaboradores con la OMS sobre medicina tradicional y comités expertos de la OMS.

Comprende trabajos por país, región, inter-regionales y globales y se ha afianzado a partir de los debates celebrados durante la consulta sobre metodologías para la investigación y valoración de la medicina tradicional de la OMS (11–14 de abril de 2000) a la que acudieron expertos en medicina tradicional además del personal de la sede central y sedes regionales de la OMS que han trabajado en medicina tradicional. A la reunión le siguieron una serie de conferencias entre las sedes central y regionales de la OMS, además de conferencias con Estados Miembro y socios de la ONU, a fin de revisar los borradores de la *estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales 2002–2005*.

La OMS agradece la participación y los comentarios constructivos recibidos de los miembros de la amplia familia de medicinas globales, entre los que se incluyen:

Estados Miembro: Alemania (K. Keller), Armenia (H. Gabrielyan), Australia (G. Morrison),

Bélgica (J. Laruelle), Canadá (Y. Bergevin, P. Chan), China (M. Chan, T. Leung, L. Peilong), Dinamarca (P. Rockhold), Estados Unidos (B. Clay, L. Vogel), Ghana (E. Mensah), Holanda (M. ten Ham), India (S. Chandra), Indonesia (K. Ritiasa), Irán (M. Cheraghali), Italia (P. Procacci), Japón (A. Yokomaku), Nigeria (T. Fakeye), Noruega (O. Christiansen, E. Salvesen), Pakistán (I. Chowdhary), Reino Unido (J. Lambert), República de Corea (H. W. Han), Suecia (A. Nordström), Tailandia (M.N. Songkhla), Vietnam (L. Van Truyen), Zimbabwe (L. Matondo).

Otras agencias de la ONU y agencias

multilaterales: Comisión Europea (L. Fransen), ONUSIDA (J. Perriens), PNUD (M. Bali), UNESCO (M-F. Roudil), OMPI (S. Bhatti), Banco Mundial (R. Govindaraj).

Organizaciones y fundaciones no gubernamentales:

Fundación Ford (V. Davis Floyd), Organización Islámica para las Ciencias Médicas (A. Awady), Fundación John D. y Catherine T. MacArthur (D. Martin), Fundación Rockefeller (A. So), WSMI (H. Cranz, J. Reinstein), Fundación Li Ka Shing (K. Lo).

Centros de medicina tradicional que

colaboran con la OMS: Centro Nacional de Medicinas Complementarias y Alternativas, Bethesda (N. Hazleton), Universidad de Illinois en Chicago, Chicago (N. Farnsworth).

Comités y juntas de expertos de la OMS:

F. Takaku, D. Jamison.

Sedes regionales de la OMS: AFRO (O. Kasilo, E. Samba), AMRO/PAHO (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuña, J. C. Silva),

EMRO (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih), EURO (M. Danzon, K. De Joncheere), SEARO (P. Abeykoon, U. M. Rafei, K. Shein), WPRO (K. Chen, S. Omi).

Sede central de la OMS (Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica):

G. Baghdadi, A. Creese, J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

Sede central de la OMS (otros programas):

O.B.R. Adams (EIP/OSD), A.D.A.S. Alwan (NMH/MNC), A. Asamoah-Baah (EGB), R. Bengoa (NMH/CCH), J. Cai (WKC), J. Frenk (EIP),

D. Heymann (CDS), Y. Kawaguchi (WKC), B. Kean (EGB/ECP), A. Kern (GMG), M. T. Mbizvo (FCH/RHR), A. Mboi (FCH/WMH), D. Nabarro (DGO), B. Saraceno (NMH/MSD), Y. Suzuki (HTP), D. Tarantola (Asesor Superior de Política), T. Türmen (FCH), E. M. Wallstam (SDE/HSD), D. Yach (NMH).

T. Falkenberg, J. Sawyer y X. Zhang elaboraron el borrador de la estrategia y J. Graham, J.D. Quick, J. Sawyer, P. Thorpe, D. Whitney y X. Zhang llevaron a cabo la revisión y la edición. V.A. Lee e Y. Maruyama proporcionaron apoyo secretarial.



Síglas, abreviaturas y regiones OMS

AEEM	Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos
AFRO	Oficina Regional de la OMS para África (véase a continuación Estados Miembro)
AMRO/PAHO	Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (véase a continuación Estados Miembro)
CDS	Grupo de enfermedades comunicables
DGO	Oficina del Director General
EGB	Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno
EGB/DCP	Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno/Departamento de Cooperación y Asociación Externa
EIP	Evidencia e Información para el Grupo de Política
EIP/OSD	Evidencia e Información para el Grupo de Política/Departamento de Organización para el Aporte de Servicios Sanitarios
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Este (véase a continuación Estados Miembro)
EURO	Oficina Regional de la OMS para Europa (véase a continuación Estados Miembro)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FCH	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria
FCH/RHR	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
FCH/WMH	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud para la Mujer
GMG	Grupo Directivo General
HTP	Grupo de Tecnología Sanitaria y Farmacéutica
MA	Medicina alopática
MCA	Medicina complementaria y alternativa
MT	Medicina tradicional
MTC	Medicina tradicional china
NCCAM	Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (EE UU)
NMH	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental
NMH/CCH	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de sanidad
NMH/MNC	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de gestión de enfermedades no comunicables
NMH/MSD	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de salud mental y dependencia de sustancias
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental

ONU	Naciones Unidas
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas contra VIH/SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RHR/TSC	Departamento de salud reproductiva e investigación/Apoyo técnico a países (parte del Grupo de salud familiar y comunitaria)
SDE/HSD	Grupo de desarrollo sostenible y entornos sanitarios/Departamento de sanidad en desarrollo sostenible
SEARO	Oficina regional de la OMS para el Sudeste asiático(véase a continuación estados miembro)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WKC	Centro de las OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe, Japón)
WPRO	Oficina regional de la OMS para el Pacífico Occidental (véase a continuación estados miembro)
WSMI	Industria Mundial de la Automedicación

Estados Miembro africanos de la OMS: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Comoros, Congo, Costa de Marfil, Chad, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Central Africana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Estados Miembro de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, Lucía, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Santa , Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Estados Miembro del Mediterráneo Este de la OMS: Afganistán, Arabia Saudí, Bahrein, Chipre, Djibuti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Jamahiriya Árabe de Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe de Siria, República Islámica de Irán, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen.

Estados Miembro europeos de la OMS: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiján, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, la Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazakhstán, Kirgizstán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Moldavia, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán, Yugoslavia.

Estados Miembro del sudeste asiático de la OMS: Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia.

Estados Miembro del pacífico occidental de la OMS: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Solomon, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia, Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Popular Democrática de Laos, Samoa, Singapur, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.



Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria.

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa.

¿Qué es la medicina tradicional?

"La medicina tradicional" es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la

medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas^a, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina "complementaria", "alternativa" o "no convencional"^b.



Amplitud y uso creciente

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria.

^a Las medicinas con base de hierbas incluyen hierbas, materiales elaborados con hierbas, preparados con base de hierbas y productos acabados a base de hierbas, que contienen ingredientes activos de plantas u otros materiales de plantas o combinaciones de las mismas.

^b De acuerdo con este documento, la "medicina tradicional" se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o el Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la "medicina complementaria y alternativa" cuando se hace referencia a Europa y/o Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas esas regiones, se utiliza en general MT/MCA.

Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la MCA se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la MCA al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia.

En muchos lugares del mundo el gasto en MT/MCA no es sólo importante, sino que está creciendo rápidamente. En Malasia, se estima se gastan anualmente 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de cuidado de la salud, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática. En EE UU, el gasto total en 1997 en MCA se estima fue de 2700 millones de dólares estadounidenses. En Australia, Canadá y el Reino Unido el gasto anual en MCA se estima en 80 millones, 2400 millones y 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.

¿Por qué un uso tan amplio?

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MT^c frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se



encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso.

La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo. En Ghana, Kenia y Malí, la investigación

ha demostrado que una serie de medicamentos antimaláricos de pirimetamina/sulfadoxina puede costar mucho dinero. El gasto sanitario per capita en Ghana y Kenia contabiliza tan sólo 6 dólares estadounidenses al año. Por el contrario, la medicina con hierbas para el tratamiento de la malaria es considerablemente más barato y muchas veces incluso se paga en especias y/o de acuerdo con la "riqueza" del cliente.

La MT es también muy popular en muchos países en vías de desarrollo puesto que está firmemente arraigada en los sistemas de creencias.

Un enfoque alternativo a la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está impulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria.

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes, la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática.

Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado

Muchos proveedores de MT/MCA buscan un reconocimiento y apoyo continuo — o mayor — en su campo. Al mismo tiempo muchos profesionales de la medicina alopática, incluso aquellos en países con un fuerte historial de MT, expresan grandes reservas y a menudo serias incredulidades sobre los

^c A las personas que practican la MT se les conoce por lo general como sanadores tradicionales, colocador de huesos, herbolarios, etc. Las personas que practican la MT incluyen tanto practicantes de MT y profesionales de medicina alopática como a médicos, dentistas y enfermeras que proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes — es decir, doctores médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

pretendidos beneficios de la MT/MCA. Los legisladores se debaten con preguntas asociados con la seguridad y la eficacia de las medicinas tradicionales de hierbas, mientras que muchos grupos industriales y consumidores se resisten a cualquier desarrollo de la política sanitaria que pudiera limitar el acceso a las terapias de MT/MCA. Informes de poderosos efectos inmunoestimulantes para algunas medicinas tradicionales hacen subir las esperanzas entre personas infectadas con VIH, pero a otros les preocupa que el uso de dichas "curas" confunda a las personas que viven con VIH/SIDA y demore el tratamiento con terapias "demostradas".

Por lo que junto con el cada vez mayor uso de la MT/MCA, también está aumentando la demanda para producir evidencias sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de los productos y las prácticas de la MT/MCA. Curiosamente, gran parte de la literatura científica de la MT/MCA utiliza metodologías comparables a las utilizadas para respaldar muchos procedimientos quirúrgicos modernos: informes de casos individuales y series de pacientes, sin grupo de control o de comparación. No obstante, la evidencia científica de



los ensayos clínicos aleatorios es muy fuerte para muchos casos de acupuntura, para algunas medicinas con hierbas y para algunas de las terapias manuales.

En general, sin embargo, el cada vez mayor uso de la MT/MCA no está acompañado por un aumento en la cantidad, la calidad y la accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones de la MT/MCA.

Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA

A fin de maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional.

Política: bases de acción sólida en la MT/MCA

En términos relativos, son pocos los países que han desarrollado una política sobre MT y/o MCA, sólo 25 de los 191 estados miembro de la OMS. Aún así, dicha política ofrece una base sólida para definir el papel de la MT/MCA en el aporte sanitario nacional, asegurando que se crean los mecanismos normativos y legales necesarios para promover y mantener una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias. También puede ayudar a asegurar una provisión suficiente de recursos económicos para la investigación, educación y formación.

En hecho, muchos países desarrollados se están dando cuenta que los temas sobre MCA relacionados con la seguridad y la calidad, licencias de proveedores y pautas de formación, y prioridades para la investigación, pueden afrontarse mejor dentro de un marco de trabajo de política nacional. La necesidad de una política nacional es bastante urgente, sin embargo, en aquellos países en vías de desarrollo donde la MT no se ha integrado todavía en el sistema sanitario nacional, incluso cuando gran parte de su población depende de la MT para la sanidad.

Un número cada vez mayor de políticas nacionales tendrá el beneficio añadido de facilitar trabajo sobre temas globales tales como el desarrollo e implantación de normas y pautas internacionalmente aceptados para la investigación sobre la seguridad y la eficacia de la MT/MCA, el uso sostenible de plantas medicinales y la protección y uso equitativo de los conocimientos sobre medicina indígena y tradicional.

Seguridad, eficacia y calidad: crucial para la divulgación de la MT/MC

Las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de diferentes culturas en distintas regiones. Por lo que no se ha dado un desarrollo paralelo de pautas y métodos, tanto nacionales como internacionales, para valorarlos.

La valoración de los productos de la MT/MCA es asimismo un tema problemático. Esto es especialmente cierto en el caso de las medicinas con base de hierbas, donde la eficacia y la calidad de las mismas puede verse influenciada por numerosos factores. No es de sorprender por tanto, que la investigación sobre la MT/MCA ha sido inadecuada, dando como resultado una opacidad en los datos y un desarrollo inadecuado de la metodología. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de normativas y legislaciones para la MT/MCA.

Los sistemas nacionales de inspección para controlar y valorar los efectos adversos son también raros. Por ello, a pesar de que aunque muchas terapias de MT/MCA tienen un potencial prometedor y se utilizan cada vez con más frecuencia, muchas de ellas no están probadas y su uso no está controlado. Como resultado, los conocimientos sobre los posibles efectos secundarios son limitados. Esto hace que la identificación de las terapias más seguras y eficaces y la promoción de su uso racional sea más difícil. Si la MT/MCA ha de promoverse como una fuente sanitaria, es esencial realizar todo esfuerzo posible por fomentar su uso racional e identificar las terapias más seguras y eficaces.

Acceso: hacer que la MT/MCA esté disponible y asequible

Aunque existe evidencia de que muchas poblaciones en países en vías de desarrollo dependen en gran medida de la MT a fin de satisfacer sus necesidades sanitarias, faltan datos precisos. Es necesario llevar a cabo investigaciones cuantitativas para determinar los niveles de acceso existentes (tanto económicos como geográficos), además de para clarificar las limitaciones para la ampliación de dicho acceso. El enfoque debe centrarse en los tratamientos de aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones más pobres.

Además, si el acceso ha de incrementarse de manera sustancial, debe protegerse la base natural del recurso del que dependen determinados productos y terapias. Las materias

primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, con frecuencia experimentan una recogida excesiva de las poblaciones de plantas silvestres.

Otro reto importante concierne a la propiedad intelectual y a los derechos de patente. Las ventajas económicas que pueden derivarse de la aplicación a gran escala de los conocimientos sobre MT pueden ser sustanciales. Todavía no se han resuelto preguntas sobre la forma más adecuada de repartir mejor los beneficios entre los innovadores y los poseedores de los conocimientos sobre la MT.

Uso racional: asegurar la conveniencia y la costo-efectividad

El uso racional de la MT/MCA tiene muchos aspectos, entre los que se incluyen: cualificación y licencia de los proveedores; uso correcto de productos de calidad asegurada; buena comunicación entre proveedores de MT/MCA, médicos alopáticos y pacientes; y provisión de información científica y orientación para el público.

Los retos en educación y formación son al menos el doble. Primero, es necesario asegurar que los conocimientos, las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA son adecuados. En segundo lugar, debe utilizarse la formación a fin de asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprendan y aprecien como se complementan los cuidados sanitarios que ofrecen.

El uso correcto de productos de calidad asegurada tiene gran importancia a la hora de reducir los riesgos asociados con los productos de la MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, las normativas y el registro de medicinas con base de hierbas no están bien desarrollados en la mayoría de los países y por lo general, la calidad de los productos de hierbas que se venden no está garantizada.

Asimismo es necesario trabajar más a fin de sensibilizar al público sobre cuando es apropiado (y costo-eficaz) el uso de la MT/MCA y

cuando no es aconsejable, y por qué debe tenerse cuidado cuando se utilicen productos de MT/MCA.

El papel actual de la OMS

La misión de la OMS en medicamentos esenciales y política farmacéutica es ayudar a salvar vidas y mejorar la sanidad cerrando el gran vacío existente entre el potencial de las medicinas esenciales y la realidad de que para millones de personas, en especial los pobres



y los desfavorecidos, las medicinas no están disponibles, no son asequibles, seguras o se usan de forma incorrecta. LA OMS hace

esto realizando diversas funciones clave: articulando la política y adoptando posturas defensoras, trabajando en asociación, elaborando guías y herramientas prácticas, desarrollando normas y pautas, fomentando estudios estratégicos y operativos, desarrollando de recursos humanos y gestionando la información.

En términos de MT/MCA, la OMS lleva a cabo estas funciones:

► *Facilitando la integración de la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales*

Ayudando a los Estados Miembro a desarrollar sus propias políticas nacionales sobre MT/MCA.

► *Elaborando guías para la MT/CMA*

Desarrollando y creando estándares internacionales, pautas técnicas y metodologías para la investigación de terapias y productos de MT/MCA, y para su uso durante la elaboración de productos de MT/MCA.

► *Fomentando el estudio estratégico de la MT/MCA*

Proporcionando apoyo a los proyectos de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia de la MT/CMA, en especial en lo que se

refiere a enfermedades tales como la malaria y VIH/SIDA.

► *Defendiendo el uso racional de la MT/MCA*

Fomentando el uso basado en evidencias de la MT/MCA.

► *Gestionando la información sobre la MT/MCA*

Actuando como una cámara de compensación para facilitar el intercambio de información sobre la MT/MCA.

Sin embargo los retos descritos anteriormente exigen la ampliación y el aumento de las actividades de la OMS en esta área.

Marco de trabajo para actuar

La *estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es

más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel mucho más



importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:

1. **Política** — integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
2. **Seguridad, eficacia y calidad** — fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.
3. **Acceso** — incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según

sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.

4. Uso racional — fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores.

En un principio, la implantación de la estrategia se centrará en los primeros dos objetivos. Conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad, proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional.

Implantación de la estrategia

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario al nivel mundial es una tarea desalentadora, que

comprende una diversa gama de actividades y exige muchos tipos de experiencia. Afortunadamente, la OMS ha establecido una red de MT/MCA global, los miembros de la cual incluyen autoridades sanitarias nacionales, expertos de Centros Colaboradores de la OMS e institutos de investigación, además de agencias de la ONU y organizaciones no gubernamentales que trabajan en temas relacionados con la MT/MCA, cuya ayuda puede pedir la OMS. Muchas organizaciones han contribuido al desarrollo de la *estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, y muchas de ellas están de acuerdo en ser nuestros socios en esta implantación.

El uso de indicadores críticos facilitará el control del progreso por país bajo cada uno de los objetivos estratégicos.



L

a medicina tradicional (MT) y la medicina complementaria y alternativa (MCA) están adquiriendo más atención dentro del contexto de la provisión de atención sanitaria y la reforma del sector salud. Muchos factores contribuyen a la expansión en el uso de la MT/MCA. Sin embargo a fin de desarrollar todo su potencial, primero deben tratarse algunos temas importantes.

1.1 ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica

Existen muchas formas de medicina tradicional, entre los que se incluyen la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe. A lo largo de la historia los asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos, oceánicos, centroamericanos y sudamericanos, además de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas de medicinas tradicionales indígenas. Influenciados por factores tales como la historia, las actitudes personales y la filosofía, su práctica varía en gran medida de un país a otro y de una región a otra. No es necesario decir que su teoría y aplicación difieren de manera importante de la teoría y la aplicación de la medicina alopática (Cuadro 1).

Dependiendo de las terapias implicadas, las terapias de la MT/MCA puede clasificarse como terapias de medicación — si se utilizan

medicinas con base de hierbas^d, partes de animales y/o minerales — o terapias sin medicación — si se realiza principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gí Gong, tai ji, la terapia termal, el yoga y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias de mente y cuerpo.

Cuadro 1

¿QUÉ ES LA MEDICINA TRADICIONAL?

La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia.

A la inversa, puede ser reservada, mística y extremadamente localizada, a través de la difusión oral de conocimientos y prácticas. Puede basarse en síntomas físicos destacados o fuerzas supernaturales percibidas.

Sin duda, en el ámbito global, la medicina tradicional elude la definición o descripción precisa, conteniendo como lo hace características y puntos de vista diversos y a veces conflictivos. No obstante una definición práctica resulta útil. Para la OMS tal definición debe ser por necesidad amplia e inclusiva.

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

^d Las medicinas basadas en hierbas incluyen hierbas, materiales con base de hierbas, preparados a base de hierbas y productos acabados con hierbas, que contienen como ingredientes activos partes de plantas u otros materiales con base de plantas o combinaciones de las mismas.

Medicina complementaria y alternativa

Los términos "complementaria" y "alternativa" (y a veces también "no convencional" o "paralela") se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no

"Hablar de medicina "alternativa" es ... como hablar de extranjeros — ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son".¹

forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente.

La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo muchos países

europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA.^c

En la tabla 1 se muestran algunas terapias de MT/MCA comunes, descritas en la serie *Revista Médica Británica* 1999 sobre MCA. La tabla no es de ninguna forma exhaustiva, y continuamente se están desarrollando nuevas ramificaciones de disciplinas establecidas.

Tabla 1

Terapias y técnicas terapéuticas comúnmente utilizadas en la MT/MCA

	Medicina China	Ayurveda	Unani	Naturopatía	Osteopatía	Homeopatía	Quiropráctica	Otras
Medicinas con hierbas	●	●	●	●	■	●		● ^a
Acupuntura/acupresión	●				■			■ ^b
Terapias manuales	Tuina ^c	●	●	■	●		●	Shiatsu ^d
Terapias espirituales	●	●	●	●				Hipnosis, sanación, meditación
Ejercicios	Qigong ^e	Yoga		Relajación				

● — terapia/técnica terapéutica comúnmente utilizada

■ — terapia/técnica terapéutica utilizada a veces

■ — utiliza toques terapéuticos

^a por ejemplo, muchos sistemas de MT informales de África y Latinoamérica utilizan medicinas basadas en hierbas.

^b por ejemplo, en Tailandia, algunas terapias de MT utilizadas incorporan acupuntura y acupresión.

^c Tipo de terapia manual utilizada en la medicina tradicional china.

^d Se refiere a terapia manual de origen japonés en la cual la presión se aplica con los pulgares, las palmas, etc., en determinados puntos del cuerpo.

^e Componente de la medicina tradicional china que combina movimiento, meditación y regulación de la respiración para mejorar el flujo de energía vital (qi) en el cuerpo para mejorar la circulación y la función inmune.

^e De acuerdo con este documento, "medicina tradicional" se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la "medicina complementaria y alternativa" cuando se hace referencia a Europa y Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas estas regiones, se utiliza el término MT/MCA.

Incorporación de la MT/MCA a los sistemas de salud nacionales

La OMS ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la MT/MCA es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un **sistema integrado**, la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador (Tabla 2).

Un **sistema inclusivo** reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de MT/MCA, puede que la educación oficial de MT/MCA no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali que tienen una política de MT/MCA nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos de la MT/MCA, y países desarrollados tales como Canadá y el Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT/MCA, pero que se están esforzando por

asegurar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. Por último, están los países que operan una sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador (Tabla 3).

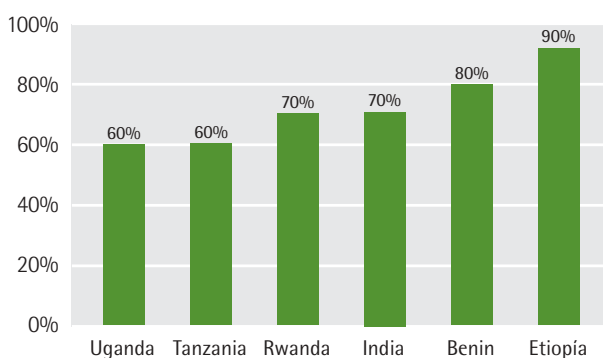
En países con un sistema tolerante, el **sistema sanitario** nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

1.2 Amplio uso y atractivo

En muchos países en vías de desarrollo — como lo indican con frecuencia los informes gubernamentales — la mayoría de la población sigue utilizando la MT para satisfacer sus

Figura 1

El uso de la MT para la sanidad primaria está muy extendido en algunos países en vías de desarrollo



Fuente: recogido a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

necesidades sanitarias primarias (Figura 1). De la misma forma, la resolución sobre *Fomento del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: Una estrategia para la región africana*, adoptada por el 50 Comité Regional de la OMS para la Región Africana en agosto de 2000, indica que alrededor de un 80% de la población de los Estados Miembro Africanos utilizan la MT para ayudar a satisfacer las necesidades sanitarias.² Esto incluye el uso de comadronas tradicionales. En hecho, al reconocer la contribución que las comadronas tradicionales pueden hacer a la sanidad primaria, diversos países africanos han dado comienzo a programas de formación para mejorar las habilidades y el conocimiento

Tabla 2 Ejemplos de países con un enfoque integrador para la MT/MCA

	Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Recursos humanos de MT	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
China	La constitución de 1949 incluye una política sobre MT	Administración estatal de medicina tradicional y complementaria (MTC)	Regulación – Si La farmacopea incluye listas de hierbas de medicamentos esenciales que incluye medicinas de hierbas Fabricantes 600 Cultivadores de hierbas 340 000	Doctores MTC Doctores MTC/MA Farmacéuticos MTC Doctores asociados Farmacéuticos MA	525 000 Hospitales MTC Hospitales MTC/MA Camas totales 83 000 Hospitales de MT para grupos minoritarios 72 000 55 000	2 500 39 35 000 127	170 institutos de investigación nacionales y estatales	30 universidades MTC 3 Colegios de MT para grupos minoritarios 51 escuelas de tecnología médica de MTC
República de Corea	Política nacional sobre MT 1969	Bureau de Medicina Oriental	Regulación – Si La farmacopea incluye hierbas	Doctores orientales Practicantes de Acupuntura	9 914 6 590 clínicas locales de medicina oriental 4 500	Total	1 instituto de investigación nacional	11 universidades de medicina oriental
Vietnam	Política nacional sobre MT 1955	Departamento de MT	Regulación – Si Lista de medicinas esenciales incluye medicinas de hierbas Fabricantes estatales 2	Doctores de MT Practicantes de Acupuntura Practicantes de MT	25 500 20 000 5 000	Total	3 institutos de investigación nacionales	Facultad de MT en 3 colegios médicos, 2 escuelas de tecnología médica de MT

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

Tabla 3 Ejemplos de países con un enfoque inclusivo para la MT/MCA

	Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
India	Si	Si	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	Si
Sri Lanka	Si	Si	Ambos	No	No	No	No
Indonesia	Si	Si	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	No
Japón	No	No	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Si	Si, en algunas prefecturas	No
Australia	No	Si, en algunos estados	Productos de hierbas	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	Si
Emiratos Árabes Unidos	No	No	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	No
Alemania	No	No	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si	No
Noruega	Si	Personal a cargo	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, en una universidad estatal	No
Reino Unido	Si	No	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	No, en vías de preparación
Canadá	Si	Si	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, en algunas universidades estatales	No
EE UU	No	No	Ambos	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, NCCAM y en algunas universidades estatales	No
Ghana	Si	Si	Ambos	No	No	Si	No
Nigeria	Si	Si	Ambos	Si	No	Si	No

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

En muchos países asiáticos la MT se sigue utilizando ampliamente, incluso cuando la medicina alopática está disponible. En Japón,

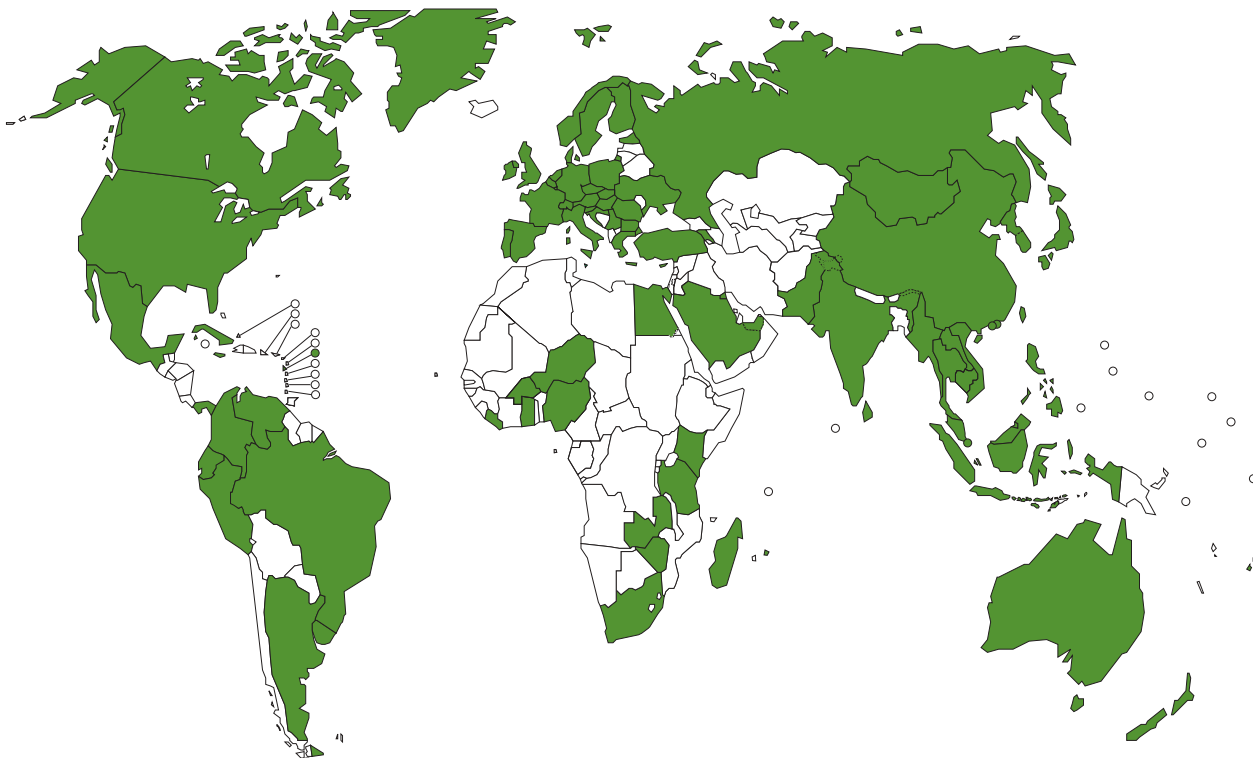
En muchos países desarrollados, determinadas terapias MCA son muy populares. Varios informes gubernamentales y no gubernamentales (Figura 3) indican que el porcentaje de la población que ha utilizado la MCA es de un 46% en Australia, un 49% en Francia y un

Figure 3
Porcentaje de población que ha utilizado la MCA
al menos una vez en países desarrollados
seleccionados



La acupuntura es una práctica especialmente popular. Originaria de China, en la actualidad se utiliza en al menos 78 países y no sólo la practican acupunturistas sino también médicos alopáticos (Figura 4). De acuerdo con la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión, en Asia hay al menos 50.000 acupunturistas. En Europa, se estima que existen 15.000 acupunturistas, incluyendo a los médicos alopáticos que también practican como acupunturistas. En Bélgica, el 74% del tratamiento de acupuntura lo administran médicos alopáticos. En Alemania, el 77% de las clínicas contra el dolor proporcionan acupuntura. En el Reino

Países donde los médicos alopáticos practican la acupuntura únicamente, o la practican médicos alopáticos y acupunturistas



Unido, el 46% de los médicos alopáticos bien recomiendan a sus pacientes un tratamiento de acupuntura o tratan a sus pacientes con acupuntura ellos mismos. En EE UU hay 12 000 licencias de acupunturistas — la práctica de la acupuntura es legal en 38 estados y en seis estados se están desarrollando políticas para la práctica de la acupuntura.^{11,14,15}

Los informes sobre el gasto nacional total en MT/MCA son escasos. La información sobre el gasto nacional realizado para el autotrata-
miento con MT/MCA es incluso más escasa. Sin embargo, se dispone de algunas cifras, y con un uso mundial cada vez mayor de la MT/MCA, el gasto público y privado está clara-
mente aumentando. En Malasia, se estima un gasto anual en MT/MCA de unos 500 millones de dólares estadounidenses, comparado con
unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática.⁶ En EE UU, el gasto

El mercado mundial de medicinas elaboradas con de hierbas basadas en el conocimiento tradicional se estima es en la actualidad de 60 mil millones de dólares USA.¹⁷ En EE UU, las ventas de hierbas aumentaron un 101% en los mercados ambulantes entre mayo de 1996 y mayo de 1998. Entre los productos con base de hierbas más populares incluyen el ginseng, *Ginkgo biloba*, el ajo, *Echinacea* spp. y Hierba de San Juan (Tabla 4).¹⁸

Tabla 4

Aumento de las ventas de los productos más populares elaborados con hierbas en EE UU 1997–1998

Hierba	Ventas en millones \$ USA 1997	1998	% de aumento en ventas
Total suplementos de hierbas	292	587	101
Echinacea	33	64	96
Ajo	66	81	24
<i>Ginkgo biloba</i>	52	126	143
Ginseng	76	96	26
Hierba de San Juan	1	103	102
Otras hierbas	64	118	85

Fuente: datos de Scanner Data, FDM, Inc., EE UU.¹⁸

1.4 Contabilidad de uso y aumento del interés

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

En algunos países en vías de desarrollo la MT está mucho más disponible que la medicina alopática. En Tanzania, Uganda y Zambia, los investigadores han encontrado una proporción de practicantes de MT^f por población de 1:200–1:400. Esto contrasta con la disponibilidad de practicantes alopáticos, donde la proporción es de 1:20.00 o inferior.^{19,20} Una encuesta realizada en 1991 por parte de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional descubrió que, en el África Subsahariana, los practicantes de la medicina tradicional superaban a los practicantes de medicina alopática por 100 a 1.²¹ Lo que es más, los practicantes de la medicina alopática estaban localizados principalmente en ciudades y otras áreas urbanas. Así que para muchas poblaciones rurales, la MT es la única fuente sanitaria disponible. Los estudios realizados por la OMS Roll Back Malaria Programme en 1998 demostraron que en Ghana, Mali, Nigeria y Zambia, más del 60% de los niños con fiebre alta eran tratados en

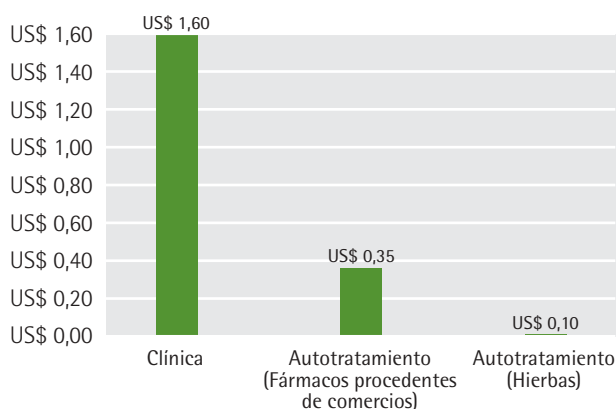
casa con medicinas con base de hierbas.^{22,23, 24,25}

Una de las razones clave citada para ello fue la accesibilidad a las medicinas con base de hierbas en las zonas rurales. (Véase también la Figura 5).

La MT es a veces la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los pacientes más pobres. En Ghana, Kenia y Mali, un estudio ha demostrado que un tratamiento antimalarico con pirimetamina/sulfadoxina puede costar muchos dólares. El gasto sanitario total realizado en Ghana y Kenia es de alrededor 6 dólares estadounidenses per capita al año. En otras palabras, algunas poblaciones simplemente no pueden permitirse el lujo de pagar fármacos químicos.²⁷ Por otro lado, las medicinas con base de hierbas no sólo son relativamente baratas sino que se pueden pagar en especie y/o de acuerdo con el "bienestar" del cliente. De la misma forma en Salvador, el coste de tratar a un niño con

Figura 5

El tratamiento de la malaria en Ghana con medicinas con base de hierbas es considerablemente más barato que cualquier otra forma sanitaria



Fuente: adaptado de Ahorlu C. y otros, 1997.²⁶

diarrea como paciente externo en un hospital público — incluyendo honorarios por consulta y medicación — puede suponer hasta 50 dólares estadounidenses. El tratamiento que

^f Practicantes de MT son por lo general sanadores tradicionales, colocadores de huesos, herbolarios, etc. Los proveedores de MT incluyen tanto practicantes de medicina tradicional como profesionales de medicina alopática tales como médicos, dentistas y enfermeras quienes proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes. P.e. muchos médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

ofrece un practicante de MT puede ser inferior a 5 dólares estadounidenses o pagarse en especie.²⁸

La mayor accesibilidad a los practicantes de MT — y la confianza en su capacidad para tratar enfermedades incurables debilitantes — se explica por qué la mayoría de los africanos que viven con VIH/SIDA utilizan medicinas tradicionales con base de hierbas para obtener una cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. Frecuentemente, los practicantes de MT son personas bien conocidas en sus comunidades por su experiencia en la atención sanitaria y por la prevención de muchas enfermedades de transmisión sexual.⁹ Al mismo tiempo, la MT está a

“En una reunión celebrada en Kampala en junio de 2000, y patrocinada por el ONUSIDA se acordó que la medicina tradicional está en un sentido real llevando la carga de la atención clínica de la epidemia del SIDA en África. Los ministerios y las agencias internacionales han pasado por alto esta tendencia”.³¹

menudo incrustada en amplios sistemas de creencias y sigue siendo una parte integral e importante de la vida de muchas personas. ONUSIDA es partidario de colaborar con los practicantes de la MT en la prevención del SIDA y la atención en África Subsahariana.^{29,30}

La MT se utiliza también comúnmente en países en vías de desarrollo en Asia. El gobierno indio ha informado que para el 65% de su población, la MT es la única fuente sanitaria disponible. En algunos países de Asia, los gobiernos promueven de forma activa la MT. El ministro de sanidad de la República Popular de Laos, está alentando el uso de la MT, incluyendo una amplia distribución entre las comunidades del informe, *Medicines in Your*

Garden [Medicinas en el jardín]. En Tailandia, el ministerio de sanidad está trabajando para mejorar la sensibilización del público y difundir el uso de plantas medicinales para la atención sanitaria primaria. Este trabajo ha incluido la publicación del libro *Manual of Medical Plants for Primary Health Care [Manual de plantas medicinales para el cuidado sanitario primario]*.

Un enfoque alternativo o complementario para la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de la MCA indica que existen otros factores aparte de la tradición y el coste. La preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo son algunos de ellos.^{16,32}

“La medicina tradicional está basada en las necesidades de las personas. Distintas personas pueden recibir distintos tratamientos incluso si, de acuerdo con la medicina moderna, sufren la misma enfermedad. La medicina tradicional se basa en la creencia de que cada persona tiene su propia constitución y circunstancias sociales que dan como resultados distintas reacciones para las “causas de la enfermedad” y el tratamiento.”⁶

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga lleva consigo un riesgo mayor de que se desarrollen enfermedades crónicas, debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales.²⁷ Aunque los tratamientos y las tecnologías alopáticas son abundantes, algunos pacientes han encontrado que no les proporciona una

⁹ Los investigadores en muchos países han observado que otras enfermedades y estados no clasificados como de transmisión sexual en nosología biomédica pueden considerarse localmente como tales tanto por parte del practicante como de sus clientes.

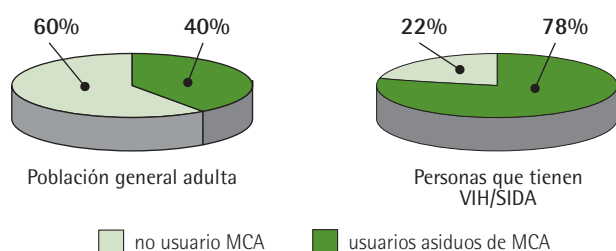
solución satisfactoria. Los tratamientos y las tecnologías no han sido lo suficiente eficaces o han provocado efectos adversos. Un estudio nacional realizado en EE UU demostró que la

"Es imperativo reconocer y afirmar el papel esencial de la medicina convencional con su capacidad para responder de forma competitiva en el tratamiento de enfermedades graves y traumas, sus innovaciones técnicas en el diagnóstico y tratamiento y las aplicaciones clínicas intensificadas de los descubrimientos de la ciencia básica. Sin embargo, es en las áreas de atención y gestión de enfermedades crónicas donde puede faltar un enfoque organoespecífico de la medicina convencional más reduccionista, mecanicista".

mayoría de los usuarios de la MCA no percibían la MCA como "alternativa" a la medicina alopática sino como "complementaria".³³

Un estudio reciente ha demostrado que el 78% de los pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU utilizan alguna forma de MCA (Figura 6).^{34,35,36}

Figura 6
Uso de la MCA por pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU



Fuente: Anderson W y otros, 1993; Mason F, 1995; Ostrow MJ y otros, 1997.^{34,35,36}

En países desarrollados las encuestas realizadas sobre la conducta en busca de sanidad y la satisfacción del cliente, han observado un elevado grado de apreciación de la calidad de la atención ofrecida por los proveedores de MCA. Los riesgos relativamente bajos

percibidos, asociados con el uso de terapias de MT también es un factor contribuyente para su popularidad.

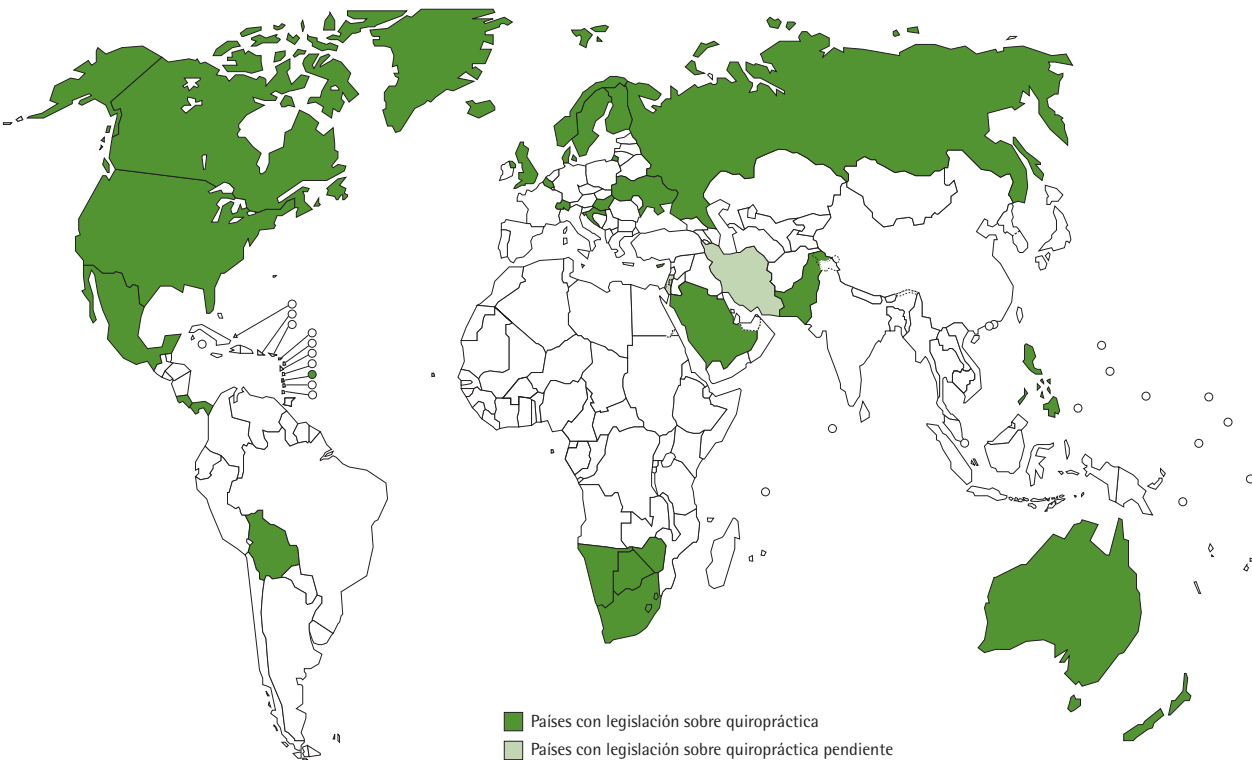
En un análisis de datos sobre malas prácticas de 1990 a 1996 en EE UU, las quejas contra quiroprácticos, masajistas y acupunturistas fueron menos frecuentes y por lo general implicaban lesiones menos graves, que las quejas efectuadas contra médicos. En un estudio literario mundial, sólo se identificaron 193 efectos adversos tras un tratamiento de acupuntura (incluyendo efectos relativamente menores tales como dolor y vértigo) durante un periodo de 15 años.³⁸

1.5 Reacción ante la popularidad de la MT/MCA

Los gobiernos están respondiendo ante el creciente uso de la MT/MCA. Muchos países están en la actualidad desarrollando normativas para la práctica de quiropráctica, mientras que 24 países ya cuentan con dichas normativas (Figura 7). Otros países están trabajando para regular las medicinas con base de hierbas – el número de Estados Miembro de la OMS con normativas relacionadas a la medicina con base de hierbas aumentó de 52 en 1994 a 64 en 2000 (Figura 8). En el año 2000, Australia, Canadá, Madagascar, Nigeria y EE UU han desarrollado normativas para las medicinas basadas en hierbas. (La OMS se asoció con Madagascar y Nigeria en el desarrollo de sus normativas). En algunos países, están floreciendo estructuras, presupuestos y formación en MT/MCA (Tabla 5).

El cada vez mayor número de institutos de investigación nacionales sobre MT en los países en vías de desarrollo es también un signo de la creciente importancia de la MT. De echo, la mayoría de los países en vías de desarrollo tienen ahora institutos nacionales de investigación de MT. Ejemplos destacados podemos encontrar en China, Ghana, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea, India, Mali, Madagascar, Nigeria, Tailandia, Indonesia, la República

Figura 7



Fuente: informe de la Federación Mundial de Quiropráctica y Alianza Mundial Quiropráctica en 2000.^{39,40}

Popular de Laos, Sri Lanka y Vietnam. (Véase también la Figura 9).

Mientras tanto, en los países desarrollados, las reacciones ante la popularidad de la MCA se está haciendo cada vez más amplias. En 1995, el parlamento noruego examinó cómo la MCA podía incorporarse mejor al servicio sanitario noruego. Esto incluye la consideración de: certificación de formación y educación profesional en MCA, y documentación de tratamientos con MCA. En 1997, el ministerio de sanidad y asuntos sociales estableció un comité para observar varios aspectos de la MCA. Su informe propuso la revocación del Acta Relacionada con el Curanderismo, y la creación de un sistema de registro para los proveedores de MCA. Asimismo, propuso la distribución de fondos a lo largo de un periodo de cinco años, a fin de aumentar los conocimientos de la MCA y fomentar la cooperación entre proveedores de MCA y el sistema sanitario noruego.⁴² Esto último le siguió en el ámbito internacional en 1999 el *Memorándum de Entendimiento sobre*

Cooperación en Materia Sanitaria firmado por los ministros de sanidad de la República Popular China y Noruega. El acuerdo buscaba fomentar la sanidad y los servicios sanitarios en ambos países, centrándose en la MT/MCA, el desarrollo, la regulación y la organización de hospitales.

La provisión de MCA y su uso también se ha revisado oficialmente en el Reino Unido, tras la cada vez mayor preocupación sobre su seguridad. En la actualidad – con la excepción de la osteopatía y la quiropráxia, que están protegidas por estatuto – cualquier persona puede practicar la MCA sin ninguna formación. En 1999, la Casa de los Comunes solicitó al Comité de Ciencia y Tecnología un estudio de este tipo de atención sanitaria. El comité recomendó la creación de un mecanismo central (subvencionado con recursos gubernamentales y de asociaciones caritativas) para coordinar, asesorar y controlar la formación del estudio de la MCA. Segundo, sugirió que el Directorado de Investigación y Desarrollo del Servicio Nacional Sanitario, y el Consejo

Tabla 5

Cada vez es mayor el número de países africanos que han establecido estructuras, presupuestos y formación en MT

País	Un marco de trabajo legal para la MT	Un organismo de gestión o coordinación nacional	Asociación de practicantes tradicionales	Directorio de practicantes tradicionales	Distribución del presupuesto nacional para la MT
Angola		●	●	●	
Botswana			●		
Burkina Faso	●	●	●		
Camerún			●	●	
Costa de Marfil	●	●	●		●
Rep. Pop. de Congo	●	●			
Guinea Ecuatorial	●	●	●		
Eritrea					●
Etiopia	●		●		●
Gambia				●	
Ghana	●	●	●		●
Lesotho	●	●	●	●	
Madagascar	●	●	●	●	
Malawi		●	●		
Mali	●	●	●	●	●
Mauritania			●		
Mozambique	●		●		
Namibia	●	●	●		
Niger	●	●	●	●	
Nigeria	●	●	●		●
Rwanda		●	●	●	●
Santo Tome y Príncipe	●	●	●		
Senegal			●		●
Zambia	●	●	●	●	
Zimbabwe	●	●	●	●	

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

de Estudios Médicos, dedicaran fondos de investigación para crear centros de excelencia para la investigación de la MCA, utilizando como modelo el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa de EE UU (véase la página siguiente).¹⁶

El aumento en las oportunidades de formación y educación en MCA en el Reino Unido también reflejan el creciente interés en este tipo de atención sanitaria. La formación en acupuntura, por ejemplo, se ofrece en un mayor número de centros académicos. Y a los estudiantes de medicina también se les ofrece

cursos de MCA, aunque tienden a ofrecer formación académica únicamente, en lugar de enseñar habilidades clínicas específicas. La proporción de escuelas médicas en el Reino Unido que ofrecen dichos cursos subió de un 10 a un 40% entre 1995 y 1997.⁴³ En EE UU, un gran número de escuelas médicas cuentan ahora con clases y programas electivos de MCA.⁴⁴

De igual forma, En los países desarrollados, la financiación y el establecimiento de estudios sobre MCA y las unidades de investigación en las instalaciones de investigación de excelencia

Figura 8

Más y más países están regulando las medicinas con base de hierbas



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1998⁴¹ y datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud durante el periodo de 1999 a 2001.

son una tendencia en auge. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud ha subvencionado recientemente dos ensayos de acupuntura para el tratamiento del dolor crónico, mientras que en Alemania, un centro para el estudio de la MCA en la Technische Universität de Múnich ha elaborado una serie de importantes revisiones sistemáticas.⁴³

En EE UU, en 1992, el Congreso estableció una Oficina de Medicina Alternativa en los Institutos Nacionales de Salud (véase <http://nccam.nih.gov/>). El mandato de esta Oficina se vio ampliado en 1999, al convertirse la Oficina en Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM). La NCCAM ha recibido progresivos aumentos presupuestarios — en el año 2000, su presupuesto había subido a 68,4 millones de dólares estadounidenses (Figura 10). Al mismo tiempo en el año 2000, la Casa Blanca estableció la Comisión de la Casa Blanca sobre medicina Alternativa. Creada por una orden ejecutiva el 8 de marzo de 2000, la Comisión

se encargó del desarrollo de un grupo de recomendaciones legislativas y administrativas para maximizar los beneficios de la MCA

Figura 9

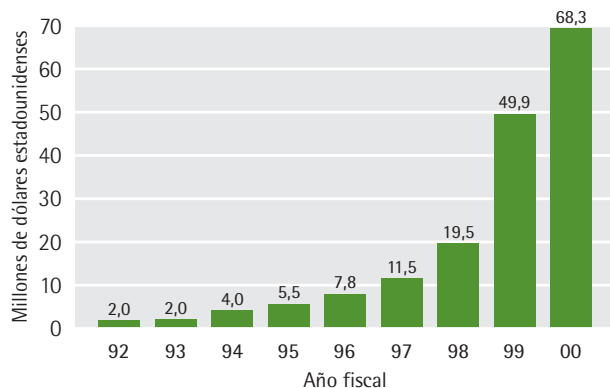
Muchos países africanos tienen institutos que realizan estudios sobre MT



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

Figura 10

La financiación de la MCA está aumentando significativamente en EE UU



Fuente: Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.⁴⁵

para el público en general. Cuenta con diez miembros, incluyendo senadores y expertos.

EE UU también cuenta con un gran número de unidades para el estudio de la MCA, basadas en instituciones de investigación tales como la Universidad de Maryland, Universidad de Columbia en Nueva York, Universidad de Harvard en Massachusetts y el Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre en Nueva York.⁴³

La actividad internacional en MT/MCA se está haciendo cada vez más prominente. La Unión Europea (UE) ha completado recientemente

un proyecto COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) sobre "medicina no convencional". Y en 1999 la Asamblea Parlamentaria de la UE (con el título *Un enfoque europeo a las medicinas no convencionales*), se pidió a los Estados Miembro que fomentasen el reconocimiento oficial de la MCA en las facultades de medicina, a fin de alentar su uso en hospitales y alentar a los médicos alopáticos a estudiar MCA en el ámbito universitario.⁴⁶ También en Europa, la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) trabaja en la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos con base de hierbas. Y la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Medicinas a base de Hierbas en 1997. (Véase también el Capítulo 4).

Más recientemente, la *Abuja Declaration on Roll Back Malaria*, firmada por los jefes de estado y gobierno de 53 países africanos en el año 2000, reconoció la importante contribución que la MT hace para luchar contra la malaria. La *Declaración* incluye una petición a los gobiernos para asegurar la eficacia de tales tratamientos, y hacerlos disponibles y accesibles a los grupos comunitarios más pobres.



L

a MT/MCA tiene muchas características positivas entre las que se incluyen: diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en vías de desarrollo; aumento de la popularidad en países desarrollados: un coste comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo.

Sin embargo, otras características de este tipo de cuidado de la salud pueden considerarse como retos que deben superarse. Entre ellos se incluye: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto.

La amplia gama de experiencia de la OMS en cuanto a MT/MCA significa que se encuentra en una situación para ayudar a atajar muchos de estos retos. De echo, los Estados Miembro de la OMS están cada vez más y repetidamente pidiendo más ayuda y orientación sobre temas asociados con la MT/MCA — como se expresó, por ejemplo, durante las reuniones del Comité Regional de la OMS, en las Conferencias Internacionales de las Autoridades Normativas sobre Fármacos (ICDRA) y en los foros internacionales de los gobiernos.

En el año 2000, el Comité Regional de la OMS para África, al que acudieron 25 ministros de sanidad, pidió apoyo para la creación de un entorno capacitador para la MT; el desarrollo de guías para la formulación y evaluación de políticas nacionales sobre MT; y el desarrollo de mecanismos para mejorar los entornos económicos y normativos para la producción local de medicinas tradicionales.² En términos muy parecidos se expresó la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático (SEARO) en 1999⁴⁷ y el Foro Gubernamental sobre Medicina Tradicional en China en el 2000, y la 9ª reunión ICDRA en 1999.

Algunos retos son comunes para todas las regiones. Por ejemplo, los gobiernos chino e indio están preocupados por cómo utilizar mejor la MT para reforzar la atención sanitaria primaria en áreas remotas. En África, muchos países están buscando los medios para hacer el mejor uso de los recursos de MT local y cómo hacer de la MT un componente integrado de paquetes sanitarios mínimos. Para los Estados Miembro europeos de la OMS, la seguridad y la calidad, la licencia de los proveedores y los niveles de formación, las metodologías y las prioridades para la investigación, se han convertido rápidamente en temas de gran importancia.

Tabla 6

Los desafíos de la MT/MCA caen en cuatro categorías

Política nacional y marco de trabajo legislativos	• Falta de reconocimiento oficial de la MT/MCA y de los proveedores de MT/MCA • La MT/MCA no está integrada en los sistemas nacionales de salud • Falta de mecanismos legislativos y legales • Distribución equitativa de los beneficios del conocimiento y los productos indígenas de MT • Inadecuada distribución de los recursos para el desarrollo de la MT/MCA y construcción de la capacidad
Seguridad, eficacia y Calidad	• Falta de metodología de investigación • Inadecuada base de evidencias para las terapias y productos de MT/MCA • Falta de pautas internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/MCA • Falta de normativas y registros adecuados de las medicinas con base de hierbas • Falta de registro de los proveedores de MT/MCA • Inadecuado apoyo para la investigación
Acceso	• Falta de datos que midan los niveles de acceso y la asequibilidad • Necesidad de identificar terapias y productos seguros y eficaces • Falta de reconocimiento oficial del papel de los proveedores de MT/MCA • Falta de cooperación entre los suministradores de MT/MCA y los médicos alopáticos • Uso no sostenible de los recursos de plantas medicinales
Uso racional	• Falta de formación de los proveedores de MT/MCA y sobre MT/MCA para los médicos alopáticos • Falta de comunicación entre la MT/MCA y los médicos alopáticos, y entre los médicos alopáticos y los consumidores • Falta de información al público sobre el uso racional de la MT/MCA

2.1 ¿Qué se necesita hacer?

Los temas más importantes a atajar se delinean en la Tabla 6 y caen dentro de cuatro categorías:

- política nacional y marcos de trabajo legislativos
- seguridad, eficacia y calidad
- acceso
- uso racional.

2.2 Políticas nacionales y marco de trabajo legal

Aunque la MT/MCA se utiliza muy ampliamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, muy pocos países han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

Esas políticas necesitan ordenarse para definir el papel de la MT/MCA en los sistemas

sanitarios nacionales y cómo puede contribuir a la reforma del sector sanitario. También pueden asegurar que se sitúen los mecanismos legislativos y legales necesarios para fomentar y mantener una buena práctica, que

“Sin una valoración crítica sobre qué debe integrarse y lo que no, nos arriesgamos a desarrollar un sistema sanitario que cueste más, sea menos seguro, y no sea capaz de tratar la gestión de las enfermedades crónicas de una forma públicamente responsable”.³²

el acceso a la MT/MCA sea equitativo, y que se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias utilizadas. Sin dichas políticas, la MT/MCA se practica sin ninguna clase de control gubernamental y sin ofrecer la debida protección al paciente/consumidor.

Por lo tanto las políticas sobre MT/MCA deben cubrir una gama de temas, incluyendo: legislación y regulación de productos con base de hierbas y de práctica de las terapias; educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo; y distribución de los recursos económicos y demás recursos (Tabla 7). En breve, las políticas MT/MCA sólidas pueden aumentar los tipos de atención sanitaria segura y eficaz disponibles a los pacientes y consumidores.

Tabla 7

Elementos clave a incluir en una política nacional sobre MT/MCA

- Definición de la MT/MCA.
- Definición del papel del gobierno en el desarrollo de la MT/MCA.
- Provisión para asegurar la seguridad y calidad de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Provisión para la creación o expansión de la legislación relacionada con los proveedores de MT/MCA y legislación de las medicinas con base de hierbas.
- Provisión de educación y formación de los suministradores de MT/MCA.
- Provisión de promoción del uso correcto de la MT/MCA.
- Provisión para elaborar capacidad de recursos humanos de MT/MCA, incluyendo distribución de recursos económicos.
- Provisión de cobertura por parte de la seguridad social.
- Consideración de los temas sobre la propiedad intelectual.

Hasta la fecha, sólo 25 de los 191 Estados Miembro de la OMS han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

También debe prestarse atención a los temas de propiedad intelectual si el país en cuestión tiene un conocimiento indígena de MT/MCA y/o a los recursos naturales que se utilizan en la elaboración de productos de MT/MCA. Algunos grupos recomiendan proteger la MT bajo formas existentes o nuevas de derechos sobre la propiedad intelectual. Otros difieren de esta sugerencia por razones éticas o económicas. Sin embargo, la "biopiratería" — la apropiación no autorizada del conocimiento y los materiales de la MT — está muy condenada. Naturalmente, cuando se preparan las políticas nacionales sobre MT/MCA, deben

considerarse los objetivos e implicaciones de la protección del derecho a la propiedad intelectual.⁴⁸

De echo, debe tenerse gran cuidado a la hora de desarrollar políticas sobre MT/MCA. Primero se debe hacer una cuidadosa valoración del uso y práctica de la MT/MCA en el país relevante y los medios más apropiados de uso de la MT/MCA para ayudar a satisfacer sus metas sanitarias. Las políticas nacionales deben beneficiar a sus pacientes utilizando terapias de MT/MCA. No podrán aportar estos beneficios si: son incapaces de asegurar la seguridad, eficacia y calidad de los productos y prácticas de la MT/MCA; restringir indebidamente la práctica de la MT/MCA; dar lugar a mayores costes sanitarios; ocultar injustificadamente las opciones de tratamiento a los pacientes; o reducir la capacidad de los médicos de medicina alopática a pacientes derivados.

2.3 Seguridad, eficacia, calidad

La medicina alopática tiene su base firmemente arraigada en la cultura occidental. Los médicos enfatizan por lo tanto, su enfoque científico y afirman que está tanto libre de valor como sin marcar por los valores culturales. Las terapias de MT/MCA se han desarrollado de formas distintas, habiéndose visto muy influenciadas por las condiciones culturales e históricas dentro de las cuales han evolucionado. Sus bases comunes son un enfoque holístico a la vida, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y su entorno, y el énfasis en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad. Por lo general, el practicante se centra en la condición general del paciente individual, en lugar de hacerlo en la dolencia o enfermedad particular que está sufriendo.

Este enfoque más complejo a la sanidad hace que la MT/MCA resulte una propuesta muy atractiva para muchos. Sin embargo, también dificulta su valoración puesto que deben



tenerse en cuenta muchos factores. Y puesto que las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de distintas culturas en diferentes regiones, no existe un desarrollo paralelo de estándares y métodos — ni nacional ni internacionalmente — para llevar a cabo

“La cantidad y calidad de los datos sobre seguridad y eficacia sobre la medicina tradicional están lejos de ser suficientes para satisfacer los criterios necesarios para respaldar su uso en el ámbito mundial. Las razones de la falta de datos de estudio se deben no sólo a las políticas sanitarias, sino también a la falta de una metodología de estudio adecuada o aceptada para evaluar la medicina tradicional. También debe tenerse en cuenta que hay datos publicados y sin publicar sobre investigaciones de medicina tradicional en varios países, pero deben fomentarse otras investigaciones sobre seguridad y eficacia y promoverse la calidad de las investigaciones”.⁴⁹

dicha valoración. Lo que es más, los proveedores de MCA pueden proceder de historiales culturales y filosóficos que difieran radicalmente del desarrollo original de una terapia. Esto puede provocar problemas de interpretación y de aplicación. Por lo tanto es comprensible que en algunos países los médicos alopáticos sean reticentes a derivar a sus pacientes a los proveedores de MCA. (Esto a su vez hace que los programas de la seguridad social no quieran reembolsar los tratamientos de MCA, reduciendo la elección sanitaria de los pacientes).

La valoración de los productos de MT/MCA, tales como las medicinas con base de hierbas, es especialmente difícil. Es esencial la precisión en la identificación de la planta, como está aislada de los ingredientes activos. Lo último es complejo, porque las propiedades de

las plantas medicinales están influenciadas por el momento de recogida de la planta y por la zona de origen de la planta (incluyendo las condiciones del medio ambiente). Al mismo tiempo, una sola planta medicinal puede contener cientos de constituyentes naturales. Establecer que constituyente es responsable de cada efecto puede ser prohibitivamente caro. Dada la popularidad mundial de las medicinas con base de hierbas, es necesario disponer urgentemente de los medios apropiados y eficaces para valorar las medicinas con base de hierbas con recursos limitados.

Investigación, metodología de investigación y costo-efectividad

No es de sorprender entonces que las revisiones hayan mostrado que se han realizado muy pocos, pequeños e inadecuadamente controlados ensayos clínicos. El Cochrane Complementary Field (Campo Complementario Cochrane – véase el Capítulo 4) descubrió que los artículos indicados como “medicina alternativa” formaban tan sólo un 0,4% del número total de artículos listados en MEDLINE para el periodo de 1966 a 1996. (Sin embargo, el total anual aumentó constantemente durante este periodo y la cada vez mayor proporción de informes de ensayos clínicos aleatorios (RCT) sugerían una tendencia hacia un enfoque médico basado en las evidencias). Sólo algunas de las RCT de las que se informó incluían costes (incurridos para la terapia en cuestión, e incluían costes de consulta, material utilizado, etc.). De echo, se pueden hacer muy pocos análisis fiables y económicos de la MT/MCA.

No respaldar la investigación en esta área durante los últimos años ha dado como resultado una falta de datos y de desarrollo de una metodología para evaluar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA. Aunque hay indicaciones de algunas de las terapias alternativas comúnmente utilizadas, por ejemplo, algunas medicinas con base de

hierbas, terapias manipulativas y estrés de conducta-técnicas de reducción, tales como la meditación trascendental, pueden ofrecer una gestión eficaz de enfermedades crónicas

(Cuadro 2). El Cuadro 3 indica algunos análisis de costo-efectividad más detallados que se han empezado a realizar. Una evidencia más firme sería la enorme asistencia a la hora de

Cuadro 2

POTENCIAL PROMETEDOR

Las medicinas con base de hierbas y la acupuntura son las terapias de la MT/MCA más ampliamente utilizadas. Los informes de las investigaciones de su eficacia clínica se han publicado en prestigiosas revistas científicas. La eficacia de la acupuntura para aliviar el dolor¹⁰ y las náuseas⁵⁰, por ejemplo, se ha demostrado concluyentemente y en la actualidad está reconocido mundialmente.

Para las medicinas con base de hierbas, algunas de las evidencias mejor conocidas por la eficacia de un producto con base de hierbas, además de la *Artemisia annua* para el tratamiento de la malaria, tiene que ver con la hierba de San Juan para la curación de la depresión de media a moderada. Los pacientes experimentan por lo general menos efectos adversos que cuando son tratados con antidepresivos, tales como la amitriptilina. Tales descubrimientos han inspirado investigaciones en todo el mundo a fin de establecer la eficacia de otras medicinas de MT/MCA ampliamente utilizadas. En laboratorios, los extractos de plantas han

demostrado tener una variedad de efectos farmacológicos, entre los que se incluyen efectos antiinflamatorios, vaso-dilatadores, antimicrobiales, anticonvulsivos, sedantes y antipiréticos¹⁰. Sin embargo, casi todos los estudios no aleatorios controlados se han realizado para investigar la práctica y el tratamiento de los proveedores de hierbas en su trabajo diario. Esto se aplica también a la mayoría de las demás terapias de la MT/MCA.

Respecto a las terapias sin medicación, la serie *British Medical Journal* de 1999 comentó sobre la MCA que los ensayos aleatorios controlados han proporcionado una buena evidencia que tanto la hipnosis como las técnicas de relajación pueden reducir la ansiedad, y prevenir los trastornos provocados por el pánico y el insomnio. Los ensayos aleatorios también han demostrado que la hipnosis es una técnica valiosa para el tratamiento del asma y del síndrome de intestinos irritables, el yoga es beneficioso para el asma y el tai ji ayuda a las personas ancianas a reducir el miedo a caerse¹⁰.

Cuadro 3

ESTUDIO SOBRE LA COSTO-EFECTIVIDAD DE LA MCA EN PERÚ

Un estudio realizado por el Programa Nacional de Medicina Complementaria peruano y la comparó las prácticas de la MCA y las prácticas de la medicina alopática, como se utiliza en clínicas y hospitales que operan dentro del sistema peruano de seguridad social (EsSalud).

La eficacia relativa de la MCA se valoró en términos de:

- ❖ eficacia clínica observada
- ❖ satisfacción del usuario/paciente
- ❖ reducción del riesgo médico futuro asociado con un cambio en el estilo de vida.

Se compararon los tratamientos para patologías seleccionadas, con el mismo grado de severidad registrado en la historia y/o ficha clínica.

Se hizo un seguimiento a un total de 339 pacientes – 170 tratados con MCA y 169 con medicina alopática – durante un año. Se analizaron los tratamientos para las siguientes patologías: osteoartritis leve-moderada; dorsalgia, neurosis de ansiedad; asma leve e intermitente; enfermedad de ácido péptico; cefalea tensional; obesidad exógena; y parálisis facial periférica.

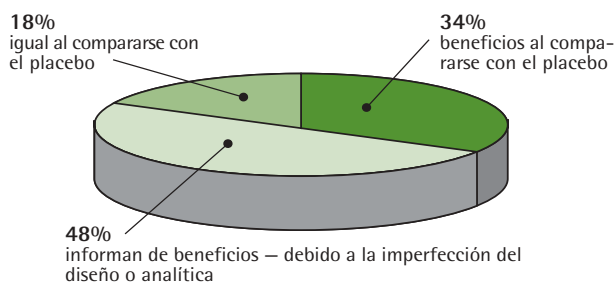
Las conclusiones (con un intervalo de confianza del 95%) pueden resumirse como se indica a continuación:

1. La media global del coste directo utilizando la MCA fue inferior a la incurrida utilizando la terapia convencional. (Se calculó y comparó para valorar el coste directo de ambos sistemas, costes actualmente incurridos durante el tratamiento de cada una de las patologías seleccionadas).
2. Para cada uno de los criterios evaluados – eficacia clínica, satisfacción del usuario y reducción de riesgos futuros – la eficacia de la MCA fue superior a la de los tratamientos convencionales, incluyendo:
 - ❖ menores efectos secundarios
 - ❖ mayor correlación entre percepción del paciente de la eficacia y observación clínica de la eficacia
 - ❖ mayor reconocimiento entre los pacientes del papel desempeñado por los sistemas médicos a la hora de resolver problemas sanitarios.
3. El costo-efectividad general de la MCA fue entre un 53 y un 63% superior a la de los tratamientos convencionales para las patologías seleccionadas.

Fuente: EsSalud y Organización Panamericana de la Salud, 2000⁵¹.

Figura 11

Buena evidencia de la eficacia de algunas medicinas con base de hierbas – pero muy a menudo la valoración es inadecuada



% de ensayos clínicos aleatorios (RCT) que muestran los beneficios de las medicinas con base de hierbas (basado en 50 RCT con 10 medicinas con base de hierbas para 18 indicaciones terapéuticas)

Fuente: basado en datos de Medicinas con base de hierbas: un estudio basado en la evidencia. *Therapeutics Letter*, Edición 25, Junio–Julio 1998.

presentar argumentos para un mayor reconocimiento y aplicación de la MT/MCA. En efecto, sería un prerrequisito si el acceso a la MT/MCA se fomentase y ampliase, y se asegurase el uso racional de este tipo de cuidado de la salud.

Asegurar la seguridad y la calidad en el ámbito nacional

La escasa actividad de investigación también ha ralentizado el desarrollo de pautas nacionales para asegurar la seguridad y la calidad de las terapias y productos de la MT/MCA. En particular, la falta de dirección e información técnica ha impedido el desarrollo de normativas y registros de las medicinas con base de hierbas. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de por ejemplo, sistemas de vigilancia nacionales para controlar y valorar la incidencia de sucesos adversos. El echo de que sólo se haya informado del 3% de 771 casos de fármacos falsos a la OMS en abril de 1997 implicadas en medicinas con base de hierbas es un reflejo de este bajo nivel de control, en lugar de ser una indicación de los escasos efectos adversos de las medicinas con base de hierbas⁵².

Determinar las necesidades de investigación

El 6º informe del Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Lores, Gran Bretaña, cita diversos problemas relacionados con la investigación de la MCA en el Reino Unido. Pueden aplicarse a los problemas de investigación en el campo en general. El Comité encontró una infraestructura de investigación deficiente y concluyó que con frecuencia las investigaciones que se llevan a cabo no tienen la calidad deseada ya que las éticas de investigación no se comprenden demasiado bien, falta metodología sólida, los recursos disponibles son muy limitados y los investigadores no quieren valorar la evidencia. La Tabla 8 ofrece un resumen de las necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.

En la Tabla 9 se detallan algunas áreas prioritarias para la investigación.

Tabla 8

Necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA

En el ámbito nacional:

- Legislación y registro nacional de medicinas con base de hierbas.
- Control de seguridad para las medicinas con base de hierbas y otras MT/MCA.
- Apoyo para las investigaciones clínicas en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de problemas sanitarios comunes del país.
- Pautas, directrices técnicas y metodología nacionales para valorar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.
- Farmacopea nacional y monográficos de plantas medicinales nacionales.

En el ámbito internacional:

- Acceso a los conocimientos existentes sobre MT/MCA a través del intercambio de información precisa y redes.
- Compartir los resultados de las investigaciones en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de enfermedades y condiciones sanitarias comunes.
- Base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de los productos y terapias de la MT/MCA.

Tabla 9

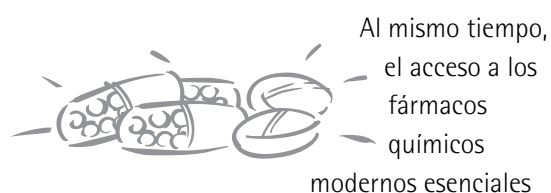
Áreas prioritarias de investigación

- Efectos de cada una de las terapias individuales: eficacia, seguridad y costo-efectividad.
- Estudio de los mecanismos de acción de las terapias individuales, incluyendo patrones de respuesta al tratamiento.
- Estudio del propio género de la MT/MCA, incluyendo la investigación social de la motivación de los pacientes para buscar MT/MCA y uso de patrones de MT/MCA.
- Estudio de nuevas estrategias de investigación, que sean sensibles con el paradigma de la MT/MCA.
- Estudio de la eficacia de los métodos de diagnóstico utilizados.
- Estudio de la implantación y efectos de la MT/MCA en instalaciones sanitarias específicas.

Fuente: Cámara de los Lores, 2000¹⁶.

2.4 Acceso

Las estadísticas demuestran abrumadoramente que es en los países más pobres del mundo donde más se necesitan tratamientos baratos y eficaces para enfermedades transmisibles. De los 10,5 millones de niños que murieron en 1999, el 99% procedían de países en vías de desarrollo. Más del 50% de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo se deben a cinco enfermedades infecciosas. De la misma forma, el 99% de los dos millones de muertes por tuberculosis anuales se producen en países en vías de desarrollo, y el 80% de los actuales 30 millones de personas con VIH/SIDA viven en el África subsahariana.⁵³



es limitado donde las personas sufren la mayoría de las enfermedades de transmisión. Las razones son bien conocidas e incluyen una financiación inadecuada y un aporte sanitario escaso. En los países en vías de desarrollo, sin embargo, la MT puede ser comparativamente barata. Adicionalmente, los practicantes de la MT son proveedores de atención sanitaria creíbles y respetados, si bien no están necesariamente reconocidos oficialmente.

Si tiene que aumentarse el acceso a la MT a fin de ayudar a mejorar el estado sanitario en los países en vías de desarrollo, deben atajarse muchos problemas (Tabla 10). Primero, deben desarrollarse indicadores estándar fiables para

Tabla 10

Necesidades clave para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA

Nacional e internacionalmente:

- Identificación de las terapias y productos más seguros y eficaces de la MT/MCA (incluyendo: evidencia de que la terapia es eficaz; evidencia de que la terapia es segura; evidencia de que la terapia es costo-eficaz).
- Estudio de tratamiento seguro y eficaz de MT/MCA para enfermedades que representan las mayores cargas, en particular para las poblaciones más pobres.
- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo.
- Optimizar y actualizar las habilidades de los practicantes de MT en los países en vías de desarrollo.
- Protección y preservación del conocimiento indígena sobre MT.
- Cultivo sostenible de las plantas medicinales.

medir con precisión los niveles de acceso — tanto económicos como geográficos — para la MT. Asimismo debe llevarse a cabo una investigación cualitativa que ayude a identificar las restricciones asociadas con la ampliación del acceso.

Segundo, deben identificarse las terapias de la MT más seguras y eficaces con objeto de ofrecer una base sólida que fomente los esfuerzos de la MT. El enfoque debe situarse en los tratamientos para aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones pobres. Esto significa centrarse en el desarrollo de productos para el tratamiento y la prevención de la malaria y el VIH/SIDA.

Evidentemente, aumentar el acceso a una MT segura y eficaz no debe significar el desplazamiento de programas que aumenten el acceso a la medicina alopática. En lugar deben crearse oportunidades que mejoren la cooperación entre los practicantes de la MT y los médicos alopáticos, a fin de permitir que los pacientes recurran tanto a las terapias de la

MT como a las alopáticas y de esta forma satisfacer mejor sus necesidades. Este es el caso en todos los lugares (y también se aplica a la MCA). Pero es particularmente relevante en áreas con escaso acceso a la medicina alopática. Afortunadamente, en esas áreas, los practicantes de la MT tienden a estar bien establecidos y bien respetados. Trabajar con estos practicantes puede facilitar la diseminación eficaz de mensajes sanitarios importantes entre las comunidades, además de fomentar la práctica segura de la MT.

Si se ha de aumentar sosteniblemente el acceso a la MT, también debe sostenerse el recurso natural básico del cual depende. Las materias primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, se recogen de poblaciones de plantas silvestres. La recogida excesiva debido al uso local intensificado o para satisfacer la demanda de exportación es un problema creciente. En África del este y del sur, la sostenibilidad de las existencias silvestres de la patata africana (*Hypoxis hemerocallidea* – antiguamente *H. Rooperi*) está amenazada por la gran publicidad sobre el uso de la planta en el tratamiento del VIH/SIDA que ha disparado su demanda³¹. Puesto que la gran mayoría de los recursos genéticos de la planta y de otras formas de biodiversidad se encuentran en o se originan en los países en vías de desarrollo con menos capacidad para protegerlas, dichos problemas tienen la urgente necesidad de una solución.

Los temas de la propiedad intelectual sin resolver es otro problema de acceso. Mientras que las investigaciones sobre MT son esenciales para asegurar un acceso seguro y eficaz a los tratamientos, el conocimiento de las prácticas y productos indígenas de la MT obtenido por los investigadores puede ser una fuente de beneficios para las empresas y los institutos de investigación. Cada vez más, parece que el conocimiento de la MT está siendo apropiado, adoptado y patentado por científicos e industrias, con escasa o ninguna compensación para sus custodios originales, y sin su consentimiento informado¹⁷.

2.5 Uso racional

En muchos países, se requiere más actividad respecto a la cualificación y licencia de los proveedores; el uso correcto de los productos de calidad asegurada; la buena comunicación entre los proveedores de MT/MCA, los médicos alopáticos y los pacientes; y la provisión de información y pautas científicas al público.

Educación y formación

Los retos en esta área son al menos dos (Tabla 11). Primero, asegurar que las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA

Tabla 11

Necesidades clave a la hora de fomentar el uso sólido de la MT/MCA por parte de los proveedores y los consumidores

Nacionalmente

- Directrices de formación para las terapias de la MT/MCA más comúnmente utilizadas.
- Fortalecimiento y aumento de la organización de los proveedores de MT/MCA.
- Fortalecimiento de la cooperación entre los suministradores de la MT/MCA y los médicos alopáticos.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los médicos alopáticos y sus pacientes concerniente a los usos más recientes de la MT/MCA.

sean adecuadas. Segundo, utilizar la formación para asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprenden y aprecian la complementariedad de los tipos de sanidad que ofrecen. Lo primero implica el establecimiento, donde sea posible, de sistemas de examen y licencias para la MT/MCA, y una legislación — de forma que sólo las personas cualificadas puedan practicar la MT/MCA o vender productos de MT/MCA. Lo segundo requiere modificar los programas de formación de los proveedores de MT/MCA para incluir elementos básicos de



atención sanitaria primaria y salud pública, y asegurar que los grados de farmacia, médico y de salud pública incluyan un componente de MT/MCA.

Uso correcto de productos de calidad asegurada

El uso correcto de productos de calidad asegurada también puede contribuir en gran medida a la hora de reducir el riesgo asociado con los productos de MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, la legislación y el registro de las medicinas con base de hierbas no están muy bien desarrollados en muchos países. Los productos pueden estar contaminados o variar enormemente en contenido, calidad y seguridad. El ajo, por ejemplo, del que se dice tiene efectos para reducir el colesterol, puede no producir dichos efectos si se procesa de determinadas formas⁵⁴. Al mismo tiempo, las



pautas para el control del etiquetado y la publicidad de las medicinas con base de hierbas son escasas. Lo que es más, muchas se venden directamente o como complementos para la dieta, con muy poco

asesoramiento sobre su uso apropiado. Los consumidores pueden no ser conscientes de los posibles efectos adversos, y sobre cómo y cuándo se pueden consumir las medicinas con base de hierbas de forma segura. Invertir esta situación necesitará un control mucho más estricto de los productos de la MT/MCA y mayores esfuerzos para educar al público en esta área.

Información y comunicación

El uso de la MT/MCA es cada vez mayor. Sin embargo, la forma en la que se perciben sus riesgos y cómo evitarlos no ha seguido el mismo ritmo. Como resultado, es posible que los consumidores no comprendan por qué deben buscar tratamiento sólo con proveedores

adecuadamente cualificados y formados, ni porqué deben tener cuidado cuando utilicen los productos de la MT/MCA. No se entiende por ejemplo, que pueden producirse efectos colaterales tras las reacciones entre las medicinas con base de hierbas y los fármacos químicos. Por sí solo, por ejemplo, el ginseng tiene escaso efectos adversos graves, pero si se combina con la warfarina, sus riesgos de actividad antiplaquetaria puede provocar la hipercoagulación⁵⁵. De la misma forma el uso de la hierba de San Juan como antidepresivo se ha visto favorablemente comparado con un antidepresivo normal como la imipramina. Pero si la hierba de San Juan

la toma un sujeto que también está tomando indinavir, un inhibidor de la proteasa VIH, los niveles de indinavir en la sangre se ven reducidos por debajo del nivel requerido para bloquear la multiplicación VIH^{56,57}.



Sin tener conocimientos sobre la posibilidad de que se produzcan dichas interacciones, los pacientes pueden no informar a sus médicos alopáticos sobre los productos de MT/MCA que están utilizando, a la vez que los médicos alopáticos pueden no preguntarles. En EE UU, tanto para 1990 como para 1997, menos del 40% de las terapias de MCA utilizadas fueron consultadas con el médico.¹³ Al mismo tiempo, los médicos, enfermeras y farmacéuticos alopáticos, los cuales pueden ser utilizados como fuentes de información por el público en general, puede que no estén informados sobre la MCA y por lo tanto no ser capaces de responder a las dudas de los pacientes sobre las opciones del tratamiento de la MCA.

Las estrategias de información, educación y comunicación pueden superar algunos de estos problemas, y elevar la conciencia de los beneficios potenciales de la MT/MCA.

El papel actual de la OMS



Los principales objetivos actuales de la OMS en cuanto a MT/MCA son proporcionar apoyo legislativo y de programas de forma que los Estados Miembro puedan:

- ▶ desarrollar su propia MT/MCA e integrarla en sus sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, y
- ▶ asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA.

También busca:

- ▶ aumentar el acceso — entre los Estados Miembro, la comunidad científica y el público — a una información precisa sobre los temas de MT/MCA.

Para realizar estas actividades de MT/MCA, la OMS no sólo trabaja directamente con los Estados Miembro, las organizaciones nacionales e internacionales y los cuerpos regionales, sino también con su red de Centros Colaboradores.

Algunos de los logros y actividades actuales de la OMS que se centran en satisfacer estos objetivos delineados anteriormente se enumeran debajo.

3.1 Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales

La OMS está especialmente interesada en apoyar el desarrollo de la MT en África, el sudeste asiático y el Pacífico occidental. Esto incluye ayudar a los Estados Miembro a desarrollar políticas y legislaciones nacionales, facilitar el intercambio de información

regional sobre estos temas y respaldar los esfuerzos para asegurar la seguridad de los productos y la disponibilidad de recursos humanos formados y cualificados.

África

Como se menciona en el Capítulo 2 el Comité Regional de la OMS para África adoptó una resolución en el 2000 sobre la *Promoción del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: una estrategia para la región africana*². La resolución reconoció la importancia y el potencial de la MT para el logro sanitario para toda la región africana y recomendó agilizar el desarrollo de la producción local de medicinas tradicionales. La resolución urgía también a los Estados Miembro a traducir la estrategia en políticas nacionales de MT realistas, respaldadas por una legislación y planes apropiados para intervenciones en el ámbito nacional y local, además de colaborar activamente con todos los asociados en su implantación y valoración.

Ahora se están empezando a ver resultados concretos como resultados del desarrollo de la estrategia. Estos resultados incluyen marcos de trabajo legales para la MT en 16 países africanos.

Américas

En 1999 un grupo de trabajo de AMRO revisó la situación y el uso de la MT (incluyendo política nacional y legislación) en su región, y propuso dos reuniones — sobre legislación de productos con base de hierbas y la investigación de la medicina indígena. La reunión

regional sobre aspectos legislativos de los productos con base de hierbas — organizada por la Sede Central de la OMS y AMRO — se celebró en el 2000 y analizó temas relacionados con la política nacional, las economías y la regulación y registro de productos con base de hierbas. Además, la OMS introdujo las guías para la valorar la seguridad y la eficacia de las medicinas con base de hierbas y los participantes adoptaron una propuesta sobre los requerimientos comunes del registro de productos con base de hierbas. Lo último fue facilitar la integración de la MT en los sistemas de salud nacionales en las Américas. La regulación y el registro de las medicinas con base de hierbas, en particular, se han establecido en: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Perú y Venezuela. La segunda reunión, sobre investigación de la medicina indígena, se celebró en marzo de 2001 en Guatemala.

“Los políticos encargados de elaborar la política sobre medicina en el ámbito mundial están reconociendo que la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales continúa siendo una parte muy arraigada de la cultura, historia y creencias de un país, y que esas prácticas en la mayoría de las zonas debe ser analizada como parte del sistema sanitario del país”⁵⁸.

Europa

Más de 12 países de Europa occidental han establecido o revisado sus normativas sobre medicinas con base de hierbas de acuerdo con las guías de la OMS para la valoración de medicinas con base de hierbas. La OMS es cada vez más activa a la hora de asesorar a los países europeos sobre las normativas de las MT/MCA y sobre cómo valorar su seguridad y eficacia.

Sudeste asiático

En todo el sudeste asiático la MT es ampliamente utilizada y respetada. En 1998, la reunión de ministros de sanidad del sudeste asiático recomendó que esta “rica herencia” e “importante recurso” se utilizase de forma más eficaz durante la implantación de la atención sanitaria primaria en los países de la región. En respuesta, SEARO organizó una consulta regional sobre el desarrollo de la medicina tradicional, el año siguiente. La consulta se centró en la afianzación de los programas nacionales de MT y en el papel de la experiencia de la MT en la mejora de los sistemas de salud de los distritos. De forma adicional, se compartió información sobre política y normativas nacionales acerca de la MT. SEARO continúa respaldando de forma activa a los países individualmente en sus esfuerzos por desarrollar una política nacional sobre MT e integrar la MT en sus sistemas nacionales de salud.

En particular, la OMS ha apoyado las actividades del Departamento de Sistemas Indios de Medicina y Homeopatía, que se establecieron dentro del Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar Indio en 1995. Durante 1998 y 1999, el Departamento incrementó sus esfuerzos para estandarizar y fomentar el control de calidad de la medicina ayurveda, unani, siddha y homeopática. Concluyó también las guías de buena práctica de elaboración para la medicina ayurveda además de fomentar la educación sobre MT india.

Pacífico occidental

El Pacífico occidental también cuenta con una rica herencia en MT, que sus países quieren optimizar. En las reuniones de 1997 y 1998 de los ministros de sanidad del Pacífico occidental, los participantes reiteraron su total apoyo a la más amplia aplicación y desarrollo de la MT en esforzarse por mejorar el estado sanitario.

La Oficina Regional para el Pacífico occidental (WPRO) no sólo respalda a aquellos países que están elaborando borradores nacionales sobre

política y normativas sobre MT, sino que también facilita la integración de la MT en los sistemas de salud. Por ejemplo, la OMS ayudó a elaborar el borrador legislativo, firmado el 8 de diciembre de 1997, en el que se creaba el Instituto Filipino de Atención Tradicional y Alternativo. También se asoció con Papua Nueva Guinea en la preparación de una política nacional sobre MT que desde entonces se ha incorporado en el plan sanitario 2001–2010 del país. Esta política identifica la investigación en materia de MT como una prioridad. En Singapur, el Acta de los Practicantes de Medicina Tradicional China, incorpora diversas recomendaciones hechas por la WPRO sobre legislación de practicantes, pasó al Parlamento en el año 2000.

"Cada vez son más los gobiernos de países y áreas de la región (región del Pacífico occidental de la OMS) que han mostrado su deseo de fomentar el uso correcto de la medicina tradicional y de introducirla en el sistema sanitario formal... Ahora hay 14 países y áreas en la región que han desarrollado documentos gubernamentales oficiales que reconocen la medicina tradicional y su práctica. Esto contrasta con la situación de hace pocos años, cuando sólo cuatro países (China, Japón, la República de Corea y Vietnam) reconocían oficialmente el papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud oficiales"⁵⁹.

Mientras tanto, en las universidades de Australia, China, Hong Kong (China), Japón, la República de Corea y Vietnam, se ofrecen cursos de graduación a tiempo completo sobre MT, muchos de los cuales se han beneficiado de la aportación de la WPRO.

Otras actividades de la WPRO incluyen el desarrollo, en 1997, de las *Guías para el Uso Apropiado de la Medicina con Base de Hierbas*, para fomentar el uso apropiado de

medicinas con base de hierbas por países en la región. Las guías pueden utilizarse para ayudar a formular políticas y programas nacionales sobre medicinas con base de hierbas. La creación e implantación de políticas nacionales sobre MT es un hecho en el área en la que WPRO se está implicando cada vez más. En 1999, un taller de trabajo de la WPRO sobre el desarrollo de políticas nacionales de MT revisó el papel de la MT en el Pacífico occidental e identificó problemas en el borrador de la política gubernamental relevante. A finales de 1999 una consulta de la WPRO sobre medicina alopática y MT examinó cómo armonizar los dos tipos de atención sanitaria para lograr el máximo impacto sanitario. En el año 2000, un taller de trabajo de la OMS sobre la práctica de la MT y el desarrollo del sector sanitario elaboró un borrador de un plan de acción sobre medicina tradicional para 20 países de las Islas del Pacífico.

3.2 Asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional

Las terapias de la MT/MCA a menudo se desarrollan dentro de un entorno cultural muy específico. Aunque cada vez más, se transfieren a otros entornos culturales. Esto hace surgir temas sobre seguridad y eficacia. Por ejemplo, ¿las terapias que se transfieren se aplican dentro del mismo grado de formación, habilidad y conocimiento que su entorno original? La acupuntura es un caso a destacar. Ahora se practica ampliamente en muchos países aparte de en China — su país de origen — probablemente la acupuntura se ha convertido en una de las terapias de MT/MCA más populares del mundo. La OMS ha trabajado con expertos en acupuntura para proponer una nomenclatura internacional estándar. Esto se acepta



ahora ampliamente. La OMS también ha desarrollado las *Guías sobre la Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura y las Guías para el Estudio Clínico sobre Acupuntura*. Estas guías alientan a las autoridades sanitarias nacionales a regular la práctica y el estudio de la acupuntura.

De la misma forma, los productos de MT/MCA, en particular las medicinas con base de hierbas, se comercializan interregional e internacionalmente. Muchas autoridades sanitarias están preocupadas en cuanto al uso racional y seguro, en particular si falta de legislación relevante y por no poder asegurar la calidad y la seguridad de esos productos. La OMS ha respondido elaborando documentos de referencia tales como *Métodos de Control de Calidad para Materiales Elaborados con Plantas Medicinales*, para no sólo facilitar el trabajo técnico de las autoridades encargadas de regular los fármacos sino también para alentar a los países a llevar a cabo controles de calidad de las medicinas con base de hierbas.

Herramientas y asistencia de la OMS

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, se han establecido institutos de MT — como en China, la República Popular Democrática de Corea, Ghana, India, Indonesia, la República Popular de Laos, Mali, Madagascar, Nigeria, la República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam. La OMS no sólo proporciona guías e información científica para respaldar su investigación, sino que también concede ayudas para la investigación en seguridad y eficacia en el uso de la MT/MCA. En África, la OMS ha respaldado a un total de 21 países en sus investigaciones sobre terapias de MT. Por ejemplo, ha proporcionado ayudas para la



investigación a fin de respaldar el estudio clínico de medicamentos antimaláricos con base de hierbas que se están llevando a cabo en el Instituto de Investigación Médica de Kenia, en el

Centro Nacional de Ghana para el Estudio Científico de Medicinas con Base de Plantas y en el Instituto Nacional de Nigeria para la Investigación y Desarrollo Farmacéutico. El estudio está siguiendo las *Guías Generales de la OMS para Metodologías sobre el Estudio y Valoración de la Medicina Tradicional*.

Colaboración con otras organizaciones

El trabajo de la OMS para fomentar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA se beneficia del aporte técnico de diversas organizaciones, tanto nacionales como internacionales. La NCCAM en EE UU, por ejemplo, fue designado en 1996 un Centro OMS de Colaboración para la Medicina Tradicional. Ha proporcionado no sólo comentarios técnicos sobre el desarrollo de Monográficos de la OMS sobre *Plantas Medicinales Seleccionadas y Guías sobre Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura*, sino también apoyo económico para el desarrollo de documentos tales como las *Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional*.

En Europa, la colaboración se ha producido con el Grupo de Trabajo sobre Productos Médicos con Base de Hierbas de AEEM. El grupo ha ayudado en la preparación de *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas, Guías Generales para Metodologías sobre la Investigación y Valoración de la Medicina Tradicional y Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas*. Como resultados, los países europeos están alentando el uso de documentos técnicos de la OMS sobre MT/MCA.

La OMS también trabaja con sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional para llevar a cabo actividades nacionales, regionales y globales. (En el Anexo 1 aparece una lista completa de estos Centros Colaboradores de la OMS). Los Centros Colaboradores de la OMS para la Medicina Tradicional acuerdan fomentar su MT por medio de programas de investigación y formación (Figura 12). También acuerdan proporcionar comentarios e información

Figura 12

Centros OMS Colaboradores para la Medicina Tradicional – un recurso creciente



técnica a fin de respaldar el desarrollo de guías y documentos técnicos de la OMS, y a petición de la OMS, expertos en acupuntura y en el estudio de habilidades para investigar la seguridad y eficacia de las medicinas con base de hierbas.

3.3 Aumento del acceso a la información sobre MT/MCA

Con 191 Estados Miembro, implicados en una amplia gama de actividades de MT y acceso directo a la experiencia en muchos temas de MT, la OMS se encuentra en una situación ideal para ayudar a aumentar el acceso a información precisa sobre MT. Esto incluye producir trabajos de referencia autorizados – por ejemplo sobre plantas medicinales – y pautas sobre política, formación y buena práctica nacionales, además de la selección y uso de terapias (véase el Anexo 2). La Organización también facilita cada vez más el intercambio de información.

Información autoritaria

Los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas* proporcionan información científica sobre seguridad, eficacia y control de la calidad de plantas medicinales ampliamente utilizadas. Éstos incluyen sumarios concisos de características botánicas de las plantas medicinales, listados de los principales integrantes químicos de las plantas e instrucciones sobre cómo asegurar el control de la calidad de los materiales con base de hierbas derivados de las plantas. Los *Monográficos* también resumen el uso médico en tres categorías: farmacología; posología; contraindicaciones y precauciones frente a reacciones potencialmente adversas. Una referencia clave para las autoridades sanitarias nacionales, los científicos y las empresas farmacéuticas, también los utilizan personas laicas para obtener un uso racional de las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, Estados Miembro de la OMS tan diversos como Benin, México, Sudáfrica y Vietnam han utilizado los *Monográficos* como

modelo a la hora de desarrollar sus propios monográficos o formularios nacionales. La Comisión Europea ha recomendado el Volumen 1 a sus propios Estados Miembro como una referencia autoritaria.

Aunque la responsabilidad general del contenido y producción de los *Monográficos* descansa con la OMS, no obstante son un esfuerzo de colaboración que ha mejorado su precisión y fiabilidad. Hasta la fecha, más de 200 expertos, además de los miembros de la Junta Asesora de Expertos de la OMS sobre Medicina Tradicional y más de 50 autoridades nacionales sobre fármacos, se han implicado en su preparación. El Volumen 1 del *Monográfico* se publicó en 1999 y desde entonces se ha distribuido ampliamente. El Volumen II se publicó en 2001 y el Volumen III estará finalizado hacia finales del 2001.

La *Situación Normativa de Medicinas con Base de Hierbas: Revisión Mundial* ha sido también un esfuerzo de colaboración — entre la OMS y muchos de sus Estados Miembro. Proporciona información de 50 países sobre la legislación en materia de medicinas con base de hierbas, este trabajo de referencia sirve como guía a las autoridades sanitarias en sus países para la legislación y registro de las medicinas con base de hierbas. Los institutos de investigación y la industria farmacéutica también encuentran la Revisión de utilidad. *Métodos de Control de Calidad para los Materiales de Plantas Medicinales* es otra referencia clave recientemente producida por la OMS.

Facilitar el intercambio de información

Además de elaborar sus propias publicaciones y documentos ampliamente disponibles, la OMS también facilita el intercambio de información a través de sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional. Las dudas recibidas de las autoridades nacionales sanitarias, de científicos y del público se responden en cooperación con esos Centros Colaboradores de la OMS.

El Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago, cuenta con una base de datos sobre plantas medicinales que contiene información codificada sobre productos naturales de 150 750 referencias. Esta base incluye referencias relacionadas con la etnomedicina, farmacología de extractos y compuestos puros y fitoquímica. Desde 1994, el Centro ha proporcionado valiosa ayuda para la elaboración de los tres volúmenes de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También ha proporcionado información gratuitamente a países en vías de desarrollo. En el año 2000, la Sede Central de la OMS atendió 10 182 solicitudes procedentes de países en vías de desarrollo y las Oficinas Regionales de la OMS proporcionaron 407 840 referencias (Tabla 12).

De la misma forma, los Centros Colaboradores de Medicina Tradicional de la OMS en China (el Instituto de Ciencia Clínica e Información, la Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing), la República de Corea (Instituto

Tabla 12

Intercambio de información a través del Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago

Sede Central u Oficina Regional de la OMS	Número de solicitudes recibidas	Número de referencias suministradas en respuesta
Sede Central	171	17 396
Oficina Regional de África	1 759	31 238
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	28	1 784
Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud	5 135	131 760
Oficina Regional para el Sudeste Asiático	2 801	179 113
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	288	46 549

de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl) y EE UU (El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, los Institutos Sanitarios, Bethesda, Maryland) también mantiene una base de datos de información sobre MT/MCA que juega un importante papel y un rol visible a la hora de proporcionar información científica tanto para proveedores como para el público.

Por último pero no por ello menos importante, la Sede Central y las Oficinas Regionales de

la OMS están organizando una serie de páginas web sobre MT/MCA a fin de proporcionar información sobre políticas nacionales de MT/MCA, legislaciones que gobiernan la práctica y uso de la MT/MCA, y datos de investigación sobre seguridad, eficacia y uso de terapias de MT/MCA.



Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario mundial es una tarea desalentadora, que cubre diversas gamas de actividades y exige una experiencia muy amplia. Afortunadamente, el número de organizaciones que

*"El reconocimiento por parte de los gobiernos de la importancia de la medicina tradicional para la sanidad de las poblaciones de la Región y la creación de un entorno capacitador son la base para la optimización del uso de la medicina tradicional. Es necesario contar con el compromiso político sostenible y el apoyo de los políticos, de los practicantes de la medicina tradicional, de las ONG, de las asociaciones profesionales, de la comunidad, de las instituciones de enseñanza y formación y de los demás accionistas, creado a través del apoyo y la utilización del marketing social y los métodos de participación."*²

trabajan en temas relacionados con la MT/MCA y cuya ayuda puede solicitar la OMS, es cada vez mayor. Algunas de esas organizaciones se describen a continuación. También se ofrece una indicación de cualquier colaboración que ya ha tenido lugar entre esas organizaciones y la OMS.

4.1 Agencias de la ONU

La Convención sobre Comercio Internacional en Especies de Flora y Fauna en Peligro (CITES) (<http://www.cites.org/index.html>) entró en vigor en julio de 1975 y ahora es miembro de 125 países. Estos países actúan prohibiendo la explotación comercial de una lista acordada de especies de flora y fauna en peligro además de regular y controlar el comercio de otras especies que pudieran estar en peligro. La Secretaría de la Convención está administrada por el Programa de Medio Ambiente de la Organización de las Naciones Unidas y ayuda a los países a implementar la CITES por medio de la interpretación de sus provisiones, y asesoría sobre su implantación. La Secretaría también lleva a cabo proyectos para ayudar a mejorar la implantación, tales como seminarios de formación y a examinar el estado de las especies que se comercializan a fin de asegurar que su explotación se realiza dentro de unos límites sostenibles.

El mandato de la Organización para la Alimentación y la Agricultura de la Organización de Naciones Unidas (FAO) (<http://www.fao.org/>) es aumentar los niveles de nutrición y de vida, mejorar la productividad agrícola y las condiciones de las poblaciones rurales. Una prioridad específica de la organización es alentar la agricultura y el desarrollo rural sostenibles, incluyendo estrategias a largo plazo para la conservación y gestión de los recursos naturales. Desde la década de los 80, el Departamento Forestal de la FAO ha estado elaborando una serie de documentos sobre productos forestales no madereros –

algunos de los cuales incluyen plantas medicinales — con información sobre políticas nacionales, conservación y datos y actividades de estudio relacionadas. La FAO ha colaborado con la OMS en el desarrollo de los últimos *Monográficos sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*, ofreciendo datos sobre investigaciones.

Las principales metas de la **Conferencias de la Organización de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD)** (<http://www.unctad.org/>) son maximizar las oportunidades de comercio, inversiones y desarrollo existentes en países en vías de desarrollo, y ayudarles a hacer frente a los desafíos que surjan de la globalización. Muchos de los productos mundiales están basados en el conocimiento tradicional y representan una importante fuente de ingresos, alimentos y atención sanitaria. De la misma forma, la mayoría de los recursos genéticos de las plantas y de otras formas de biodiversidad originarios de o que se encuentran en los países en vías de desarrollo. UNCTAD está muy implicada en el tema de la protección de los conocimientos tradicionales. En la actualidad, está atendiendo al problema de la malversación de conocimientos sobre MT. La colaboración entre UNCTAD y la OMS se encuentra en sus primeras etapas pero en el año 2000 la OMS acudió a la Reunión de Expertos sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de los Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales de la UNCTAD, y una representación de la UNCTAD acudió al Taller de Trabajo Inter-regional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de la Medicina Tradicional de la OMS, celebrado en Bangkok.

La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) (<http://www.unido.org/>) ayuda a los países en vías de desarrollo y a las economías de transición a obtener un desarrollo industrial sostenible. En particular, gestiona los temas asociados con la economía competitiva, medio ambiente sólido y empleo productivo en el ámbito político,

institucional y empresarial. En 1986 una reunión de expertos de ONUDI recomendó el fomento e incorporación de la investigación, desarrollo y distribución de medicinas con base de hierbas en los sistemas de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo. La Tercera Consulta ONUDI sobre la Industria Farmacéutica, en 1987, recomendó que ONUDI respaldase el uso industrial de plantas medicinales, incluyendo la producción empresarial de medicinas con base de hierbas y el desarrollo de tecnología para estandarizar la producción de medicinas con base de hierbas. En la actualidad ONUDI apoya a los países en vías de desarrollo en sus esfuerzos por construir una capacidad industrial para producir medicinas con base de hierbas. ONUDI ha participado en una consulta de la OMS para desarrollar los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (<http://www.wipo.org/>) está "dedicada a fomentar el uso y protección de los trabajos del espíritu humano". Administra 21 tratados internacionales que tratan los distintos aspectos de la protección de la propiedad intelectual. En 1998, los Estados Miembro de la OMPI solicitaron a la Organización que diera inicio a un programa de trabajo sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. Desde entonces, la OMPI ha dirigido el Seminario de la Región Asiática sobre Temas de Propiedad Intelectual en el Campo de la Medicina Tradicional (celebrado en Nueva Delhi, en octubre de 1998), y ha trabajado con la UNEP en dos casos de estudio sobre el papel de los derechos de propiedad intelectual a la hora de compartir los beneficios surgidos del uso de las plantas medicinales y de los conocimientos asociados sobre MT. También ha llevado a cabo misiones de descubrimientos de hechos sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales (1998-1999) y ha presidido dos mesas redondas sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. También ha desarrollado una Biblioteca Digital de Conocimientos Tradicionales (TKDL), que incluye información sobre

unas 50 plantas medicinales y conocimientos tradicionales asociados. La OMPI ha invitado a la OMS ha cooperar en el desarrollo de TKDL.

4.2 Organizaciones internacionales

La Secretaría de la Commonwealth (<http://www.thecommonwealth.org/>) es la principal organización de la Commonwealth, una asociación voluntaria de estados soberanos independientes, que incluye tanto naciones desarrolladas como naciones en vías de desarrollo. Además de buscar la promoción de la democracia y el buen gobierno, y de servir como plataforma para la construcción del consenso global, la Commonwealth es una fuente de ayuda práctica para el desarrollo sostenible. Esto último ha incluido recientemente la promoción de la producción de medicinas con base de hierbas. La Secretaría ha proporcionado fondos limitados para apoyar a países africanos anglófonos para la elaboración de medicinas con base de hierbas y a finales del año 2000 organizó un Foro sobre Plantas Medicinales en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. El Foro exploró las formas de mejorar y alentar el cultivo y conservación de las plantas a fin de aumentar la producción de remedios con base de hierbas que ofrezcan una medicina asequible, especialmente en el continente africano. El Foro también trató temas relacionados con el comercio tales como fronteras sin tarifas, legislación y licencias, patentes y calidad. La Secretaría lanzó *Una Guía para el Mercado Europeo de Plantas y Extractos Medicinales* en el mismo Foro. Detallando el crecimiento y desarrollo de la industria de hierbas europea, la guía incluye información práctica para los productores y exportadores de plantas medicinales.

La Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) (<http://www.emea.eu.int/>) contribuye a la protección y fomento de la salud pública y animal a través de sus esfuerzos para asegurar la valoración de gran

calidad de productos medicinales; el desarrollo eficaz y procedimientos transparentes para facilitar el acceso sin limitación de tiempo por parte de los usuarios a medicinas innovadoras; y controlar la seguridad de medicinas para humanos y animales, en particular mediante su red de farmacovigilancia. En 1997, la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Productos Medicinales con Base de Hierbas. El grupo actúa como un foro para los Estados Miembro a fin de intercambiar información y experiencia sobre productos medicinales con base de hierbas. También fomenta el desarrollo de una interpretación común de la legislación existente en esta área y proporciona orientación a las autoridades nacionales encargadas de la regulación de fármacos sobre los temas relacionados con las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, el Grupo está preparando propuestas para la revisión y desarrollo de nuevas pautas y requerimientos para asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos medicinales con base de hierbas.

Fundada en 1989, la Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP) (<http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html>) se centra en el avance del estado científico de las fitomedicinas^h y en ayudar en la armonización de su estado legislativo en el ámbito europeo. El Comité Científico de la ESCOP ha completado varios monográficos europeos que resumen los usos medicinales de las plantas (incluyendo su seguridad). La ESCOP considera esta actividad esencial para la armonización. Para 1992 se habían publicado quince monográficos. Desde entonces, la atención se ha centrado en la elaboración de sumarios de las características de los productos sobre fármacos de plantas individuales, principalmente para las cuales ya existen monográficos farmacológicos europeos o nacionales. La secuencia de tópicos en cada sumario está diseñada para destacar los aspectos clínicos de los fármacos de las

^h ESCOP define las fitomedicinas como "productos medicinales que contienen como ingredientes activos plantas, partes de las plantas o materiales de plantas, o combinaciones, tanto en crudo como en estado procesado".

plantas relevantes, incluyendo datos farmacodinámicos, farmacocinéticos y seguridad preclínica.

La **Unión Europea (UE)** (<http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html>) es la unión de 15 estados independientes con base en las Comunidades Europeas y se fundó para aumentar la cooperación política, económica y social. Los Estados Miembro delegan la soberanía para determinados asuntos a instituciones independientes que representan los intereses de la UE como un conjunto, de sus países miembro y de sus ciudadanos. La UE se centra en dos aspectos de la MT/MCA: política y legislación y estudio de la medicina "no convencional". Un proyecto recientemente finalizado COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) examinó las diferencias entre la medicina llamada convencional y la medicina no convencional en términos de conceptos, investigación y práctica, las razones para la creciente popularidad de la medicina no convencional y las implicaciones de ésta para la medicina convencional, y el estado actual de la investigación en medicina no convencional.

El **Banco Mundial** (<http://www.worldbank.org/>) es la principal fuente mundial de ayuda al desarrollo, proporcionando casi 17 mil millones de dólares estadounidenses en préstamos anualmente a sus países cliente. Utilizando sus recursos económicos, su personal y su base de conocimientos busca ayudar a los países en vías de desarrollo a conseguir un crecimiento estable, sostenible y equitativo en la lucha contra la pobreza. En la actualidad, esto incluye ayuda a diversos países en vías de desarrollo con políticas y estrategias para la conservación, cultivo, procesamiento y comercialización de plantas medicinales. De manera adicional, el Banco opera un Programa sobre Conocimiento Indígena (IK) (véase <http://www.worldbank.org/afr/ik/index.hym>), que se centra en el conocimiento indígena/tradicional en agricultura,

sanidad, preparación de alimentos, educación, gestión de los recursos naturales y otras muchas áreas de preocupación para las comunidades, en las actividades de patrones de desarrollo. Para lograr esta meta se están utilizando distintas estrategias. Entre ellas se incluye una base de datos sobre conocimientos y prácticas indígenas/tradicionales y una serie de "Notas IK". El Programa también respalda centros de recursos en todo el continente africano, centros dirigidos a la identificación y diseminación de los conocimientos y las prácticas indígenas/tradicionales. Trabajando con los gobiernos y los socios locales, el Programa también ha empezado a ayudar en la aplicación de IK en proyectos del Banco Mundial y en programas nacionales de desarrollo.

La **Organización Mundial del Comercio (OMC)** (<http://www.wto.org>) es la organización internacional encargada de establecer las normas legales para el comercio internacional. Aunque la OMC se hizo oficialmente operativa en junio de 1995, es la sucesora del sistema de comercio multilateral del Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio fundado en 1947. Sus objetivos son el fomento de la no-discriminación, la liberalización progresiva de las barreras comerciales, políticas y transparencia predecibles, competencia, y provisión especial para los países en vías de desarrollo. El Consejo de la OMC para el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercioⁱ acordó el estado observador de la OMS sobre unas bases ad hoc. La OMS puede ahora controlar todos los temas relevantes de debate de la OMC que pudieran tener implicaciones en el sector sanitario. (Desde mayo de 1999 la OMS ha sido encomendada para supervisar y analizar las implicaciones de salud pública de los acuerdos comerciales sobre farmacéuticos). En el año 2000, la OMS y la OMC celebraron un taller de trabajo internacional sobre Precios Diferenciales y Financiación de Fármacos Esenciales.

ⁱ El Acuerdo se conoce comúnmente como "ADPIC".

4.3 Organizaciones no gubernamentales

En el ámbito mundial, muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) están trabajando en MT/MCA. A continuación se ofrecen algunos ejemplos.

Mediante la preparación, mantenimiento y fomento al acceso de revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones sanitarias, la **Colaboración Cochrane** (<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>) se centra en ayudar a las personas a tomar decisiones bien informadas sobre salud. Cochrane Fields son grupos Cochrane centrados en las dimensiones sanitarias no relacionadas con problemas de salud, como la situación de la atención (p. e. atención primaria), el tipo de consumidor (p.e. personas mayores), el tipo de proveedor (p.e. enfermeras) o el tipo de intervención (p.e. terapias físicas). Las personas que trabajan en un Field investigan en revistas especializadas, ayudan a asegurar que las prioridades y perspectivas se reflejan en su campo de interés en el trabajo de grupos colaboradores de revisión, compilan bases de datos especializadas de revisiones, coordinan actividades con agencias relevantes fuera de la Colaboración y comentan las revisiones sistemáticas relacionadas con su área particular. El Cochrane Complementary Medicine Field se estableció en 1996 para producir, mantener y disseminar las revisiones sistemáticas sobre tópicos de MT/MCA.

La misión de la **Fundación Ford** (<http://www.fordfound.org/>) es la de "hacer disminuir la pobreza y fomentar la justicia en todo el mundo". Respaldar a ONG, colegios, universidades, institutos de investigación, grupos culturales y organizaciones gubernamentales. Está especialmente interesada en la epidemia de VIH/SIDA en África, y cree que la epidemia de SIDA en África no puede tratarse sin la colaboración activa de los sanadores tradicionales y de las organizaciones de MT. Una de sus principales cesionarios es PRO.ME.TRA (véase a continuación), con el que trabaja

para llevar a cabo actividades de MT en el África anglófona y francófona.

Con base en Dakar, Senegal, y con oficinas en Benin, Camerún y EE UU, **PRO.ME.TRA** — la **Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional** (<http://www.prometra.org>) — trabaja para avanzar el uso y la aceptación de la MT. Además de tener en funcionamiento una asociación de 450 sanadores certificados y de una clínica para el tratamiento en Fatick, Senegal, elabora información educativa sanitaria para luchar con el VIH/SIDA. Su estrategia de comunicación incorpora el uso de tecnología de impresión, tecnología de medios electrónicos y tecnología digital por satélite además de estar implementando ayuda de la **Foundation du Présent** en Ginebra, Suiza y la **Fundación Mundial del Espacio** en EE UU.

El **Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF)** (<http://www.panda.org/>) es la principal organización independiente para la conservación. Al igual que la **Unión Mundial para la Conservación (IUCN)** (<http://www.iucn.org/>), WWF trabajar para ayudar a las sociedades de todo el mundo en la conservación de la integridad y diversidad de la naturaleza, y para asegurar el uso equitativo y ecológicamente sostenible de cualquier recurso natural. Esto incluye proyectos e investigaciones sobre la gestión de productos forestales no madereros, que comúnmente incluye plantas medicinales. Ambas organizaciones han mostrado cómo la demanda masiva de corteza, raíces y plantas de las poblaciones silvestres de plantas medicinales puede provocar declives críticos en la población de algunas especies, conduciendo potencialmente a su extinción. Destacando dicha preocupación las dos Organizaciones han unido a conservacionistas y a usuarios de recursos para investigar posibles soluciones y para estudiar el cultivo sostenible de plantas



medicinales. Ambas Organizaciones han desarrollado pautas sobre cómo conservar las plantas medicinales.

4.4 Asociaciones profesionales globales

La Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI) (Liga Internacional Médica Homeopática) (LMHI) (<http://www.lmhi.net/>) se fundó en 1925 y representa a unos 8000 homeópatas de 50 países. Sus objetivos son respaldar a los países miembro en sus esfuerzos por asegurar el reconocimiento legal de la homeopatía, crear lazos de unión entre homeópatas con licencia y diplomas médicos y proporcionar ayuda y apoyo a las organizaciones homeopáticas nacionales en educación homeopática, investigación sobre homeopatía y documentación de prácticas homeopáticas. También promueve el reembolso del tratamiento homeopático dentro de los programas de la seguridad social.

Fundada en 1987, la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión (WFAS) (<http://www.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm>) cuenta con casi 60.000 miembros de 73 organizaciones de acupuntura procedentes de 40 países de diversas regiones. De estos miembros, el 70% (35.000) son doctores en medicina o se han graduado en colegios y universidades de MT oficialmente reconocidos por el gobierno nacional (como sucede en China, la República de Corea y Vietnam). Los miembros restantes son acupunturistas con licencia para su práctica. WFAS promueve el entendimiento y la cooperación entre los grupos de acupuntura-moxibustión de todo el mundo, refuerza los intercambios académicos sobre acupuntura-moxibustión y contribuye al desarrollo de la ciencia de la acupuntura-moxibustión. WFAS ha trabajado con la OMS para desarrollar las guías técnicas y los estándares internacionales de la OMS sobre temas asociados con la acupuntura-moxibustión. Esto incluye la contribución en

diversos documentos técnicos de la OMS sobre acupuntura.

La Federación Mundial de Quiropráctica (WFC) (<http://www.wfc.org/>) trabaja con organizaciones nacionales e internacionales para ofrecer información y otro tipo de ayuda en los campos de la quiropráctica y la salud mundial; promover un nivel alto y uniforme de educación, investigación y práctica quiropráctica, trabajar para desarrollar una opinión pública informada entre todas las personas respecto a la quiropráctica, y a petición ofrecer asesoramiento sobre la legislación apropiada para la quiropráctica en los países miembro. Las actividades actuales con la OMS incluyen la investigación sobre el dolor de espalda y la recogida de información sobre la normativa y registro de la práctica de la quiropráctica por países. Posteriormente ayudará a la OMS a revisar y documentar el estado legal de la MT.

En 1970 se fundó una federación de 54 asociaciones miembro, la Industria Mundial de la Automedicación (WSMI) (<http://www.wsmi.org/guide.html>) que representa a fabricantes y distribuidores de medicinas sin receta – que son medicamentos de venta sin receta médica – una gran proporción de las cuales son medicinas con base de hierbas. Muchas empresas que desarrollan, fabrican y comercializan medicinas con base de hierbas pertenecen a las asociaciones miembro de la WSMI. La WSMI alienta el desarrollo de las asociaciones industriales de automedicación para fomentar el entendimiento y desarrollo de una automedicación responsable. De echo, precisa asociaciones miembro para desarrollar e implementar códigos voluntarios de práctica publicitaria y alienta el etiquetado responsable para con el consumidor. WSMI tiene una relación oficial con la OMS desde 1977 y ha trabajado con la Organización en el desarrollo de pautas para la valoración de medicinas con base de hierbas y una metodología para el estudio y la valoración de las medicinas con base de hierbas. Asimismo, ha contribuido al estudio de datos que respalden el desarrollo

de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

4.5 Asociaciones profesionales internacional y nacionales

Son muchas las diferentes asociaciones profesionales internacionales que respaldan las actividades de la OMS. La Organización Islámica para las Ciencias Médicas (IOMS) (<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo192.htm>), por ejemplo, planea trabajar con la OMS en la preparación de un manual sobre el uso de las plantas medicinales. La medicina islámica incorpora la medicina occidental moderna pero su quinto criterio de "utilización de todos los recursos útiles" significa que también desean considerar cualquier tratamiento potencialmente útil, incluyendo terapias de MT/MCA, tales como el tratamiento con medicinas con base de hierbas. IOMS estableció el Centro de Investigación sobre Medicina con Base de Hierbas en Kuwait. Una organización no lucrativa que extiende sus servicios a todos aquellos que busquen tratamiento con medicinas con base de hierbas y otros productos.

Otras muchas organizaciones profesionales nacionales trabajan con la OMS. Las organizaciones profesionales nacionales incluyen asociaciones de practicantes de MT en África y Asia. Por ejemplo, hay 22 asociaciones de practicantes de MT en el África Subsahariana. En China, las asociaciones profesionales nacionales existen para aquellos que practican tanto medicina alopática como MT, para

practicantes de terapias manuales y para especialistas en nutrición y alimentos sanos. En India, las asociaciones profesionales existen desde hace mucho tiempo para los practicantes de ayurveda, unani, sidha y homeopatía.

4.6 Iniciativas específicas

La Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales (GIFTS) de Salud (<http://users.ox.ac.uk/~gree0179/>) está respaldada por la Secretaría de la Commonwealth (véase la Sección 4.2). Busca elevar la conciencia internacional sobre el papel de los sistemas de salud tradicionales y fomentar el desarrollo de una política para asegurar su uso continuado. Este trabajo incluye el desarrollo de lazos entre los sistemas de salud tradicionales, la conservación de la biodiversidad y el desarrollo económico.

La Iniciativa para el Estudio de Métodos Tradicionales contra la Malaria (RITAM) (http://mim.nih.gov/english/partnerships/ritam_application.pdf) se lanzó en 1999 como una colaboración entre la OMS, la Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales de Salud (GIFTS), la Universidad de Oxford e investigadores de todo el mundo que investiguen o estén interesados en las propiedades contra la malaria de las plantas, con un punto de vista para desarrollar o validar las medicinas locales con base de hierbas a fin de evitar y/o tratar la malaria. RITAM celebró su reunión inaugural en diciembre de 1999 en Moshi, Tanzania.

Estrategia y plan de acción
2002–2005

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas es una de las direcciones estratégicas de la OMS para 2002–2005.⁶⁰ Puesto que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, la OMS está promoviendo su inclusión – donde la seguridad y eficacia es algo probado – en planes para mejorar el estado sanitario.

Al mismo tiempo, la población global anciana está teniendo mayor incidencia de enfermedades crónicas y la MT/MCA ofrece medios



potenciales para la curación de dichas enfermedades. De hecho, en los países desarrollados cada vez son más las personas que hacen uso de la MT/MCA – en combinación con o en lugar de la medicina alopática – para ayudar a aliviar el dolor crónico y/o mejorar la calidad de vida.

Sin embargo a fin de asegurar el uso óptimo de la MT/MCA deben lograrse varios objetivos. Al mismo tiempo, los recursos de la OMS son limitados y los esfuerzos deben dirigirse a asegurar que la salud del gran público llega a un número mayor de usuarios. Los objetivos específicos sobre MT/MCA para 2002–2005 son respaldar a los países:

- integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado^j, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales de MT/MCA
- fomentando la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando asesoría sobre pautas, normativas y controles de calidad
- aumentando la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso a la misma de las poblaciones pobres
- fomentando el uso terapéutico sólido y apropiado de la MT/MCA tanto de proveedores como de consumidores.

Cada uno de estos objetivos incorpora dos o tres componentes, con resultados esperados (Tabla 13). También se ha incluido un indicador crítico para cada objetivo y se utilizará para ayudar a valorar el trabajo de la OMS en esta área. De manera adicional, se llevarán a cabo diversas encuestas relacionadas con la política de la MT/MCA, regulación y uso de la MT/MCA, en cooperación con los Estados Miembro y las ONG para valorar el progreso.

A lo largo de los próximos cuatro años, la OMS pondrá en práctica los dos primeros objetivos – desarrollo e implantación de políticas nacionales sobre MT/MCA y el

^j "Apropiado" se toma para referirse a la sanidad MT/MCA que no cuesta más y que no es menos segura ni eficaz que la atención alopática recomendada para la enfermedad o problema sanitario.

Tabla 13

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005 — objetivos, componentes y resultados esperados

Objetivos	Componentes	Resultados esperados
POLÍTICA: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implementando políticas* y programas nacionales de MT/MCA	1. Reconocimiento de la MT/MCA Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales de MT/MCA	1.1 Mayor apoyo gubernamental para la MT/MCA mediante una amplia política nacional sobre MT/MCA 1.2 Integrar la MT/MCA relevante en los servicios del sistema sanitario nacional
	2. Proteger y preservar los conocimientos indígenas sobre MT asociados con la salud Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger los conocimientos indígenas de MT	2.1 Aumentar el registro y preservación de los conocimientos indígenas de MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT
SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD: Promover la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y fomentando la orientación sobre pautas normativas y de control de calidad	3. Base de evidencia para la MT/MCA Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA, con énfasis en los problemas sanitarios prioritarios como la malaria y VIH/SIDA	3.1 Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la MT/MCA a través de una red y del intercambio de información precisa 3.2 Revisiones técnicas de estudios sobre el uso de MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y estados comunes 3.3 Apoyo selectivo para el estudio clínico en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA, y enfermedades comunes
	4. Regulación de medicinas con base de hierbas Apoyar a los países para establecer sistemas legislativos eficaces para el registro y control de calidad de las medicinas con base de hierbas	4.1 Legislación nacional de medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación 4.2 Control de seguridad de medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA
	5. Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad Desarrollo y apoyo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA	5.1 Pautas y metodología técnica para valorar la seguridad, eficacia y calidad de MT/MCA 5.2 Criterio de datos basados en evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de terapias de MT/MCA
ACCESO: Aumentar la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, con énfasis en el acceso para las poblaciones pobres	6. Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la sanidad Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la sanidad alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos	6.1 Criterio e indicadores, cuando sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT/MCA 6.2 Aumentar la provisión de MT/MCA apropiada a través de los servicios sanitarios nacionales 6.3 Aumentar el número de organizaciones nacionales de proveedores de MT/MCA
	7. Protección de las plantas medicinales Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales	7.1 Pautas para una buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales 7.2 Uso sostenible de recursos de plantas medicinales
USO RACIONAL: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada tanto de proveedores como de consumidores	8. Uso correcto de MT/MCA por parte de los proveedores Aumentar la capacidad de los suministradores de MT/MCA para hacer un uso correcto de los productos y terapias de MT/MCA	8.1 Formación básica en las terapias MT/MCA más utilizadas para los practicantes alopáticos 8.2 Formación básica en atención sanitaria primaria a los practicantes de MT
	9. Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA	9.1 Información fiable para los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA 9.2 Mejorar la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de la MT/MCA

* Con la excepción de China, la República Popular Democrática de Corea y Vietnam, dicha integración no se ha producido en ningún lugar. Esto destaca el hecho de que en algunos países es necesario llevar a cabo una valoración nacional para determinar que modalidades de MT/MCA pueden integrarse mejor en el sistema sanitario nacional.

fomento de la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA — como prioridad. Esto incluirá el trabajo sobre la legislación de hierbas y demás productos de MT/MCA. También incluirá centrarse en el refuerzo de las metodologías de investigación y en el aumento de calidad, cantidad y accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones sobre la eficacia de la MT/MCA.

“La riqueza de experiencias y conocimientos clínicos acumulados sobre la medicina tradicional merecen ser conocidos y combinados con la investigación metodológica sólida en la extensión y limitaciones de la práctica tradicional. Pacientes, gobiernos, practicantes tradicionales y practicantes de medicina moderna se benefician de la práctica basada en la evidencia de la medicina tradicional. Es necesario contar con el respaldo de la comunidad científica y de los practicantes de medicina moderna si queremos que la medicina tradicional se sumerja en la corriente de los servicios sanitarios.”⁶¹

5.1 Política: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales de MT/MCA

Componentes

- Reconocimiento de la MT/MCA. Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
- Proteger y preservar el conocimiento indígena sobre MT relacionado con la salud. Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger sus conocimientos indígenas sobre MT.

Estrategia de la OMS

La OMS alentará a los gobiernos a reconocer la importante contribución que determinadas formas de MT/MCA pueden hacer para mejorar y mantener la salud. También reforzará la contribución entre los programas de MT de su Sede Central y de las Oficinas Regionales, a fin de elaborar y llevar a cabo tareas comunes eficaces y efectivas. Seguirá cooperando con otras agencias de la ONU y explorando la posibilidad de trabajar con nuevos socios. Esto incluirá la organización de una serie de talleres de trabajo regionales e interregionales para las autoridades sanitarias nacionales y el uso de la MT/MCA.

Lo que es más importante, la OMS ayudará a los Estados Miembro a desarrollar e implementar políticas y normativas nacionales sobre MT/MCA y fomentará formas seguras y eficaces de MT indígena de acuerdo con las guías de la OMS. La OMS también facilitará compartir información sobre MT/MCA entre diferentes países.



Indicador crítico

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro de la OMS que informan de una política MT/MCA nacional / Número total de Estados Miembro de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro de la OMS con política nacional de MT/MCA	25/191	13%	25%

Resultados esperados para 2002–2005

- Aumento del apoyo gubernamental para la MT/MCA, a través de amplias políticas nacionales sobre MT/MCA.
- Integración de la MT/MCA relevante en los sistemas nacionales sanitarios.

- Aumento del registro y preservación de los conocimientos indígenas sobre MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT.

5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando directrices sobre pautas, normativas y controles de calidad

Componentes

- Base de la evidencia para la MT/MCA. Aumentar el acceso a y ampliar los conocimientos sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, enfatizando problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA.
- Regulación de medicinas con base de hierbas. Respaldo a los países para establecer sistemas normativos efectivos para el registro y control de calidad de medicinas con base de hierbas.
- Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad. Desarrollo y respaldo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, la eficacia y el control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otras terapias y productos de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS reforzará y ampliará su actual red global de expertos en MT/MCA, miembros de los cuales incluyen Centros Colaboradores de la OMS, autoridades sanitarias nacionales, instituciones académicas y científicas y demás agencias internacionales relevantes, tales como AEEM, la Farmacopea Europea, la FAO, la Organización de Unidad Africana y ONUDI. Trabajando con estos socios seguirá desarrollando las guías técnicas y la información científica, especialmente sobre las medicinas con base de hierbas. La Organización también

ampliará su base de evidencia sobre MT/MCA, centrándose en la identificación de terapias de MT/MCA seguras y de eficacia probada a fin de generar una mayor credibilidad sanitaria pública para la MT/MCA. Esto se conseguirá mediante la revisión técnica del uso clínico de la MT/MCA en la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes, y apoyando adicionalmente la investigación clínica de la seguridad y la eficacia de la MT/MCA.

La Sede Central y las Oficinas Regionales de la OMS establecerán una red normativa global de sistemas de control de seguridad sobre medicinas con base de hierbas y demás terapias de la MT/MCA. Esto incluirá la ayuda a países para establecer una supervisión postmarketing de las medicinas con base de hierbas. La OMS seguirá cooperando con las asociaciones profesionales y las instituciones académicas relevantes para desarrollar y proporcionar pautas para la formación básica en determinadas terapias manuales. También organizará programas de formación y talleres de trabajo para las autoridades nacionales a fin de actualizar su conocimiento en materia de seguridad y eficacia para las medicinas con base de hierbas.

Indicador crítico

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro de la OMS que informan de leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas / Número total de Estados Miembro de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro de la OMS con leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas	65/191	34%	40%

Resultados esperados para 2002–2005

- Aumento del acceso a y ampliación del conocimiento de la MT/MCA mediante una red y el intercambio de información precisa.

- Revisiones técnicas de las investigaciones sobre el uso de la MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes.
- Apoyo selectivo para la investigación clínica en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y el VIH/SIDA y enfermedades comunes.
- Normativa nacional sobre medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación.
- Control de la seguridad de las medicinas con base de hierbas y demás productos y terapias de la MT/MCA.
- Guías técnicas y metodología para evaluar la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA.
- Criterio para los datos con base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de las terapias de la MT/MCA.

5.3 Acceso: Aumento de la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso para las poblaciones pobres

Componentes

- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria. Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos.
- Protección de las plantas medicinales. Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales.

Estrategia de la OMS

La mayoría de los países que sufren de malaria, VIH/SIDA y otras enfermedades de

transmisión común tienen menos de 15 dólares estadounidenses per cápita al año para gastar en sanidad. En algunos países sólo se dispone de 0,75 dólares estadounidenses per cápita al año para gasto en medicamentos. La OMS explorará el potencial para la utilización de recursos accesibles y asequibles de MT/MCA a fin de combatir las enfermedades de transmisión comunes. Esto incluirá la investigación de las medicinas con base de hierbas más eficaces, y alentará a los gobiernos a desarrollar estrategias para la protección de las poblaciones silvestres de plantas medicinales y el cultivo sostenible de dichas plantas. (Esto no sólo contribuirá al acceso a la sanidad, sino que protegerá el medio ambiente y generará ingresos). Se fomentará la protección de los conocimientos indígenas sobre MT/MCA relacionado con la sanidad y se compararán los beneficios de forma equitativa, dentro del contexto de cualquier investigación que se lleve a cabo.

La OMS también alentará el diálogo y la interacción entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos a fin de fomentar el reconocimiento del papel de la MT/MCA en la provisión sanitaria. En los países en vías de desarrollo se trabajará con las asociaciones de practicantes de MT y con las ONG de forma que se optimice el papel de los practicantes de la MT en la prevención y gestión de enfermedades de transmisión comunes.

Indicador crítico^k

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro africanos de la OMS que informan de reconocimiento de practicantes de MT / Número total de Estados Miembro africanos de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro africanos de la OMS con reconocimiento profesional de practicantes de MT	21/46	45%	60%

^k Los datos sólo están disponibles para la región africana.

Resultados esperados para 2002–2005

- Criterios e indicadores, donde sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT.
- Aumento de la provisión de la MT/MCA apropiada en todos los servicios sanitarios nacionales.
- Aumento del número de organizaciones nacionales de proveedores de MT.
- Pautas para la buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales.
- Uso sostenible de los recursos de las plantas medicinales.

5.4 Uso racional: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores

Componentes

- Uso correcto de la MT/MCA por parte de los proveedores. Aumentar la capacidad de los proveedores de MT/MCA para hacer un uso correcto de productos y terapias de MT/MCA.
- Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores. Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS alentará a los países a organizar programas de formación para practicantes alopáticos a fin de permitirles adquirir un conocimiento básico de MT/MCA y fomentar la práctica con licencia de las terapias.

La OMS seguirá desarrollando referencias autoritarias para los Estados Miembro, tales como los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También desarrollará materiales informativos y educativos

“... debemos ampliar el conocimiento base de los practicantes de MCA y sanitarios para abarcar todo el repertorio de prácticas sanitarias seguras y eficaces — ampliando totalmente los horizontes de la sanidad. Estas prácticas pueden integrarse en los planes de tratamiento interdisciplinarios óptimos, desarrollados en cooperación con los pacientes. Estos imperativos dictan serios esfuerzos en investigación, formación, educación y comunicación...”⁴⁵

(incluyendo traducciones) y una web MT/MCA para elevar la conciencia de la necesidad del uso racional de la MT/MCA y guiar al público en su uso seguro.

Indicador crítico

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación ¹ para MT/MCA / Número total de Estados Miembro de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación de MT/MCA	19/191	10%	18%

Resultados esperados para 2002–2005

- Formación básica en terapias de MT/MCA más comúnmente utilizadas para practicantes alopáticos.
- Formación básica en atención sanitaria primaria para practicantes de MT.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de MT/MCA.

¹ Un instituto nacional de investigación se define aquí como un instituto nacional de investigación respaldado por el gobierno.

Relación de centros colaboradores con la OMS en materias de medicina tradicional

Número total de centros colaboradores: 19

Desglose regional

Región africana:	3
Región Américas:	2
Región europea:	1
Región del sudeste asiático:	1
Región del Pacífico occidental:	12

Región africana

- Centro para la Investigación Científica en Plantas Medicinales, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

Región Américas

- Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), Institutos Nacionales de Sanidad, Departamento de Sanidad y Recursos Humanos, Bethesda, EE UU
- Colegio de Farmacia, Universidad de Illinois en Chicago, EE UU

Región europea

- Centro de Investigación en Bioclimatología, Biotecnologías y Medicina Natural, Universidad Estatal de Milán, Milán, Italia

Región del sudeste asiático

- Academia de Medicina Tradicional Coreana, Pyongyang, República Popular de Corea

Región del Pacífico occidental

- Instituto de Acupuntura y Moxibustión, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Ciencia e Información Clínicas, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Desarrollo de Plantas Medicinales, Academia China de Ciencias Médicas, Beijing, República Popular China
- Instituto de Materia Médica China, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China

- Universidad Nanjing de Medicina Tradicional China, Nanjing, República Popular China
- Instituto de Investigación sobre Acupuntura, Universidad Fundan, Shanghai, República Popular China
- Universidad de Shanghai de Medicina Tradicional China, Shanghai, República Popular China
- Centro de Investigación de Medicina Oriental, Instituto Kitasato, Tokio, Japón
- Departamento de Medicina Oriental Japonesa, Universidad Toyama de Medicina y Farmacia, Toyama, Japón
- Instituto de Investigación Médica Este-Oeste, Universidad Kyung Hee, Seúl, República de Corea
- Instituto de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl, Seúl, República de Corea
- Instituto de Medicina Tradicional, Hanoi, Vietnam

Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional

Las publicaciones y documentos listados a continuación están disponibles en inglés. Si las publicaciones y documentos también estuvieran disponibles en francés y/o español, esto se indicaría con una F y/o E.

Política y control nacionales

- Appia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries (Plan de Acción Apia sobre Medicina Tradicional en los Países de las Islas del Pacífico)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 2001.
- Development of National Policy on Traditional Medicine (Desarrollo de Política Nacional sobre Medicina Tradicional)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.
- Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review (Estado Legal de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria/Alternativa: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
- The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting (La Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional: Informe de una Reunión de la OMS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 622).
- Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review (Situación Normativa de las Medicinas a Base de Hierbas: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TM/98.1) (F en prensa/E).
- Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine (Informe del Taller de Trabajo Interregional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de Medicina Tradicional)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
- The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (El Papel de la Medicina Tradicional en la Atención Sanitaria Primaria en China) (Basado en un Seminario Interregional Patrocinado por la OMS en Asociación con el Ministerio de Sanidad de la República Popular China, 9-21 de octubre de 1985)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.2).
- Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information (Sistemas de Salud Tradicionales en Latinoamérica y el Caribe: Información de Base)*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Traditional Medicine and Health Care Coverage (Medicina Tradicional y Cobertura Sanitaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983. Reimpreso en 1988.
- Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers (Practicantes Tradicionales como Trabajadores Sanitarios de Atención Primaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

Calidad, seguridad y eficacia

Plantas medicinales

Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms (Pruebas Básicas para Fármacos: Sustancias Farmacéuticas, Materiales de Plantas Medicinales y Formas de Dosificación). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (F/E).

Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products (Buenas Prácticas de Fabricación: Guías Complementarias para la Fabricación de Productos Medicinales a Base de Hierbas). Anexo 8 del Comité Experto de la OMS sobre especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).

Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines (Guías para el Uso Apropiado de Medicinas con Base de Hierbas). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 23).

Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines (Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas). Anexo 11 del Comité Experto de la OMS sobre Especificaciones para Preparados Farmacéuticos. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).

Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials (Métodos de Control de Calidad para Materiales de Plantas Medicinales). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.

Medicinal Plants in China (Plantas Medicinales en China). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1989 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 2).

Medicinal Plants in the Republic of Korea (Plantas Medicinales en la República de Corea). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 21).

Medicinal Plants in the South Pacific (Plantas Medicinales en el Pacífico Sur). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 19).

Medicinal Plants in Viet Nam (Plantas Medicinales en Vietnam). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1990 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico occidental N° 3).

WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas). Volumen 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.

WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas). Volumen 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Investigación

Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products (Evaluación Clínica de Medicinas Tradicionales y Productos Naturales). Informe de una Consulta de la OMS sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 26–28 de septiembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.2).

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine (Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de Medicina Tradicional). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).

Guidelines for Clinical Research on Acupuncture (Guía para la Investigación Clínica en Acupuntura). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1995 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 15).

In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. (Control In Vitro de Actividades anti VIH). Informe de una Consulta Informal sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 6–8 de febrero de 1989. OMS Ginebra, 1989 (documento de referencia WHO/GPA/BMR/89.5).

Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines (Guía de Investigación para la Evaluación de la Seguridad y la Eficacia de las Medicinas con Base de Hierbas). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches (Medicina Tradicional y Moderna: Armonización de las Dos Aproximaciones). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.

Uso racional

Nomenclatura de acupuntura

A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group (Una propuesta de Nomenclatura de Acupuntura Estándar Internacional: Informe de un Grupo Científico de la OMS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.

Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature (Informe del Grupo de Trabajo sobre Nomenclatura de Acupuntura Auricular). Lyon, Francia, 28–30 de noviembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.2).

Standard Acupuncture Nomenclature (Nomenclatura Estándar de Acupuntura), 2ª ed., Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Conservación de plantas medicinales

Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation (Conservación de Plantas Medicinales. Procedimientos de una Consulta Internacional), Chiang Mai, Tailandia, 21–27 de marzo de 1988. Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1991.

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional value. Proceedings of the first WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement (Recursos Naturales y Salud Humana. Plantas de Valor Medicinal y Nutricional. Procedimiento del Primer Simposio de la OMS sobre Plantas y Salud para Todos: Avance Científico). Kobe, Japón, 26–28 de agosto de 1991. Amsterdam, Elsevier Science Publisher, 1992.

WHO/UCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants (Guía OMSIUCN/WWF sobre la Conservación de Plantas Medicinales). Gland, Suiza, Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza, 1993 (F/E).

Selección y uso de terapias

WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes (Curso OMS/DANIDA entre Países sobre la Metodología Apropriada para la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en Programas Nacionales Sanitarios). Informe de un Curso entre Países Celebrado en Kadoma, Zimbabwe, 26 de junio – 6 de julio de 1989. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.1).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care (Curso OMS/DANIDA de Formación: la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en la Atención Sanitaria Primaria). Informe de una Taller de Trabajo entre Países Celebrado en Bangkok, Tailandia, 25 de noviembre – 4 de diciembre de 1985. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.1).

Formación y buena práctica

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care (Guía para la Formación de los Practicantes de Salud Tradicional en la Atención Salud Primaria). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture (Guía sobre la Formación Básica y la Seguridad en Acupuntura). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/TM/99.1) (F).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners (Propuestas para Implicar a los Practicantes Tradicionales). Informe de la Consulta sobre SIDA y Medicina Tradicional, Francistown, Bostwana, 23–27 de julio de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.1) (F).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports (Acupuntura: Revisión y Análisis de Informes). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

Training Package for Practitioners of Traditional Medicine (Paquete de Formación para Practicantes de Medicina Tradicional). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1999.

Centros Colaboradores de la OMS para Medicina Tradicional

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Tercera Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 23–26 de octubre de 1995. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento de referencia WHO/TM/96.1).

Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Segunda Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 16–20 de noviembre de 1987. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (documento de referencia WHO/TM/88.1).



Referencias

1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practise and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. Organización Mundial de la Salud. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia AFR/RC50/Doc.9/R).
3. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, Oficina Regional de la OMS para África, 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia (WPTM/ICP/TM/001/RB/98-RS/99/GE/32(CHN))).
5. Organización Mundial de la Salud. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS), 1999.
6. Organización Mundial de la Salud. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Filipinas, 18 de septiembre de 1998*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998.
7. Fisher P y Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Health Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A collection of papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti y otros. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parme les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. Londres, BMJ Books, 2000 (reimpreso de una serie de artículos publicados en el *British Medical Journal* durante 1999).
11. Federación Mundial de Acupuntura y Sociedades de Moxibustión. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, Federación Mundial de Acupuntura-Sociedades de Moxibustión, 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. *The Legal Status of Traditional and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
13. Eisenberg DM y otros. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18): 1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, ed. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991, citado en la referencia 7.
15. Marthiessen P. Rosslenbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen – Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialen zur Gesundheitsforschung, Band 21). Citado en la referencia 7.

16. Cámara de los Lores, Gran Bretaña. Comité Selecto sobre Ciencia y Tecnología. Sesión 1999–2000. *6th Report. Complementary and Alternative Medicine*. Londres, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Ginebra, Conferencias de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, 2000 (documento de referencia TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Datos de Recursos de Información, Inc. Scanner Data, citado en *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Documento presentado en la Reunión de Expertos de la UNCTAD sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales, 30 de octubre – 1 de noviembre de 2000, Ginebra.
20. Citado en: Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF information Feature*, October 2000. En: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 de diciembre de 1999.
22. Gyapong M y otros. *Report on Pre-testing of instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 de enero de 1999.
23. Diarra D y otros. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 de enero de 1999.
24. Brieger W y otros. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Gobierno Local de IDO, Estado de Oyo, Nigeria*. 13 de noviembre – 4 de diciembre de 1998.
25. RBM County Team. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 de diciembre de 1998 – 20 de enero de 1999.
26. Ahorlu CK. *Malaria-related beliefs and behaviour in Southern Ghana: implications for treatment, prevention and control*. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
28. Comunicación personal de Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, Marzo de 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. ONUSIDA. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Ginebra, ONUSIDA, 1999.
31. Burford G y otros. *Traditional Medicine and HIV/AIDS in Africa. A report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenia, 16 – 19 de mayo de 2000*. 3 de julio de 2000.
32. Jonas WB. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.
35. Anderson W y otros. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ y otros. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.

37. Chez AR y Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM y otros. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
39. Informe de la Federación Mundial de Quiropráctica, 2000.
40. Informe de la Alianza Mundial de Quiropráctica, 2000.
41. Organización Mundial de la Salud. *Regulatory Situation of herbal Medicines. A worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger (Informes Oficiales Noruegos). NOU 1998:21. Ultredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet Avgitt til Sosial – og helsedepartementet (Informe de un comité nombrado por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales). *Alternativ Medisin (Medicina Alternativa)*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686
44. Bhattacharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa. *Expanding Horizons of Healthcare: Five-year Strategic Plan 2001–2005*. Maryland, Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.
46. Consejo de Europa. Resolución 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extracto de la *Gazeta Oficial del Consejo de Europa* – Noviembre de 1999) (documento de referencia 8435). Asamblea Parlamentaria, 4 de noviembre de 1999.
47. Organización Mundial de la Salud. *Regional Consultation on Development of Traditional medicine in South-East Asia Region, 1999*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para el Sudeste asiático, 1999 (documento de referencia SEA/Trad. Med./80).
48. Organización Mundial de la Salud. *Report of the Inter-Regional Workshop of Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Tailandia, 6–8 de diciembre de 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
49. Organización Mundial de la Salud. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. Comisión Europea. *Acción COST B4: Unconventional Medicine. Final Report of the management Committee, 1993–98*. Bruselas, Comisión Europea, 1998 (documento de referencia EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud*. Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud, 2000.
52. Organización Mundial de la Salud. *Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/OMS/99.3).
53. Discurso del Director General de la OMS Dr. Gro Harlem Brundtland en la inauguración de la Comisión de Macroeconomía y Salud, París, 8 de noviembre de 2000. Accesible en : http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html.
54. Berthold HK, Sudhop MD y Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J. Knipschild P y ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28:535–544.
56. Nortier JL y otros. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Citado en la referencia 45.

57. Piscitelli SC y otros. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000 355(9203): 547–548. Citado en la referencia 45.
58. Organización Mundial de la Salud. *Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. 13 – 16 de Noviembre de 2000, Informe Final, Washington DC*. Washington, DC. Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud, 2000.
59. Organización Mundial de la Salud. *The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 de julio de 2001 – 31 de junio de 2001*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001.
60. Organización Mundial de la Salud. *Policy and budget for One WHO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia PPB/2002–2003).
61. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine*. Comité Regional de la OMS para la Región del Pacífico Occidental. Cincuenta y dos Sesión, Brunei Darussalam, 10–14 de septiembre de 2001. Agenda Provisional Artículo 13. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001 (documento de referencia WPR/RC52/7).

Índice

Accesibilidad	2, 3, 13, 21, 43, 49
Acceso	1, 2, 3, 4, 5, 11, 14, 22, 27, 28, 31, 35, 41, 47, 48, 50, 51
Acupuntura / acupunturistas	1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 15, 17, 25, 33, 34, 44, 53, 54
África	viii, 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 27, 28, 31, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 53
Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM)	19, 34, 41, 50
Américas	viii, 1, 7, 8, 11, 25, 31, 32, 36, 53
Antimalaricos	2, 13, 27, 34
Asequibilidad	2, 5, 21, 22, 27, 47, 48, 51
Asia	viii, 1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 31, 32, 36, 40, 45, 53
Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional	43
Atención sanitaria	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 33, 40, 42, 43, 47, 48, 51, 52
Atención sanitaria primaria	9, 14, 21, 29, 32
Autoridades normativas sobre fármacos	21, 34, 36, 41
Banco Mundial	42
Calidad	1, 3, 4, 5, 9, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 47, 48, 49, 50, 51
Campo Complementario Cochrane	24
Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM)	10, 17, 18, 34, 37, 53
Centro(s) de Colaboración	6, 31, 34, 35, 36, 50, 52, 53
Colaboración Cochrane	43
Comunicación	4, 22, 29, 43, 48, 52
Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD)	40
Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP)	41, 42
Coste(s)	2, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 47
Costo-efectividad	4, 24, 25, 27, 48, 52
Cualificación	4, 28
Cultivo sostenible	27, 28, 51
Derechos de patente	4
Guías	5, 21, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 43, 44, 48, 49, 50, 51
Disponibilidad	1, 2, 5, 13, 27, 31, 47, 48
Educación	3, 4, 9, 10, 16, 17, 23, 28, 29, 32, 42, 43, 44, 52
Eficacia	1, 2, 3, 5, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 47, 48, 50, 51
Enfermedad crónica	14, 22, 25, 47
Enfermedades de Transmisión	27, 51

Ensayos clínicos aleatorios	24, 26
Estados Miembro	viii, 3, 5, 9, 15, 19, 21, 23, 31, 35, 36, 40, 41, 42, 47, 49, 50, 51, 52
Estándares	3, 5, 21, 22, 24, 26, 29, 39, 44, 47, 48, 50
Estudio cualitativo	4, 27
Estudio cuantitativo	4
Europa	viii, 1, 8, 11, 12, 19, 21, 32, 34, 41, 42, 50, 53
Evidencia clínica	3, 49
Fármacos químicos	2, 13, 14, 27, 29
Federación Mundial de Acupuntura- Sociedades de Moxibustión (WFAS)	11, 12, 44
Federación Mundial de Quiropráctica (WFC)	16, 44
Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF)	43, 44
Formación	3, 4, 9, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 28, 33, 35, 39, 50, 51, 52
Fundación Ford	43
Gasto	2, 12, 13, 51
Indicador(es)	6, 27, 47, 49, 50, 51, 52
Indicador(es) crítico(s)	6, 47, 49, 50, 51, 52
Industria Mundial de Automedicación (WSMI)	44
Información	2, 4, 5, 12, 14, 22, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53
Iniciativa de Estudio sobre Métodos Tradicionales Contra la Malaria (RITAM)	45
Iniciativa Global para los Sistemas de salud Tradicionales (GIFTS)	45
Institutos de investigación	6, 15, 28, 36, 37, 43, 52
Investigación	2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 53
Legislación	4, 23, 28, 31, 33, 41, 44
Licencia	3, 4, 21, 23, 28, 41
Liga Médica Internacional Homeopática (LMHI)	44
Malaria	2, 5, 13, 19, 25, 45, 48, 51
Mecanismos normativos y legales	3, 22
Medicina tradicional china	1, 7, 8, 33, 37, 53, 54
Medicinas con base de hierbas	1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 51
Mediterráneo Oriental	viii, 36
Metodología/metodologías	4, 5, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 49, 50, 51
Normativa(s)	4, 9, 10, 15, 16, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51
Organización de la Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI)	40, 50
Organización Islámica de Ciencias Médicas (IOMS)	45
Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI)	40, 41
Organización Mundial del Comercio (OMC)	42, 43
Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	39, 40, 50
Organizaciones internacionales	31, 41, 45
Organizaciones no gubernamentales (ONG)	6, 39, 43, 44, 47, 51
Pacientes	2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 48, 49, 52
Pacífico occidental	viii, 1, 8, 31, 32, 33, 36, 53
Plantas medicinales	3, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 53

Política	1, 3, 5, 9, 10, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 42, 45, 47, 48, 49
Practicantes	2, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 33, 39, 44, 45, 48, 49, 51, 52
PRO.ME.TRA	43
Productos con base de hierbas	1, 4, 7, 10, 12, 23, 31, 32
Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)	14
Propiedad intelectual	4, 23, 28, 40, 42
Proveedores	2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 16, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 37, 43, 47, 48, 52
Quiropráctica / quiroprácticos	8, 15, 16, 44
Registro	4, 16, 22, 26, 29, 32, 36, 44, 48, 50
Secretaría de la Commonwealth	41, 45
Seguridad, eficacia y calidad	1, 3, 5, 22, 23, 24, 26, 35, 48, 49, 50, 51
Seguro	9, 10, 23, 24, 44
Sistema(s) sanitario(s)	1, 3, 5, 8, 9, 16, 22, 31, 32, 33, 47, 48, 49
Terapias espirituales	1, 7
Terapias manuales	1, 3, 7, 50
Unión Europea (UE)	19, 42
Unión Mundial para la Conservación (IUCN)	43, 44
Uso racional	1, 3, 4, 5, 6, 22, 26, 28, 36, 47, 48, 52
Uso sostenible	3, 48, 51, 52
Vigilancia	4, 26, 50
VIH/SIDA	3, 5, 14, 15, 27, 28, 43, 48, 50, 51

Contactos en fármacos esenciales y políticas médicas

En la Sede Central de la OMS:

Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica
Tecnologías Sanitaria y Grupo Farmacéutico
Sede Central de la OMS

Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza:

Dr. Jonathan Quick
Director
Tel: +41 22 791 4443
Correo electrónico: quickj@who.int

Dr. Hans Hogerzeil
Team Coordinator, Policy, Access and Rational Use
Tel: +41 22 791 3528
Correo electrónico: hogerzeilh@who.int

Dr. Lembit Rägo
Team Coordinator, Quality and Safety: Medicines
Tel: +41 22 791 4420
Correo electrónico: ragol@who.int

Dr. Germán Velásquez
Team Coordinator, Drug Action Programme
Tel: +41 22 791 3509
Correo electrónico: velasquezg@who.int

Dr. Xiaorui Zhang
Acting Team Coordinator, Traditional Medicine
Tel: +41 22 791 3639
Correo electrónico: zhangx@who.int

Contactos en las Oficinas Regionales de la OMS:

Oficina Regional para África
Organización Mundial de la Salud
Medical School, C Ward
Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street
PO Box BE 773
Belvedere
Harare
Zimbabwe:

Dr. Jean Marie Trapsida
Acting Essential Drugs and Medicines Policy Coordinator
Tel: +263 4 742 829
Correo electrónico: janspex@intnet.me

Dr. Ossy Kasilo
Traditional Medicine Adviser
Tel: +263 4 790 233
Correo electrónico: kasiloo@whoafr.org

Oficina Regional para las Américas
Organización Mundial de la Salud
Pan American Sanitary Bureau
525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037:

Dra. Caridad Borrás
Programme Coordinator, Essential Drugs and Health Care Technology
Tel: +1 202 94 3238
Correo electrónico: borrasca@paho.org

Dr Rosario D'Alessio
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +1 202 974 3282
Correo electrónico: dalessir@paho.org

Oficina Regional para el Mediterráneo oriental
Organización Mundial de la Salud
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
opposite children's Library
Nasr City
Cairo 11 371
Egipto:

Sr. Peter Graaff
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +20 2 2765301
Correo electrónico: graaffp@emro.who.int

Oficina Regional para Europa
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Europa
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca:

Sr. Kees de Joncheere
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +45 3 917 1717
Correo electrónico: cjo@who.dk

Oficina Regional para el Sudeste Asiático
Organización Mundial de la Salud
World Health House
Indraparastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi 110002
India:

Dr. Krisantha Weerasuriya
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +91 11 331 7804
Correo electrónico: weerasuriyak@whosea.org

Oficina Regional para el Pacífico occidental
Organización Mundial de la Salud
PO Box 2932
Manila 1000
Filipinas:

Dr. Budiono Santoso
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +63 2 528 8001
Correo electrónico: santosob@who.org.ph

Dr. Chen Ken
Traditional Medicines Adviser
Tel: +63 2 528 9948
Correo electrónico: chen@who.org.ph

Una estrategia sobre medicina tradicional es **relevante**:

La medicina tradicional sigue jugando un importante papel en la atención sanitaria. En muchas partes del mundo es la forma de atención sanitaria preferida. El cualquier otro lugar, el uso de medicinas con base de hierbas y así llamadas terapias complementarias y alternativas está aumentando cada vez más. No existe un único determinante de popularidad. Sin embargo, la aceptación cultural de las prácticas tradicionales, junto con las percepciones de asequibilidad, seguridad y eficacia, y el interrogatorio de los enfoques de la medicina alopática, todos ellos juegan un papel. En vista de este amplio apelativo, la falta general de investigación sobre seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales es por lo tanto un tema importante de preocupación.

Se **necesita urgentemente** una estrategia sobre medicina tradicional:

Las agencias internacionales, nacionales y no gubernamentales siguen haciendo grandes esfuerzos para asegurar que los tratamientos seguros, eficaces y asequibles para una amplia gama de enfermedades estén asequibles allí donde más se necesiten. La OMS estima, sin embargo, que una tercera parte de la población mundial sigue sin tener acceso regular a fármacos esenciales, la cifra asciende hasta un 50% en las partes más pobres de África y Asia. Afortunadamente, en muchos países en vías de desarrollo, la medicina tradicional ofrece una fuente mayor y más accesible de atención sanitaria. El uso de la medicina tradicional en la atención sanitaria primaria, es sin embargo, en el tratamiento de enfermedades mortales, causa de preocupación. Todavía no se ha desarrollado una base de evidencia que apoye su uso seguro y eficaz.

Se **ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional**:

En respuesta a esos desafíos, la OMS ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional que permita que esta forma de atención sanitaria contribuya mejor a la seguridad sanitaria. Se centra en el trabajo con los Estados Miembro de la OMS para definir el papel de la medicina tradicional en las estrategias nacionales sanitarias, respaldando el desarrollo de las investigaciones clínicas en seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales y defendiendo el uso racional de la medicina tradicional.

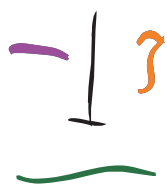


Ministério da Saúde

Relatório Final

Relatório Final

III Conferência Nacional de Saúde Mental



Cuidar sim, excluir não

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

**“Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando
a Reforma Psiquiátrica com acesso,
qualidade, humanização e controle social.”**

RELATÓRIO FINAL

Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001

© 2002 Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Permitida a reprodução parcial, desde que citada a fonte

Organização: Conselho Nacional de Saúde
Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de
Saúde Mental
Comissão de Relatoria

Conselho Nacional de Saúde
Comissão Intersetorial de Saúde Mental
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, anexo B, sala 130
Tel.: (061) 315 2150/2151.
Endereço eletrônico: cns@saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
ASTEC / Área Técnica de Saúde Mental
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Ed. Sede, sala 111 – cep: 70058-900
Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br
Capa: a partir de Pedro Paulo Ferrarezi - Acrílico sobre tela

Tiragem: 3.000 exemplares

Ficha Catalográfica

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE
SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da
III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de
dezembro de 2001.* Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Minis-
tério da Saúde, 2002, 213 p.

ISBN 85-334-0592-8

1. Saúde mental – Legislação – Brasil. 2. Congressos.
Brasil. Sistema único de saúde, 3. Sistema único de saúde,
saúde mental 4. Brasil, Ministério da Saúde 5. Sistema único de
saúde, controle social. 6. Saúde mental, tendências. I. Brasil.
Conselho Nacional de Saúde.

CDD: 616.89
303.4

ÍNDICE

Glossário de abreviaturas	07
Apresentação	11
I. REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL	21
Princípios e Diretrizes	23
1. Política de saúde mental e organização de serviços. ..	24
2. Responsabilidades do gestor.	28
3. Planejamento.	32
4. Auditoria, Controle e Avaliação.	33
5. Desinstitucionalização.	36
5.1. Superação do modelo asilar	36
5.2. Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos	38
5.3. Serviços Residenciais Terapêuticos	44
5.4. Trabalho e geração de renda	45
6. Controle da internação psiquiátrica.	46
7. Acesso à rede de atenção.	47
8. Atenção Básica.	48
9. O lugar do hospital geral na rede de atenção.	51
10. Assistência farmacêutica e exames complementares.	52
11. Intersetorialidade.	54
12. Atenção à criança e ao adolescente.	57
13. Atenção aos usuários de álcool e outras drogas	60
II. RECURSOS HUMANOS	65
Princípios e Diretrizes	67
1. Política de contratação de recursos humanos..	68
2. Coordenação e gestão das equipes de saúde mental.	71

3. Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS.	72
3.1 Capacitação e pesquisa	74
3.2 Capacitação para o cuidado de clientela específicas em saúde mental	75
3.3 Capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF)	76
3.4 Capacitação em saúde mental para outros serviços e programas de saúde	77
4. Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições	78
4.1. Iniciativas de capacitação	80
4.2. Iniciativas e ações intersetoriais de capacitação ...	81
5. Saúde Mental do Trabalhador	82

III. FINANCIAMENTO.....	83

Princípios e Diretrizes.	85

1. Diretrizes para a orientação dos mecanismos de financiamento	86
1.1. Estratégias para regulamentação, alteração e cumprimento da legislação e normas de financiamento	88
1.2. Critérios para orientar a gestão e repasse de recursos financeiros	89
2. Criação de novas formas de financiamento e indicação de fontes complementares	92
3. Financiamento das ações de saúde mental na Atenção Básica.	94
4. Financiamento dos serviços substitutivos	95
5. Implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental	97
6. Financiamento de ações intersetoriais de suporte social	99
7. Financiamento da assistência farmacêutica	101

8. Financiamento para pesquisa, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental	102
9. Financiamento dos mecanismos de comunicação e informação e a visibilidade da política de saúde mental	104
IV. ACESSIBILIDADE.	105
Princípios e Diretrizes.	107
1. Acesso, disponibilidade e mecanismos de divulgação e informação à comunidade	107
2. Divulgação e visibilidade da informação nos serviços de saúde mental	109
3. Acesso aos dados de prontuários e às informações sobre atos e procedimentos realizados	110
4. Acesso à participação em programas de educação e informação em saúde mental	110
5. Acesso aos serviços e às informações sobre o SUS .	112
6. Acesso a procedimentos especiais de atenção e apoio.	113
7. Acesso aos serviços de saúde mental	115
V. DIREITOS E CIDADANIA.	119
Princípios e Diretrizes.	121
1. Educação e inclusão social	123
2. Cultura e lazer.	124
3. Medidas de apoio e de atenção a grupos específicos. .	124
4. Direitos civis e sociais: mudança na legislação civil e penal	125
5. Direito dos usuários privados da liberdade	127
6. Legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços	129
7. Benefícios sociais	131
8. Exercício e defesa dos direitos sociais	133

9. Redes em saúde mental e organização dos usuários e familiares.	135
VI. CONTROLE SOCIAL.	139
Princípios e Diretrizes.	141
1. Conselhos de Saúde	143
1.1. Papel e atribuições	144
1.2. Infra-estrutura e financiamento	145
1.3. Funcionamento interno	146
1.4. Fiscalização sobre os Conselhos	146
1.5. Acesso amplo a dados e informações	146
1.6. Divulgação dos Conselhos	147
1.7. Conselhos Locais e Distritais	148
1.8. Articulação	148
1.8.1. Interconselhos de Saúde	148
1.8.2. Com a Comissão de Saúde Mental	148
1.8.3. Intersetoriais	148
1.8.4. Com a sociedade civil	149
2. Conselhos gestores	150
3. Comissões de Saúde Mental e de Reforma Psiquiátrica	150
4. Conselhos de outras áreas	151
5. Conferências	152
5.1. de Saúde	153
5.2. de Saúde Mental	153
6. Sociedade civil e movimentos sociais	154
6.1. Articulação com o poder público	155
6.2. Organização da sociedade civil	156
6.3. Responsabilidades e atribuições	156
7. Legislação	157
MOÇÕES APROVADAS.	159
COMISSÃO ORGANIZADORA.	187
ANEXOS.	197

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATSM – Área Técnica de Saúde Mental
CA – Centro Acadêmico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CINAEM – Comissão Interinstitucional de Ensino Médio
CISM – Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COSAM – Coordenação de Saúde Mental
CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CS – Conselho de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática para o Sistema Único de Saúde
DRS – Diretoria Regional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESM – Equipe de Saúde Mental
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FUNAI – Fundação Nacional de Apoio ao Índio
Fundação CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – RH – Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD – Programa de Apoio à Desospitalização
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEBRAE – Serviço de Apoio a Micro e Pequenas Empresas
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem de Industrial
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

APRESENTAÇÃO

Com satisfação, apresentamos o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental a todos os interessados no campo da Saúde Mental e, particularmente, àqueles que participaram diretamente de todas as etapas que culminaram na etapa nacional desta conferência, realizada nos dias 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília.

Não há dúvida de que as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no País. No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 80, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo.

Na I Conferência, realizada em 1987, ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais. Se as indicações aprovadas naquela ocasião para enfrentar este desafio podem ser hoje consideradas incompletas, são ainda assim uma referência para as questões a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. É fundamental recordar também que esta I Conferência foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (ver *III Conferência Nacional de Saúde Mental, Caderno Informativo*, 2001).

Por sua vez, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, já dentro de um avanço mais significativo na

implementação do SUS, significou uma ampla mobilização nas suas diversas etapas municipais, estaduais e nacional, contando também com uma participação expressiva de usuários e familiares, pela primeira vez na nossa história. A II Conferência não só pôde aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, como também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (*III Conferência Nacional de Saúde Mental, Caderno Informativo*, 2001).

Nos anos que se seguiram, diversas experiências e iniciativas foram realizadas, nos campos assistencial, jurídico e cultural, demonstrando inequivocamente a viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Não obstante, o modelo asilar ainda permanece hegemônico, tanto no que se refere à capacidade instalada como no total de recursos gastos na rede hospitalar, insistindo em perpetuar relações produtoras de exclusão com a experiência do sofrimento mental. Dessa forma, fazia-se urgente e necessário avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica, propondo novos caminhos para sua efetivação. Daí as escolhas que definiram os temas e a organização da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nesta III Conferência, já através do seu título, o tema central das discussões estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, “*Cuidar, sim. Excluir, não*”, afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado, encontrava-se também vinculado a um tema local, presente no título, “*Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*”, indicativo de sua organicidade com a construção de um Sistema

Único de Saúde - público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social (*III Conferência Nacional de Saúde Mental, Caderno Informativo*, 2001). Assim definidos os termos do debate, foram os seguintes os subtemas que o organizaram: financiamento; recursos humanos; controle social, e acessibilidade, direitos e cidadania.

Apresentado este breve panorama do processo no qual se inscreve a III Conferência, cabe lembrar a significativa cronologia deste evento, retomando-se alguns dos principais eventos que conduziram à etapa nacional em dezembro de 2001.

A III Conferência ocorreu após menos de um ano da aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental (Lei n.º 10.216, de 06/04/2001). Ainda neste mesmo clima de mobilização no campo da saúde mental, em resposta aos anseios expressos desde a II Conferência e às manifestações atuais das diversas organizações, movimento social, lideranças e setores do campo, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde solicitou ao Ministro da Saúde a convocação da III Conferência (Resolução n.º 310/CNS, de 04/04/2001). Em julho, o Ministro da Saúde convocou a III Conferência para realizar-se em dezembro, constituindo também a Comissão Organizadora (Portarias/GM n.º 1058 e n.º 1086, respectivamente de 18 e 27/07/2001). Foram apenas seis meses para organizar o processo, tendo a etapa municipal se realizado até 28 de outubro, e a estadual até 18 de novembro.

Neste período, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais e Regionais, sendo que, onde não foi possível realizá-las, diversas plenárias locais foram feitas. É importante destacar o significativo número de pessoas que se mobilizaram desde a etapa municipal e, em particular, a consolidação da presença ativa de usuários e familiares. Estima-se a presença de 30.000 pessoas nesta etapa. Na segunda etapa, todos os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca

de 20.000 participantes. Na Conferência Nacional em Brasília, tivemos a participação de 1480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, totalizando a cifra geral de 1700 participantes. Destaca-se ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPS e da OMS.

Além das etapas municipal e estadual, a Conferência Nacional em Brasília também foi precedida por uma agenda de eventos de alcance nacional, em áreas específicas, caracterizados como pré-conferências preparatórias para a etapa nacional. Nos dias 22 e 23 de novembro, na Câmara dos Deputados, foi realizado o Seminário Nacional “Direito à Saúde Mental”, acerca da regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216/01, com ênfase nos direitos dos usuários e no papel das instâncias implicadas nestas questões, como, por exemplo, o Ministério Público. Houve também o Seminário Nacional sobre Infância e Adolescência, no Rio de Janeiro, nos dias 3 e 4 de dezembro. Destaca-se ainda o lançamento da edição em português do *“Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”*, da Organização Mundial da Saúde.

A III Conferência foi estruturada por meio de mesas redondas, painéis específicos, proposição de moções, 35 grupos de trabalho e Plenária Final. Cabe ressaltar também a realização, durante o evento, da solenidade de entrega do “Prêmio David Capistrano Filho” para as “Experiências Exitosas em Saúde Mental”, que contemplou 10 municípios dentre as 73 experiências criativas e bem sucedidas em saúde mental de base comunitária inscritas. Estes múltiplos eventos e a própria mobilização em torno da conferência tiveram um razoável impacto nos meios de comunicação, com publicação de matérias jornalísticas em todo o país, além de debates em programas de rádio e TV de

alcance nacional (ver “III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório de Divulgação na Imprensa: novembro 2001 - fevereiro 2002”).

Apontam-se a seguir alguns aspectos da dinâmica de organização dos trabalhos durante a Conferência, explicitando o processo de montagem e a metodologia utilizada em cada uma das etapas de consolidação, discussão e deliberação que conduziram a este Relatório Final.

Os 35 grupos de trabalho discutiram os quatro subtemas. Cada um destes grupos contava com um Coordenador e o resultado de suas deliberações era registrado por dois relatores, um dos quais escolhido pelo coletivo do grupo. Os 35 relatórios de cada dia eram então lidos e analisados pela Comissão de Relatoria, que criava categorias específicas para agrupá-los, permitindo então verificar as repetições e superposições. A partir daí, a comissão tinha por princípio preservar ao máximo a formulação original das propostas, consolidando os relatórios finais de cada dia de trabalho, para serem encaminhados à Plenária Final, totalizando cerca de 1.100 propostas nos três dias de atividades. Um trabalho deste porte exigiu que alguns relatores, coordenadores de grupo e colaboradores fossem incorporados à Comissão de Relatoria, por decisão da Comissão Organizadora.

A Plenária Final durou cerca de 23 horas de discussões, indicações de destaques e decisões por votação, cobrindo todas as propostas feitas. As deliberações tomadas foram digitadas em tempo real, em um processo acompanhado inteiramente pela plenária através dos telões. Toda a Plenária Final teve registro em notas taquigráficas, que foram transcritas, permitindo a fácil verificação de possíveis dúvidas sobre decisões específicas digitadas — o que se revelou uma referência importante, nos casos de algumas dúvidas concretas surgidas no trabalho de consolidação final deste relatório.

A metodologia adotada pela Comissão de Relatoria estabeleceu uma recategorização mais detalhada, abrindo-se novas seções e sub-seções específicas, permitindo-se uma verificação mais acurada das propostas semelhantes e das repetições. Além disso, buscou-se distinguir as propostas mais gerais e diretrizes norteadoras relativas a cada tema/seção, das propostas mais operacionais para sua implementação. Conforme se poderá verificar no corpo do relatório, algumas propostas mais gerais foram agrupadas para compor a parte inicial de cada temática ou tópico específico, na forma de texto corrido e outras foram numeradas. As propostas operacionais passaram por um processo de fusão, em caso de indicações semelhantes, e foram também incluídas na mesma numeração juntamente com as propostas mais gerais. Todavia, em ambos os casos, manteve-se a diretriz de se respeitar ao máximo a redação e a terminologia originais das propostas, e todas as fusões e transformações realizadas nas propostas originais, nas diferentes fases, foram registradas para eventuais consultas.

Quanto às Moções, estas exigiram um processo e metodologia específica. Foram apresentadas 89 (oitenta e nove) Moções para discussão e aprovação na Sessão Plenária de Encerramento. As Moções foram classificadas em três categorias, a saber: Aprovadas - 65 (sessenta e cinco); Suprimidas - 08 (oito) e Insuficientes de assinaturas válidas - 16 (dezesseis). Coube à Relatoria, desde o início do processo de recebimento das mesmas, a tarefa de selecioná-las e agrupá-las conforme a categoria a que pertencessem, tomando sempre o cuidado de conferir o número de assinaturas válidas, ou seja, assinaturas de delegados credenciados. Muitas das moções apresentaram graves problemas de estrutura e redação, prejudicando sua compreensão. Isto gerou a necessidade de que fossem editadas, mas mantendo-se a preocupação explícita de garantir a fidelidade ao sentido proposto.

Depois de todo este processo, a importância de um Relatório Final deve ser reafirmada: temos em mãos uma projeção dos objetivos principais, consensados democraticamente, a serem alcançados por meio de ações de curto, médio e longo prazo, oferecendo orientações indispensáveis para gestores, prestadores, trabalhadores, movimentos sociais, organizações civis, usuários e familiares envolvidos e interessados no campo da atenção à saúde mental no País. Constitui ainda um documento importante de divulgação para aqueles que não puderam estar envolvidos diretamente nas diversas etapas da conferência, como também significa, para os interessados do exterior, um registro fundamental dos processos de mudança da atenção em saúde mental em nosso país.

Deve-se expressar o nosso mais profundo agradecimento a todas as pessoas, instituições e entidades que apoiaram das mais diversas formas a organização e a realização desta III Conferência.

Os membros da Comissão de Relatoria, com o intenso trabalho dedicado a esta empreitada, puderam participar de experiência humana ímpar de conhecimento e convivência com tantas pessoas comprometidas por este País afora com esta difícil e bela causa: de gerar cuidado e assistência em saúde mental, respeitando-se as diferenças, os direitos de cidadania, e acima de tudo, a liberdade.

E, finalmente, a avaliação da III Conferência é de que esta representa um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial.

Todo este percurso vem reafirmar que o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos. Neste sentido, ele se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do Sistema Único de Saúde

em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social.

Cientes da complexidade de tais desafios, a III CNSM elaborou propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental que seja humano, de qualidade e com participação e controle social. Buscamos, sobretudo, transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais.

Por fim, é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais. Assim, este relatório constitui também mais um convite para todos aqueles que desejam tais ideais, em busca de sua concretização.

I. REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Princípios e Diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental.

A implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade.

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania.

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os municípios desen-

volvam, de acordo com as diretrizes acima expostas, políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental.

É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

1. Política de saúde mental e organização de serviços

1. Reafirmar o SUS como política pública entre as três esferas de governo de forma solidária.

2. Exigir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências de Saúde Mental e estabeleçam Planos de implementação que contemple metas, orçamentos, prazos de investimento, avaliação, definição de natureza e capacidade operacional e proposta de gestão de serviços. Estes Planos devem ser apresentados e aprovados nos Conselhos de Saúde.

3. Regulamentação imediata da Lei n.º 10.216/01 (Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica), para garantir assistência aos portadores de sofrimento mental em serviços abertos, prescindindo efetivamente do hospital psiquiátrico, com prazo máximo até o final de 2002.

4. Garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios”, com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Os gestores de saúde municipais, estaduais e federal devem construir uma agenda que viabilize o alcance desta meta.

5. Exigir agilidade no processo de extinção dos hospitais psiquiátricos que consomem, atualmente, 88% dos recursos do SUS destinados para a atenção em saúde mental.

6. Exigir que a política de saúde mental tenha caráter efetivamente público, e garantir que o setor público de saúde (SUS), nas três esferas de governo, assuma, gradativamente, todos os procedimentos dados aos portadores de sofrimento mental, de modo que todos os serviços da rede substitutiva ao manicômio sejam essencialmente/estritamente públicos.

7. Garantir um modelo de assistência à saúde mental com ações e serviços de qualidade que priorize o setor público.

8. Garantir que serviços substitutivos sejam prioritariamente de caráter público. Quando for necessário estabelecer uma parceria com prestadores da sociedade civil, esta deverá ser, obrigatoriamente, submetida, aprovada e fiscalizada pelo controle social.

9. Garantir a consolidação do novo modelo assistencial através da municipalização e que a Reforma na área de Saúde Mental seja prioridade na agenda municipal de saúde. Garantir, também que a municipalização seja norteadada pelos princípios públicos da legalidade, moralidade, eficiência, impessoalidade e participação.

10. Garantir que os municípios promovam a integração e a sistematização das políticas públicas em saúde mental com destinação de verba específica, exigindo o cumprimento da legislação vigente em saúde mental.

11. Garantir a inclusão das ações de saúde mental como um dos eixos prioritários da NOAS e, também, que todos os instrumentos de gestão do SUS e NOAS/PPI contemplem as propostas de reorganização da saúde mental.

12. Exigir que o Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais incluam a saúde mental na NOAS como prioridade na atenção básica e definam estratégias a partir das necessidades dos usuários e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, assegurando que: - os municípios em gestão de atenção básica tenham equipe de saúde mental na rede; - os municípios tenham serviços substitutivos de saúde mental, garantindo o sistema de referência e contra-referência e a humanização do atendimento.

13. Garantir a micro-regionalização dos serviços de saúde mental conforme perspectiva apontada pela NOAS.

14. Definir unidades tipo CAPS como referência local, micro-regional e regional para a assistência em saúde mental, em consonância com a NOAS-2001 e com outros dispositivos vigentes.

15. Formular uma política de saúde mental extra-hospitalar emergencial para os municípios que não dispõem de recursos assistenciais.

16. Garantir a desburocratização e agilização do cadastramento e credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, de serviços substitutivos existentes em municípios que não se encontram em gestão plena e, também, dos projetos enviados pelos estados para a implantação de serviços substitutivos.

17. Garantir que as Secretarias e os Conselhos Estaduais, assim como as Secretarias e os Conselhos Municipais de Saúde acompanhem os projetos dos CAPS e que estes sejam qualificados.

18. Assegurar a descentralização da atenção, implantando, até 2003, serviços de atenção integral em saúde mental em todos os

municípios, formados por equipe interdisciplinar, evitando assim sobrecarregar os municípios de referência regional.

19. Garantir que na agenda de 2002 sejam criados mecanismos para implementar, nos municípios, serviços substitutivos com equipes multiprofissionais, oficinas terapêuticas, CAPS e outras formas de atenção em saúde mental tais como: cooperativas sociais, clubes de lazer, serviços residenciais terapêuticos e visitas domiciliares, de acordo com as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

20. Exigir que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde analise a Portaria/SNAS n.º 224/92, tendo em vista os atuais modelos de atenção, adequando-a à realidade atual, particularmente no que diz respeito ao número de leitos e de equipes mínimas. Esta análise deverá contemplar, inclusive, dispositivos como os hospitais de custódia e tratamento, revendo sua pertinência.

21. Assegurar que não haja contratação de serviços substitutivos que funcionam dentro ou nas imediações de hospitais psiquiátricos, em contradição com os princípios da desinstitucionalização. E, também, garantir que os hospitais-dia anexos de hospitais psiquiátricos não sejam credenciados.

22. No processo de reorientação do modelo assistencial garantir a humanização do sistema de saúde. E, também, promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir assistência integral aos usuários de saúde mental.

23. Garantir a observação das recomendações da OMS expressas no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo/2001, com o objetivo de contemplá-las no estabelecimento da reorientação da assistência em saúde mental.

24. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental apresenta, dentre seus pilares, a ressignificação da idéia de

internação, isto é sua compreensão como *hospitalidade* diurna e noturna, que faz parte do projeto terapêutico do usuário.

25. Garantir o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de “patologias”.

26. Abolir o eletrochoque, por ser prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos.

27. Garantir espaços de promoção de saúde mental, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com necessidades especiais, além de dar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas do conhecimento, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, esporte, teatro e outras.

28. Garantir a definição de uma política intersetorial para atendimento às pessoas portadoras de deficiência mental articulando as ações da saúde, educacional, assistência social, poder judiciário e atenção às vítimas de violência.

29. Garantir que as políticas de saúde mental desenvolvam ações de vigilância visando transformar as condições de produção do sofrimento.

2. Responsabilidades do gestor

Os gestores, nas três esferas de governo, são responsáveis pela implantação de políticas de saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS.

Em relação às responsabilidades do gestor, forma aprovadas as seguintes propostas:

30. Exigir do Ministério da Saúde a construção de um Plano Nacional de Saúde Mental, respeitando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, sustentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, visando a extinção definitiva do hospital psiquiátrico e a constituição de uma rede substitutiva de cuidados, dentro da lógica de cidadania e da inclusão social. O plano nacional deve estabelecer um cronograma de desativação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, com orçamentos, recursos para investimentos, definição da natureza, capacidade operacional, indicadores para avaliação e propostas de gestão para os equipamentos da rede substitutiva e prazos para a implementação de suas metas. O Conselho Nacional de Saúde deverá aprovar este plano que deverá ser desdobrado em planos estaduais e municipais aprovados pelos respectivos conselhos.

31. Exigir das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde que os respectivos planos de ação em saúde mental respeitem as Conferências Municipais e Estaduais e estejam de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Estes planos devem estabelecer metas, orçamentos, indicadores (dentre os quais os indicadores epidemiológicos) para avaliação, investimento, definição da natureza, capacidade operacional e proposta de gestão para cada equipamento. Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e as respectivas Comissões de Reforma Psiquiátrica devem aprovar estes Planos.

32. Garantir que o Ministério da Saúde capacite os Grupos Técnicos de Saúde Mental instituídos pela Portaria/GM n.º 799/00 e que os estados e municípios efetivem estes grupos de forma a viabilizar o controle e vigilância em saúde mental.

33. Garantir que os gestores respeitem e implementem as deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde.

34. Responsabilizar os gestores de saúde que efetivarem repasses de recursos financeiros para hospitais psiquiátricos que desrespeitam os direitos humanos dos usuários.

35. Garantir que o Ministério da Saúde não “amarre” o modelo assistencial através do financiamento.

36. Exigir dos gestores e políticos que a desinstitucionalização seja efetivada investindo recursos financeiros, materiais e humanos necessários para criação, manutenção, sustentação e expansão dos projetos de saúde mental, os quais deverão estar de acordo com os princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

37. Os gestores deverão facilitar o processo de reorganização da assistência em saúde mental, proporcionando e garantindo, em todos os níveis da rede de serviços, recursos e condições financeiras, materiais, técnicos e espaço físico adequado para a viabilização de novos modelos assistenciais e o desenvolvimento das ações de saúde mental, incluindo, também, veículos para situações de pronto-atendimento, visitas domiciliares e outros.

38. Garantir, na mudança de gestores, a continuidade dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

39. Criar e reconhecer, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), o cargo de Coordenador em Saúde Mental, legitimando-o, do ponto de vista técnico e político, e garantindo que este cargo seja ocupado por profissional identificado e atuante na área de saúde mental. A votação do coordenador deve produzir-se num processo democrático com participação do gestor, dos trabalhadores, dos usuários e dos Conselhos de Saúde.

40. Os gestores, federal e estaduais, devem oferecer total apoio e acompanhamento ao processo de municipalização na saúde mental, responsabilizando o gestor municipal pela implantação

das propostas, considerando que a Reforma Psiquiátrica acontece fundamentalmente no município.

41. Garantir que as coordenadorias estaduais ou regionais de saúde prestem assessoria especializada sistemática aos municípios para a implementação de políticas e serviços de atenção integral à saúde mental, segundo a concepção de um modelo inclusivo.

42. Garantir que todos os municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e/ou Gestão Plena do Sistema Municipal deverão se responsabilizar pela implantação de serviços substitutivos de acordo com as necessidades locais.

43. Garantir que as ações de saúde entre municípios pólos ou referência sejam marcadas pela integração e co-responsabilidade dos gestores de saúde. A intenção é evitar ou eliminar a “empurroterapia” que gera desassistência.

44. Garantir que os gestores, municipais, estaduais e federal, apoiem a formação de profissionais baseada em uma concepção integral (atenção, reabilitação, ensino e pesquisa e prevenção) da saúde mental.

45. Garantir a inclusão de recorte de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

46. Garantir que as orientações normativas do Ministério da Saúde na área de Saúde Mental sejam encaminhadas a todos os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com vistas à efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica.

47. Garantir que o Ministério da Saúde crie um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a política nacional de saúde mental, utilizando os meios de comunicação existentes.

48. Garantir que o Ministério da Saúde elabore e distribua manual de esclarecimento sobre vias de repasse financeiro,

pólos de atendimento e definição de cada município no contexto da NOAS/2001.

49. Garantir que o Ministério da Saúde articule maior intercâmbio entre os CAPS de todo o Brasil.

50. Garantir que o Ministério da Saúde estabeleça critérios, a serem cumpridos pelas três esferas de governo, para que o Ministério Público de cada comarca seja cientificado da posse dos respectivos Conselhos de Saúde, para que possam acompanhar ações e apoiar estes Conselhos.

51. Assegurar que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde promovam campanhas na mídia, de esclarecimento sobre: os direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS; a legislação vigente (e legislações anteriores) e projetos que possam beneficiar os usuários de saúde mental.

3. Planejamento

No processo de Reforma Psiquiátrica é fundamental planejar a política de saúde mental de forma que se garanta a atenção equitativa para todos os estados brasileiros, e estabelecer estratégias de planejamento, programação e implementação das ações e atividades de saúde mental na rede de serviços de saúde do SUS.

Em relação ao planejamento da política e dos serviços de saúde mental foram aprovadas também as seguintes propostas:

52. Criar mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços de saúde do SUS e incluir, na Portaria/GM n.º 799/00, a participação da sociedade civil e, em particular, os usuários e familiares.

53. Incorporar os dados de saúde mental nos sistemas de informação existentes para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.

54. Implementar um sistema de informações sobre saúde mental que inclua denúncias, trocas e informações entre serviços que tenham atingido bons resultados, além de dados que diferenciem deficiência mental e transtornos mentais.

55. Garantir que o planejamento em saúde mental seja feito a partir do território, considerando, também, a micro e macro territorialização. Garantir, também, que os municípios não tenham que executar programas verticalizados e não discutidos amplamente.

56. Implementar uma política de avaliação epidemiológica e de qualidade de serviços e ações de saúde mental nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

4. Auditoria, Controle e Avaliação

Para a efetivação da reorientação do modelo assistencial, é fundamental a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas de saúde, visando a consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

57. Criar mecanismos para a efetivação imediata e cumprimento da Portaria/GM n.º 799/00, que cria o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

58. Os municípios devem:

a) implementar e sistematizar as supervisões e auditorias na rede de serviços de saúde mental, respeitando o Programa Perma-

nente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

b) realizar vistorias trimestrais nos hospitais psiquiátricos, em conjunto com a Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e sociedade civil e estimular a implantação de política de supervisão e controle diário que avalie períodos de internação, coíba abusos e violação de direitos dos usuários, com acionamento imediato em caso de denúncia, e que garanta a continuidade de política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos;

c) desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, inclusive o rural, nos termos da Lei n.º 8.080/90, artigo 6º, parágrafo 1º, fiscalizando especialmente as instalações e condições materiais dos hospitais psiquiátricos, instituições asilares, públicas, filantrópicas e privadas e comunidades terapêuticas.

59. Fiscalizar, de forma permanente, os hospitais psiquiátricos. Esta fiscalização deve ser realizada pelos gestores através da criação de organismos específicos que incluam, obrigatoriamente, as entidades profissionais e as representações de usuários. Os relatórios destas vistorias devem ser encaminhados aos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios nos quais se situam os hospitais psiquiátricos.

60. Desenvolver, em âmbito municipal, estadual e federal, formas de regulação e intervenção nas instituições fechadas asilares, tais como: FEBEM, asilos, fazendas, manicômios judiciários, hospitais psiquiátricos, centros de internação para adolescentes autores de atos infracionais, visando sua desconstrução de forma programada.

61. Desenvolver instrumentos de orientação e fiscalização dos asilos destinados aos idosos, que impeçam sua utilização por

usuários portadores de transtornos mentais provenientes da desativação de manicômios, que permaneceriam nessas instituições sem atendimento adequado.

62. Fiscalizar e punir clínicas e hospitais credenciados no SUS que cobram taxas “por fora” para atendimento e internação.

63. Garantir a fiscalização das Prefeituras que recebem recursos para investimento e implantação de serviços substitutivos.

64. Garantir, através de órgãos de fiscalização, municipais, estaduais e federal, que os serviços substitutivos não reproduzam a lógica manicomial de institucionalização e não atendam aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos.

65. Estabelecer indicadores e parâmetros para a avaliação dos serviços substitutivos.

66. Desenvolver critérios, amplamente discutidos, visando a acreditação dos serviços públicos de saúde mental.

67. Garantir a avaliação e monitoramento do funcionamento dos serviços em relação a: ingresso de usuários novos, altas, número de pessoas atendidas, número de procedimentos realizados (individual e em grupo), número de internações evitadas, número de internações realizadas e escala de avaliação de autonomia.

68. Notificar, de forma compulsória, às Secretarias Estaduais de Saúde, toda e qualquer tentativa de auto-extermínio que for atendida nos setores de emergência, públicos e privados e encaminhar, imediatamente, aos serviços de saúde mental. A notificação visa também a obtenção de dados estatísticos.

69. Garantir que as notificações de óbito sejam devidamente preenchidas pelos médicos, registrando a causa da morte, de forma a permitir uma visualização mais adequada dos indicadores de mortalidade.

5. Desinstitucionalização

5.1. Superação do modelo asilar

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal n.º 10.216/01 e Portaria/GM n.º 799/00.

Com este objetivo foram aprovadas também as seguintes propostas:

70. Exigir que os estados e municípios que possuem hospitais psiquiátricos sob sua gestão elaborem Portarias visando a desativação progressiva, com metas anuais de redução do número de leitos.

71. Garantir a imediata implementação de uma política de desospitalização, que deve ser iniciada com o fechamento dos leitos privados e conveniados com o SUS e, posteriormente, dos leitos públicos, assegurando uma assistência de qualidade.

72. Garantir a imediata regulamentação de recursos destinados às ações extra-hospitalares, oriundos da verba de internações em hospitais psiquiátricos, para a formação e consolidação da rede de atenção integral.

73. Exigir do Ministério da Saúde que proponha aos municípios um cronograma de desinstitucionalização das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, articulado às ações das Secretarias Estaduais de Saúde.

74. Implantar e/ou dar continuidade a uma política de desospitalização psiquiátrica com o acompanhamento do Serviço de Controle e Avaliação das Secretarias Municipais de Saúde, visando a alta das pessoas há longo tempo internadas. Neste processo,

garantir que os recursos até então gastos com AIHs sejam efetivamente utilizados na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e para auxiliar no sustento dos usuários e familiares. A desospitalização de cada usuário deve resultar na automática extinção do respectivo leito hospitalar.

75. Garantir a Reforma Psiquiátrica no sentido de impedir internações abusivas e desnecessárias, incentivando a criação de alternativas de tratamento nos serviços substitutivos em todos os municípios brasileiros, de forma a respeitar e atender às necessidades e especificidades locais. Neste processo, garantir que os moradores de hospitais psiquiátricos que apresentam quadros neurológicos graves e profundos e que se encontram em situação de abandono recebam assistência efetiva.

76. O processo de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais.

77. Garantir que o processo de reabilitação psicossocial contemple ações destinadas à clientela com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos. Os dispositivos de saúde devem realizar a intermediação desta clientela com o social e devem primar pela diversidade de atores, inscrevendo-se no âmbito da cidade. As atividades realizadas por estes dispositivos devem ser estruturadas e desenvolvidas na dimensão do cotidiano pessoal e social.

78. Garantir que os municípios se responsabilizem pelo processo de reabilitação e reinserção social dos usuários asilados em hospitais psiquiátricos e dos egressos de internações psiquiátricas, inclusive realizando a busca ativa de seus familiares.

79. Garantir a realização de censos hospitalares, mapeando não apenas os leitos mas, também, o perfil da clientela com prioridade de atenção, tendo em vista as Portarias GM n.º 106/00 e GM n.º 1220/00.

80. Implementar ações preventivas de saúde mental, que articulem práticas de promoção de cuidados às vítimas de violência e de desinstitucionalização.

5.2. Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos

Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania.

Nesta perspectiva, foram aprovadas também as seguintes propostas:

81. Realizar o mapeamento da rede assistencial de cada município (serviços existentes, número e tipo de leitos) e a análise epidemiológica dos problemas de saúde mental prevalentes na comunidade, como subsídios para a implementação ou adequação da rede de serviços de atenção em saúde mental.

82. Reorganizar os serviços e programas de saúde mental tendo como referência a noção de território e considerando as características sócio-demográficas e culturais, a organização urbana, o perfil epidemiológico e as condições de acesso como elementos fundamentais para a integração destes serviços na rede de assistência.

83. Garantir que a rede de serviços de saúde mental nos municípios seja composta por NAPS, leitos psiquiátricos em hospital geral (quando necessário), centros de convivência, centros de saúde, serviços de atenção à criança e ao adolescente, serviços residenciais terapêuticos, programas de geração de renda e trabalho.

84. Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial mediante o desenvolvimento da atenção básica associada ao Programa de Saúde da Família, implementando uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital-dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar.

85. Garantir que os gestores federal, estaduais e municipais elaborem plano de reorientação, descentralizado, do modelo assistencial da saúde mental, visando fomentar uma discussão com os municípios e/ou regiões (consórcios de municípios) dos serviços substitutivos, seguindo as prioridades – nível de atenção primária, secundária e terciária:

a) garantir a promoção do bem-estar do indivíduo (atenção primária);

b) promover ações integradas de saúde mental dos programas PSF, PACS e ESM;

c) tornar disponível o atendimento nas unidades básicas de saúde, tendo um protocolo de referência e contra-referência;

d) promover a extinção dos manicômios e implantação de programa de saúde mental com substituição de serviços existentes;

e) cada município (ou consórcios municipais), a cada 70.000 habitantes, deve contar com o CAPS público; implantação de serviços substitutivos tipo: NAPS, CAPS, oficinas terapêuticas, centros de convivência, ambulatorios integrais e leitos psiquiátricos em hospital geral, com ampla participação da comunidade nas discussões;

f) estabelecer que as urgências de psiquiatria sejam atendidas em serviços de emergência geral;

g) organizar e implantar o serviço de atendimento em saúde mental na rede municipal, composta de equipes volantes multidisciplinares, para atendimento domiciliar e emergência e internação domiciliar, garantindo a referência e contra-referência;

h) implantar no município serviço de busca em domicílio, para as pessoas que apresentam transtornos mentais, incluindo equipe interdisciplinar, serviço de chamadas, solicitação e demais recursos necessários, utilizando as unidades de saúde mental.

86. Organizar uma rede de cuidados em saúde mental, no interior da rede de serviços de saúde do SUS, descentralizada, regionalizada, horizontalizada, integrando todos os serviços e os

níveis de ação deste sistema de saúde, de forma a garantir o acesso universal a serviços humanizados e de qualidade.

87. Garantir a criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, à criança e ao adolescente, aos usuários de álcool e drogas e à população de rua, de acordo com suas necessidades, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, enfocando: atenção integral, território, acesso, gratuidade e intersetorialidade. Esta rede deve contemplar: estruturação da atenção básica em saúde mental; ampliação da rede substitutiva territorializada com CAPS e NAPS capazes de acolher e cuidar no momento de crise, preferencialmente com funcionamento 24 horas, e outros serviços como hospital-dia, serviços de pronto-atendimento e residências terapêuticas; garantia de leitos de curta duração em hospitais gerais como estratégia, visto que a rede de atenção deve trabalhar com a perspectiva de extinção da internação psiquiátrica em qualquer de suas formas; estabelecimento de responsabilidade e co-responsabilidade entre os diferentes serviços e atores que compõem a rede.

88. Garantir, respeitando as possibilidades e especificidades de cada município, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, inseridos na rede de serviços, que assegurem o atendimento das urgências em saúde mental sem recurso ao hospital psiquiátrico, mediante funcionamento 24hs nos CAPS, NAPS, CERSAMs ou utilização de leitos em hospital geral ou internação em hospital geral.

89. Desenvolver a prática de cuidado domiciliar, em substituição ao cuidado hospitalar, como estratégia de enfrentamento das situações de crise dos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares.

90. Implantar dispositivos complementares que ofereçam hospitalidade noturna, considerando a realidade de municípios que não dispõem de CAPS/NAPS com funcionamento 24 hs.

91. Compreender os serviços substitutivos como meio e não como fim, visando a permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

92. Garantir que os serviços e dispositivos substitutivos:

a) atendam à complexidade e fundamentem-se nos princípios de horizontalização e de superação da lógica da tutela;

b) estabeleçam como uma das prioridades, o desenvolvimento de ações de suporte à família dos portadores de sofrimento mental e a articulação com grupos organizados da comunidade;

c) sejam, de fato, lugares de produção de sentido para a vida das pessoas atendidas;

d) sejam comunitários e territoriais, respeitando os princípios da co-responsabilização na atenção em saúde mental.

93. Repensar o perfil dos serviços prestados pelos CAPS existentes, no sentido de que eles não se tornem um modelo reprodutor da exclusão. Os CAPS devem promover, efetivamente, a diminuição do número de internações.

94. Criar CAPS em municípios que possuam equipe mínima atuante e que desenvolvam atendimento com abrangência regional.

95. Desenvolver serviços substitutivos de atenção diária, adequados à abrangência populacional de municípios de menor porte, flexibilizando os atuais critérios normativos vigentes. Em particular, flexibilizar o indicativo populacional proposto como critério para criação de serviço substitutivo, quando os municípios não contemplados por tais dispositivos apresentarem em seu território hospitais psiquiátricos.

96. Garantir que o Ministério da Saúde não padronize a criação de serviços substitutivos apenas a partir do número de habitantes nos municípios, repesando a proposta de CAPS simplificado.

97. Implementar, nos municípios com população de até 70.000 habitantes, serviços substitutivos, tais como: oficinas

terapêuticas, centros de convivência, ambulatorios integrais ou em hospitais gerais.

98. Propor que os pequenos municípios se organizem em consórcios de saúde mental para a criação de uma rede de serviços de saúde mental. Implementar consórcios intermunicipais para o desenvolvimento das ações de saúde mental e para a implantação de serviços 24 horas em cidades pólo de região, promovendo o intercâmbio de experiências e assegurando que todo município tenha um serviço de referência de saúde mental.

99. Reconhecer a importância das oficinas terapêuticas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento.

100. Promover ações para atender os usuários e familiares em situação de desvantagem social, visando garantir a autonomia em contraste com uma visão assistencialista que reforça a dependência.

101. Enfatizar a importância de as equipes de saúde mental trabalharem a potencialização da subjetividade e o resgate da afetividade na relação entre as pessoas portadoras de transtornos mentais e os familiares, através de oficinas com participação conjunta.

102. Fomentar a implantação e implementação de programas de reabilitação e ressocialização do portador de transtornos mentais, priorizando a criação de lares abrigados, oficinas de trabalho e centros de convivência para a clientela institucionalizada ou não.

103. Incluir os grupos de auto-ajuda na rede assistencial.

104. Garantir a criação de serviços de saúde mental para as populações rurais, indígenas, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência e grupos de maior vulnerabilidade (moradores de rua, pessoas usuárias de drogas, dentre outros).

105. Criar e implantar ambulatórios de neurologia, com profissionais capacitados, e oferecer exames complementares nos municípios pólo e micro-região.

5.3. Serviços Residenciais Terapêuticos

A implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

Neste processo é fundamental a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos com capacidades e recursos para desenvolver o acompanhamento de usuários objetivando a inserção familiar e social. Desta forma é necessário implementar a Portaria GM n.º 106/00 e garantir seu cumprimento, que prevê, dentre outras proposições, que para cada vaga aberta em Serviços Residenciais deve ser credenciado igual número de leitos de hospitais psiquiátricos do SUS.

Ao mesmo tempo, é necessário viabilizar alternativas para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos que possam atender às necessidades de outros portadores de sofrimento psíquico e não apenas dos egressos de hospitais psiquiátricos, conforme define a Portaria/GM n.º 106/00. Com este objetivo, foram aprovadas duas propostas:

106. Criar Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher todos os portadores de sofrimento mental, deficientes mentais, autistas, que requeiram este tipo de dispositivo como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas, os egressos dos manicômios

judiciários e de outras instituições penais, bem como os egressos de demais estruturas asilares.

107. Suprimir a expressão “egressos de internação psiquiátrica de longa permanência” do texto da Portaria/GM n.º 106/00, visando possibilitar a criação de residências terapêuticas para pessoas com perfil adequado aos critérios estabelecidos pela Portaria, mas que não são oriundos de internação de longa permanência.

5.4. Trabalho e geração de renda

O processo de Reforma Psiquiátrica requer a implementação de políticas públicas que garantam e consolidem a criação de Programas de Geração de Renda e Trabalho e de Cooperativas e Associações de Usuários, visando os processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania.

Com este objetivo, foram aprovadas também as seguintes propostas:

108. Investir nos grupos de geração de renda e trabalho já existentes nos centros de convivência.

109. Criar leis que propiciem a formação de Cooperativas e Associações de Usuários e facilitar as linhas de crédito.

110. Incentivar a organização de ações articuladas aos setores do trabalho e ação social no sentido de fomentar a realização de feiras que articulem um novo processo econômico e que sirvam como alternativa de enfrentamento do desemprego, miséria e exclusão social.

111. Criar Centros de Capacitação Profissional para portadores de sofrimento psíquico e/ou realizar convênios com instituições de qualificação profissional e do trabalho (SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estadual e Municipal do Trabalho).

112. Financiar políticas de inserção do portador de sofrimento psíquico no mercado de trabalho, por exemplo, mediante programas de trabalho protegido, e/ou outras formas de geração de renda, enquanto estes buscam sua autonomia via mercado formal.

113. Criar incentivos para empresas que viabilizem a inserção do usuário de saúde mental no campo de trabalho, visando sua cidadania e assegurando seus direitos de trabalhador.

114. Incentivar a criação de projeto de lei que garanta quotas participativas visando a inserção no mercado de trabalho de pessoas com transtornos mentais.

115. Considerar as ações que visam o TRABALHO com GERAÇÃO DE RENDA como parte integrante do cuidado em saúde mental.

116. Garantir que cada NAPS/CAPS desenvolva oficinas de produção sistemática, visando à profissionalização do trabalho com remuneração para os usuários.

117. Implementar programas de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho e ampliar os espaços de convivência do portador de deficiência mental nos recursos existentes na comunidade.

118. Criar mecanismos que estimulem a inserção de ex-moradores dos serviços psiquiátricos no mercado de trabalho e outras formas de geração de renda.

6. Controle da internação psiquiátrica

No curso do processo de Reforma Psiquiátrica, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas.

Com este objetivo, foram aprovadas também as seguintes propostas:

119. Estabelecer formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial, constituído por equipe de saúde mental.

120. A internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos.

121. Estimular a criação de centrais de regulação de internação psiquiátrica com o objetivo de evitar internações não indicadas.

122. Rever o critério de tempo de internação e garantir, por meio de supervisões institucionais e fiscalizações, que o tempo de internação seja o mais breve possível, de acordo com avaliação e conduta psiquiátrica e da equipe multiprofissional.

123. Exigir que os municípios implementem o controle de emissão de laudos para internações psiquiátricas por qualquer profissional médico, de forma que as emissões de AIH sejam feitas a partir dos pareceres e indicações técnicas das equipes de saúde mental, antes de uma definição pela remoção do usuário para internação hospitalar.

7. Acesso à rede de atenção

No que diz respeito à porta de entrada da rede de atenção, foram aprovadas quatro propostas:

124. Incluir atenção psiquiátrica na regulação de urgência/emergência, com mecanismos claros de referência e contra-referência que garantam o acesso, a regionalização, informação imediata de internações e altas para os serviços referenciados e

exigir o cumprimento da resolução CIS n.º 35, no que tange à porta de entrada para o sistema de internações.

125. Garantir, de acordo com a realidade local, que os Serviços de Base Territorial possam funcionar como porta de entrada ao SUS.

126. Estabelecer como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da estratégia de Saúde da Família.

127. Suscitar discussão ampla sobre a aplicação da noção de hierarquização aos serviços de saúde mental.

8. Atenção Básica

No que diz respeito à Atenção Básica, é importante reafirmar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que indicam a responsabilidade da unidade básica por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental.

Com este objetivo, e atendendo ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família.

Faz-se necessário ainda que a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.

Em relação à Atenção Básica, foram também aprovadas as seguintes propostas:

128. Defender a inclusão das ações em saúde mental no nível básico da atenção à saúde, no elenco de Ações e Programas exigidos pela NOAS/2001, para que os municípios sejam habi-

litados ao nível de gestão PAB Ampliado, de modo que sejam cumpridas as metas da OMS, quando, em sua recente Assembléia Mundial, em maio de 2001, deliberou pela ampliação dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

129. Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade.

130. Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento.

131. Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento.

132. Introduzir o atendimento domiciliar na Rede de Assistência Básica.

133. Garantir o acesso do portador de transtornos mentais ao tratamento odontológico, de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional na Rede Básica de Saúde.

134. Incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à saúde mental, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da atenção básica.

135. Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para

atendimento e assessoria) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes.

136. Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

137. Garantir que cada município conte com atendimento e integração da assistência à saúde mental na rede básica (PACS/PSF/Centros de Saúde comunitários).

138. As equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto ao PSF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família.

139. Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, PACS, PSF e comunidade.

140. Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes do PSF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes.

141. Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/PSF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que o Programa é recente.

142. Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/PSF.

143. Criar a ficha “B” de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. E o grupo “Atenção à Saúde Mental” do sistema de informações ambulatoriais do SUS na designação “atendimento a grupos específicos” da tabela de procedimentos.

9. O lugar do hospital geral na rede de atenção

No que diz respeito aos hospitais gerais, tanto em relação ao acesso como em relação à implantação e ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais foram apresentadas as seguintes propostas:

144. Garantir que todo hospital geral, público e privado, possa atender às pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

145. Ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais nos municípios, cumprindo a Lei n.º 10.216/01 e a Lei Estadual n.º 9.716/92, do Rio Grande do Sul, que prevê o fechamento de um leito em hospital psiquiátrico para cada dois leitos criados em hospital geral, bem como criar serviços de urgências psiquiátricas, nos quais o paciente possa permanecer em observação por até 72 horas, com posterior encaminhamento para continuidade do tratamento nos demais serviços de saúde mental, implementando o cadastro de 10% dos leitos dos hospitais gerais para internações psiquiátricas.

146. Garantir, a partir da data de término desta Conferência, a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, respeitando a Portaria/SNAS n.º 224/92.

147. Garantir que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde exijam dos hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, a reserva de leitos psiquiátricos - na proporção de 5% dos leitos totais - para atendimento de urgência e emergência.

10. Assistência farmacêutica e exames complementares

No processo de Reforma Psiquiátrica, um dos itens de fundamental importância está relacionado à questão da assistência farmacêutica. Um dos aspectos levantados diz respeito à necessidade de que o Ministério da Saúde defina e implemente uma política de medicamentos para a área de Saúde Mental, com a criação de protocolos de tratamento.

52

Outro aspecto diz respeito à garantia de que cada estado tenha um plano, integrado com os municípios, de distribuição descentralizada e controle sistemático dos medicamentos psiquiátricos. Os municípios devem se responsabilizar pela organização de protocolos de tratamento com os medicamentos padronizados, de acordo com a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), além de cadastros de dispensação de medicamentos.

Propõe-se também a revisão da lista dos medicamentos psicotrópicos disponíveis no SUS, inclusive os de alto custo. Além disso, considera-se fundamental garantir o uso racional e seguro dos psicofármacos, assim como o acesso e o fornecimento gratuito de medicamentos, inclusive os de última geração, de acordo com protocolos de tratamento, incorporando inovações tecnológicas comprovadas e seguras.

Deve-se garantir também que os serviços de saúde mental ofereçam orientações e informações sobre o uso de medicamentos aos usuários e familiares.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

148. Problematicar a tensão existente entre as demandas advindas da precariedade social e a restrição das ações oferecidas no campo da Saúde Mental, definindo como problema ético a recorrência exclusiva à medicalização como forma de minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida. Criar mecanismos que inibam a medicalização do sofrimento psíquico e da exclusão social.

149. Garantir o uso racional, seguro e eficaz de todos os itens de medicamentos que constituem o Programa de Dispensação de Medicamentos de Saúde Mental, em tempo hábil, contínuo, ininterrupto e proporcional ao número de usuários, realizando farmacovigilância com a devida assistência farmacêutica.

150. Pleitear junto ao Ministério da Saúde a defesa da quebra de patente dos medicamentos de última geração em saúde mental, visando o barateamento do custo e a garantia da distribuição em toda rede.

151. Rediscutir com os Conselhos Profissionais da área da saúde mental a regulamentação de dosagens nas prescrições de psicofármacos.

152. Garantir a realização dos exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dos portadores de sofrimento mental, bem como receituários padronizados e cadastramento de médicos.

153. Ampliar a contrapartida das Prefeituras na compra dos medicamentos, complementando a compra dos medicamentos da lista básica, que deverá ser revista e ampliada.

154. Garantir que uma comissão de usuários e familiares possa acompanhar as necessidades e a aquisição dos medicamentos, exigindo que todos os usuários possam ser contemplados.

155. Garantir o acesso aos medicamentos excepcionais, inclusive os de última geração, gratuitamente, na rede básica, através de protocolos de atendimento, de forma a garantir o uso racional e seguro de psicofármacos.

156. Priorizar a distribuição gratuita de psicofármacos pelo SUS exclusivamente aos usuários ambulatoriais cadastrados nos serviços públicos de saúde mental.

157. Fiscalizar o controle de medicamentos, por meio de comissão permanente, para subsidiar a aquisição e o repasse de verbas destinadas a sua compra.

11. Intersetorialidade

54

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população.

No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território.

Além das questões acima referidas, outras propostas também foram aprovadas :

158. Orientar o desenvolvimento de ações de saúde mental, em nível primário, de forma intersetorial e interdisciplinar, articu-

lado com a rede informal de atenção à saúde na comunidade, com outras políticas (Lazer, Esportes, Cultura, Serviço Social, Conselho Tutelar, Ministério Público, etc.) promovendo também a intervenção pública junto à população em situação de risco e vulnerabilidade social.

159. Criar fóruns municipais inter-institucionais permanentes para discussão, criação, avaliação e ampliação das políticas públicas de saúde voltadas para a população de rua, criança e adolescente, álcool e drogas, terceira idade e mulher.

160. Estabelecer, no primeiro semestre de 2002, um cronograma para a realização de seminários intersetoriais locais e nacional, com a participação da Saúde, Educação, Cultura, Ministério Público, Assistência Social e outros setores visando definir parcerias e agilizar as ações em saúde mental.

161. Construir políticas públicas intersetoriais para as pessoas portadoras de deficiência mental, nos diversos níveis do sistema, e fortalecer e criar serviços de atenção diária para portadores de deficiência mental severa e profunda, associada ou não a outras deficiências, em parceria com organizações não-governamentais, visando a qualidade de vida dos usuários e familiares.

162. Garantir a implementação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que prevê o acesso à educação aos portadores de transtornos mentais, nas escolas públicas e privadas, por meio da realização de parcerias entre as Secretarias de Saúde, Educação e Ação Social, visando a capacitação continuada de todos os profissionais da rede de ensino sobre a educação inclusiva e a questão da Saúde Mental. Desenvolver, também, ações intersetoriais nas escolas e realizar eventos sobre a temática da Saúde Mental como, por exemplo, palestras dirigidas aos adolescentes.

163. Garantir que o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde fomentem a discussão étnica/racial na rede

da saúde mental e estabeleçam dispositivos efetivos de análise de dados sobre esta questão junto ao DATASUS.

164. Criar, em regime de urgência, uma comissão para investigação da saúde mental das nações indígenas, considerando, por exemplo, o alto índice de suicídio entre os índios do município de Dourados e, também, implantar ações de saúde mental e grupos terapêuticos nas comunidades rurais, indígenas e itinerantes.

165. Implementar ações de saúde mental do trabalhador, que contemplem:

a) Promoção de amplas discussões sobre saúde mental do trabalhador na comunidade, nos movimentos populares, nos movimentos sindicais e associações;

b) desenvolvimento de ações intersetoriais no sentido de prevenir problemas de saúde mental decorrentes das condições de trabalho;

c) capacitação dos órgãos representativos dos trabalhadores sobre a compreensão do sofrimento psíquico causado pelo trabalho, visando assegurar os direitos dos trabalhadores com transtornos mentais;

d) reconhecimento dos transtornos mentais como determinado pela atividade laborativa, ou seja, pelas condições ambientais ou organizacionais do trabalho;

e) garantia de que os desempregados sejam considerados como grupo de risco nas ações de saúde em geral e saúde mental em especial;

f) criação de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador com ações de saúde mental;

g) cumprimento da deliberação da Conferência Nacional de Saúde Mental, que assegura que as empresas causadoras de algum mal psíquico aos seus funcionários devem prestar total assistência, indenizando-os e garantindo seus empregos.

12. Atenção à criança e ao adolescente

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infanto-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes.

Em relação à atenção à criança e ao adolescente foram aprovadas também as seguintes propostas:

166. Constituir uma agenda específica para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental, elegendo esta temática como o foco prioritário das discussões no ano 2002.

167. Propor que a III Conferência Nacional de Saúde Mental referende as propostas aprovadas na Pré-Conferência para a Infância e Adolescência, realizadas nos dias 3 e 4 de dezembro de 2001.

168. Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

169. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica, encarnadas nos CAPS, podem assumir diferentes configurações concretas de serviços de base territorial, de acordo com as possibilidades, disponibilidades e particularidades de cada município brasileiro.

170. Exigir que a rede substitutiva inclua a atenção à criança e ao adolescente nos diferentes serviços.

171. A rede de atenção integral à criança e adolescente deve garantir acessibilidade, fluxo e priorização de casos de maior gravidade, dentro de um enfoque multiprofissional.

172. Implantar, em todos os estados e municípios, oficinas para crianças e adolescentes em consonância com as políticas de atendimento em saúde mental, na perspectiva de construção de cidadania.

173. Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados.

174. Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante.

175. Garantir que a criança e o adolescente com problemas escolares, uma vez esgotados os recursos de âmbito da ação escolar, tenham o direito ao atendimento, junto com seus familiares, na rede básica de saúde.

176. Criar fóruns intersetoriais nacional/estadual/municipal para tratar de questões referentes ao campo da infância e adolescência. Estes fóruns deverão ser coordenados conjuntamente pelos Conselhos Nacionais de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNS e CONANDA).

177. Construir e fortalecer espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, assegurando interlocução com a Educação, conselhos municipais de saúde, juizado, promotoria, conselhos tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos.

178. Garantir que as Comissões de Saúde Mental de nível municipal atuem de forma intersetorial nos Conselhos Municipais de Assistência Social, Direitos da Criança e do Adolescente e outros.

179. Realizar um censo nacional, operacionalizado pelos municípios, para o mapeamento dos serviços existentes, contemplando o perfil clínico, social e epidemiológico da clientela infanto-juvenil que vem sendo atendida nos serviços de saúde mental públicos, filantrópicos e contratados e instituições de assistência social e judiciárias.

180. Estabelecer condições para a construção de um indicativo populacional como critério para criação de serviço substitutivo destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, especialmente nos municípios onde houver ausência total de serviços, e naqueles em que as crianças e os adolescentes portadores de deficiência mental e transtornos psíquicos são assistidos pelo modelo asilar.

181. Promover, por meio dos serviços territoriais, a qualificação, no campo da saúde mental, de equipes das maternidades para garantir o cuidado precoce do recém-nascido com danos neurológicos e a atenção à gestante e à parturiente, sempre que se fizer necessário.

182. Estabelecer mecanismos de referência e contra-referência efetivos entre as equipes de maternidades e outros serviços especializados no atendimento às crianças portadoras de patologias congênitas e outros transtornos decorrentes de etiologias diversas (paralisia cerebral, etc), visando a intervenção precoce para a criança e seus familiares.

183. Garantir, nas três esferas governamentais, o cumprimento da Lei sobre a comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco para crianças e adolescentes.

13. Atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde.

Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

184. Garantir que os planos municipais de saúde contemplem propostas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, incluindo a criação de fóruns e de ações intersetoriais para discussão e implementação de uma política abrangente.

185. A política e o plano municipal de saúde mental devem prever a criação, organização e implementação de serviços básicos e especializados de referência, eficazes para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. E devem garantir, também, o desenvolvimento, nas unidades básicas de saúde, de grupos de acolhimento e encaminhamento para os serviços especializados.

186. Efetivar políticas locais de saúde mental para atenção de usuários de álcool e outras drogas, visando prevenção e tratamento adequando o serviço à realidade local. Buscar financiamento junto ao poder público e desenvolver parcerias com segmentos da sociedade

organizada (organizações não-governamentais, empresas e terceiro setor, universidades, voluntariado e igrejas).

187. Exigir que o Ministério da Saúde e demais órgãos competentes estabeleçam, mediante portarias, resoluções e decretos, a normatização do funcionamento técnico, administrativo e clínico, assim como o devido financiamento dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E, também, garantir que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promova fóruns regionais sobre o uso abusivo de drogas, com o objetivo de traçar uma política de saúde mental específica para esta questão.

188. Garantir que o Ministério da Saúde normatize a política de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas .

189. Garantir, nos três níveis de governo, que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental, assegurando a interface com outras políticas e setores e respeitando a especificidade de cada localidade.

190. Garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS.

191. Garantir que o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local.

192. Implantar, de forma integrada e simultânea, estratégias de assistência aos usuários (adultos, crianças e adolescentes) de álcool e outras drogas, inclusive tabaco, no conjunto de serviços

de base comunitária, CAPS, NAPS e serviços residenciais terapêuticos.

193. Garantir, para os usuários de álcool e outras drogas, a rede básica de saúde como porta de entrada, e respeitar os níveis de complexidade.

194. Garantir que a Comissão Intergestora Bipartite faça cumprir e os Conselhos de Saúde fiscalizem a normatização em vigor que orienta e determina que a internação dos usuários de álcool e outras drogas deve ser realizada em hospitais gerais e não em hospitais psiquiátricos. Garantir, também, que a desintoxicação ocorra em serviços de emergência e enfermarias de hospital geral, evitando a internação em hospitais psiquiátricos.

195. Proibir que os leitos psiquiátricos de serviços conveniados sejam utilizados para a internação de usuários de álcool e outras drogas.

62

196. Exigir que o SUS promova o descredenciamento de clínicas destinadas à internação de usuários de álcool e outras drogas, e proíba novos credenciamentos. Os municípios que não dispõem de serviços adequados (CAPS e NAPS) para atender esta clientela deverão providenciá-los.

197. Garantir que os SUS controle, fiscalize e delimite a ação das comunidades terapêuticas, com participação efetiva da vigilância sanitária.

198. Iniciar imediatamente o processo de acreditação das instituições de assistência ao usuário de álcool e de outras drogas, bem como estabelecer critérios para esse fim.

199. Garantir a implantação de serviços de atendimento em saúde mental para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, inclusive tabagismo, nas cidades-pólo e sedes de microrregiões.

200. Garantir a criação, em cada estado, de, no mínimo, um Centro de Referência Regional para atenção aos usuários de álcool

e outras drogas, que possa trabalhar em parceria com Núcleos de Saúde Mental de referência em cada município.

201. Propor a realização, em cada município, de levantamento epidemiológico sobre a incidência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

202. Realizar censo de base epidemiológica para conhecer o perfil da clientela de usuários de álcool e outras drogas com internações de longa permanência na rede hospitalar pública, conveniada e privada, a fim de estabelecer o projeto terapêutico.

203. Garantir que o Ministério da Saúde e a Vigilância Sanitária orientem e controlem a distribuição de medicamentos para as pessoas com dependência de drogas de forma a evitar outra dependência.

204. Garantir que os órgãos fiscalizadores desenvolvam uma atuação mais efetiva na fiscalização do funcionamento de bares e similares que comercializam bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas.

205. Criar legislação específica destinada a proibir a veiculação de propagandas que incentivem o uso das drogas lícitas.

II. RECURSOS HUMANOS

Princípios e Diretrizes

A construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, e que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. Para isso, ela deve garantir: a capacitação e qualificação continuadas, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação, e a transformação dos processos de trabalho visando a superação das formas verticalizadas de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles.

Esta política de recursos humanos deve realizar contratações exclusivamente através de concursos públicos, porém em determinadas situações de emergência poderão ocorrer outras formas de contratação, através da CLT, mas assegurando-se sempre a seleção pública.

Do ponto de vista tecnológico e educativo, deve haver um investimento significativo na implementação das novas tecnologias de educação, informação e comunicação para os trabalhadores de saúde mental.

Além disso, uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos “especialismos” e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde. Além disso, se requer o envolvimento de profissionais e trabalhadores não apenas deste campo, mas também de outros setores e programas sociais importantes no processo de cuidado em saúde mental ou na abordagem do portador de transtorno mental na comunidade, efetuando a composição da equipe de acordo com a demanda gerada no território, respeitando as possibilidades e necessidades de cada município e valorizando a experiência dos familiares e usuários.

Nesta mesma direção, a política de recursos humanos deve estimular a dissolução do “manicômio mental” implícito no saber científico convencional, que discrimina o saber popular, por meio da maior valorização da experiência de familiares e usuários, garantindo desta forma a integração e o diálogo com os saberes populares.

Além destas propostas mais gerais, também foram aprovadas propostas para temas específicos, indicadas a seguir:

1. Política de contratação de recursos humanos

A implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer suprir as carências de recursos humanos em todos os níveis de complexidade da assistência em saúde mental. O planejamento e a criação dessas equipes de saúde mental nos serviços municipais de

saúde deve levar em conta critérios clínicos, epidemiológicos e demográficos, incentivando-se a interiorização de profissionais de saúde mental.

No processo de contratação no setor público, deve-se obedecer à NOB-RH aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, não se permitindo, assim, a terceirização da saúde.

A contratação de profissionais deve ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em casos de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. O contrato administrativo poderá realizar-se excepcionalmente sob aprovação do Conselho Municipal de Saúde, desde que se respeitem as definições de situações emergenciais definidas pela Lei Orgânica dos Municípios.

Os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é necessário considerar, quando da captação de recursos humanos, o perfil para se trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental, não devendo isso significar nenhuma disposição de aceitar condições de trabalho indignas e precárias, bem como aviltamento em sua remuneração.

Foram também elencadas várias outras propostas, como indicado abaixo.

206. Rever a lei de responsabilidade fiscal, que limita os gastos com recursos humanos, garantindo a maior flexibilidade do gestor frente às necessidades de implantação e implementação das ações de saúde, preservando-se a transparência dos gastos dos recursos públicos.

207. Publicação e efetivação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Ministério da Saúde para que esta seja instrumento de regularização da política de recursos humanos em saúde mental, instalando a Mesa de Negociações do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

208. Garantir a isonomia salarial e a equiparação de carga horária, com revisão de cargos e salários, para todas as categorias profissionais, visando corrigir as distorções atuais nas esferas municipal, estadual e federal.

209. Regulamentar e garantir a jornada de trinta ou vinte horas semanais, de acordo com as funções exercidas, mantendo o piso salarial existente e sem prejuízo financeiro, para os trabalhadores da saúde.

210. Garantir a reposição de vagas em equipes de profissionais de saúde mental, quando houver demissões, transferências, aposentadorias, licenças e falecimentos.

211. Incluir matéria sobre o SUS nos programas para concursos públicos, bem como sobre o ideário da Reforma Psiquiátrica e os paradigmas da atenção psicossocial.

212. No processo de contratação de profissionais, deve se colocar como parte do concurso público a entrevista seletiva, com o estabelecimento de critérios compatíveis com o projeto de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica.

213. Criar um programa de estímulo à interiorização dos profissionais de saúde mental (a exemplo do Programa de Interiorização da Saúde, criar um “PIS Saúde Mental”), com remuneração adequada, apoio à moradia, etc.

214. Assegurar que todo município tenha, no mínimo, um profissional como referência em saúde mental.

215. Rever os parâmetros de recursos humanos propostos na Portaria/SNAS n.º 224/92 em uma perspectiva de ampliação,

como forma de contemplar a complexidade das ações de desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional, bem como de possibilitar que médico clínico ou outro médico, capacitados em saúde mental, possam compor a equipe do serviço substitutivo em saúde mental.

216. Informatização dos sistemas, reavaliação e requalificação dos trabalhadores de saúde mental no prazo de dois anos.

217. Incluir a categoria profissional de musicoterapeuta, profissão em processo de regulamentação no Congresso Nacional (Projeto de Lei n.º 0441 – 2001), no quadro funcional das equipes de saúde mental.

218. Realização de seleção para os estagiários com critérios e metodologia transparentes.

2. Coordenação e gestão das equipes de saúde mental

71

A implementação efetiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica requer um processo de co-gestão interdisciplinar e colegiada nas coordenações, equipes e serviços de saúde mental, por meio de eleição dos gestores, da participação diária no planejamento, execução e avaliação dos serviços, que também inclua os usuários e familiares.

Também foram aprovadas as seguintes propostas específicas:

219. Garantir que a escolha do coordenador de saúde mental efetuada pelo gestor observe os seguintes requisitos: **a)** que não tenha vínculos com prestadores e/ou empresários de saúde da iniciativa privada; **b)** que esteja identificado com a política nacional de saúde mental; **c)** que sua atuação seja democrática, articulando a participação de gestores, trabalhadores, usuários e

familiares na efetivação e consolidação da política de saúde mental do município.

220. Criar Núcleo de Referência Estadual em Saúde Mental, com participação dos trabalhadores, usuários e familiares, voltado para estudos, ensino, pesquisa e tratamento dos transtornos mentais, além de capacitação dos profissionais dos diversos setores e níveis de atuação.

221. Que as coordenações de saúde mental sejam constituídas por equipes que cumpram efetivamente as ações de supervisão, assessoria e acompanhamento contínuo dos serviços de saúde mental.

222. Garantir aos profissionais carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço nas reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões.

223. Garantir a participação de todas as categorias profissionais envolvidas no trabalho interdisciplinar de saúde, quando do provimento do cargo de direção das unidades de saúde.

3. Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS

O avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, para além das universidades, e exigir, nas três esferas de governo, que os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no

processo da Reforma, que promovam qualificação, atualização, cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente, para os gestores, equipes de PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos (transtornos mentais severos, criança e adolescente, deficiente mental, álcool e drogas e emergência), professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança pública, atendendo aos aspectos assistenciais e terapêuticos, intersetoriais, dentro das diretrizes políticas do respectivo projeto de cada prefeitura municipal, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e conforme o artigo 1.º da Lei n.º 10.216/01. Nesse processo, enfatizou-se também a importância da integração entre assistência, ensino e pesquisa, pela qual todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial.

Essa política de formação e capacitação deve criar espaços de troca baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construídos através de intercâmbio entre municípios, coordenadorias regionais e estados, e entre serviços e instituições formadoras, voltados para profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, considerando a competência técnica e política desejada. Neste processo, torna-se fundamental incluir usuários e familiares voluntários nas oficinas de capacitação em Saúde Mental, como parte da equipe de instrutores.

Além destas propostas mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

3.1. Capacitação e pesquisa

224. Implantar a NOB - Recursos Humanos, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial.

225. Promover a requalificação do profissional da saúde mental, para melhor desempenho de suas funções nos serviços substitutivos aos manicômios, de modo que o amordaçamento químico que costuma caracterizar as práticas psiquiátricas seja substituído por uma efetiva humanização da relação médico-paciente.

226. Garantir que haja profissionais da área de Saúde Mental nas coordenadorias regionais de saúde à disposição para oferecer capacitação e treinamento aos municípios que necessitarem, bem como apoio para implantação e implementação das políticas na área de Saúde Mental.

227. Normatizar a criação de grupos de estudos e discussões clínicas dentro dos serviços de saúde mental, com garantia de acesso dos profissionais de saúde.

228. Que os serviços substitutivos tenham uma unidade de referência em pesquisa, ou comissões de ensino e pesquisa, no sentido de viabilizar a produção de conhecimento científico, no próprio serviço, sobre as novas práticas de saúde mental, em parceria com instituições formadoras.

229. Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias regionais e gestores locais, que os serviços substitutivos de saúde mental tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários.

230. Garantir supervisão local dos estágios realizados nos serviços de saúde mental.

231. Exigir que estados e municípios promovam capacitação em saúde mental para os gestores de saúde, especialmente em recursos humanos e ações de financiamento, a fim de que possam desenvolver um planejamento integrado com a esfera federal.

232. Reforçar a Moção n.º 50, aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que propõe capacitação de peritos responsáveis por perícias médicas para portadores de transtornos mentais.

233. Democratizar o processo de pesquisa e realizar levantamentos, em nível nacional, de experiências exitosas em saúde mental no campo comunitário e ambulatorial, que possam fazer parte de um leque de locais a serem referências para visitas e troca de experiências.

234. Estimular a articulação entre entidades de financiamento à pesquisa (CAPES, CNPq, etc), entidades formadoras e o Ministério da Saúde para um fomento à pesquisa e priorização de temas da assistência em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.

3.2. Capacitação para o cuidado de clientela específica em saúde mental

235. Garantir recursos humanos e a formação profissional respectiva para a implantação de uma política de atenção à criança e ao adolescente adequadamente definida, em consonância com o estatuto da criança e do adolescente (Lei n.º 8.069/90), com a criação de núcleos de assessoria técnica que possam desenvolver ações de supervisão aos profissionais da rede que atendam crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos, bem como a inclusão de questões referentes a este campo nos programas de formação de psiquiatras.

236. Capacitar os profissionais envolvidos na atenção a crianças e adolescentes em situação de rua e demais grupos socialmente vulneráveis, respeitando os princípios da política de saúde mental e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

237. Garantir que os Secretários de Saúde articulem junto aos estados e municípios a capacitação de profissionais de saúde da rede básica e da saúde mental para a assistência do usuário de álcool e de outras drogas, de forma integrada, capacitando-os nas comunidades, empresas, pastoral da criança, grupos de adolescentes, de idosos, entre outros.

238. Promover cursos de educação continuada e formação de multiplicadores sobre as questões da AIDS e DST, assim como de dependência de drogas, no que se refere aos aspectos preventivos e assistenciais.

3.3. Capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF)

239. Integração do programa municipal de saúde mental com o PACS/PCF, garantindo o papel da equipe multidisciplinar de saúde mental na condição de assessoria, capacitação, consultoria, atendimento e supervisão das equipes dos referidos programas. Quando não houver competência das equipes do PACS/PCF, os casos deverão ser referenciados para serviços mais complexos.

240. Normatizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em parceria das universidades com os órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde

mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social), e relativos à humanização das práticas, quanto aqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico.

241. Capacitar os médicos generalistas que atuam na atenção básica, por meio de protocolos assistenciais, para o uso de medicamentos essenciais nas patologias de maior prevalência.

3.4. Capacitação em saúde mental para outros serviços e programas de saúde

242. Garantir formação e/ou capacitação para médicos generalistas, em saúde mental, por meio de estudo epidemiológico e planejamento bem estruturado, através de projeto piloto em uma determinada localidade, visando ser difundido gradativamente para outras regiões.

243. Garantir a todos os serviços de assistência pré-hospitalar de urgência/emergências pública e privadas (socorro/ambulâncias) que tenham capacitação para atendimento a portadores de transtornos mentais e que sejam efetivados os preceitos de SAMU em todos os municípios.

244. Promover a formação continuada de todos os profissionais que trabalham em hospital geral para lidar com os problemas de saúde mental, assim como aqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, sem utilizar o recurso à internação.

245. Criar residências multiprofissionais em todas as áreas, no quadro do SUS, para formação de profissionais que atendam desde a criança ao idoso.

4. Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental, neste campo, implica ampliar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica para toda a sociedade, para os movimentos sociais em geral e para os Conselhos de Saúde, e, particularmente, promover a aproximação, interação e cooperação com os conselhos profissionais, universidades, escolas técnicas e escolas afins de saúde pública, bem como com os centros acadêmicos, comprometendo-os na direção da revisão de seus *currícula* e promovendo uma capacitação interdisciplinar, multiprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca do campo da Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo também uma prática profissional através da extensão universitária, especialização, residência e estágio para todos os profissionais da área de Saúde Mental. Quanto aos últimos, requer-se particularmente estimular e/ou facilitar os estágios acadêmicos ou voluntários, para que os universitários tenham sua formação e campo de atuação ampliados, possibilitando, também, a vivência interdisciplinar desde sua formação acadêmica.

As políticas de saúde mental devem promover ainda a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão e capacitação de profissionais dos campos de cultura, educação, habitação, trabalho e lazer, viabilizando o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais que busquem a melhoria da qualidade de vida, inclusão social e cidadania da população em geral e em particular da clientela dos serviços de saúde mental.

Finalmente, a perspectiva da saúde mental envolve também uma ação intersetorial, requerendo a criação de espaços de

capacitação em saúde mental coletiva para os profissionais e trabalhadores ligados à segurança pública e cuidados emergenciais nas ruas, particularmente aqueles envolvidos com a abordagem de usuários de saúde mental, a fim de avançar na abordagem da cidadania e construir uma cultura de paz e direitos humanos.

Além destas propostas mais amplas, foram também aprovadas várias outras, que estão indicadas a seguir:

246. Estabelecer convênios entre o Governo Federal, Estaduais e Universidades para treinamento, fóruns de capacitação e cursos de especialização na área de Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo o aprimoramento, reciclagem, educação continuada, supervisão técnica e institucional permanente aos trabalhadores de saúde mental.

247. Formalizar e ampliar as parcerias com as instituições formadoras (instituições de ensino e outras), mediante contrato elaborado por comissão paritária (prefeituras municipais e instituições formadoras) que regulamente os estágios curriculares e extracurriculares prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, internato rural, especialização, residência, para todos os profissionais de áreas afins, a partir do eixo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando intervenções no campo da saúde, cultura, lazer etc. Que o Ministério da Saúde apóie a implementação pela CINAEM de reforma dos *currícula* do ensino médio do País.

248. Criar e legalizar (legislação federal), pelo Ministério da Educação, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, constituindo, a partir do órgão público competente, um grupo de trabalho para esse fim.

249. Promover a articulação com as instituições de ensino superior visando atrair estagiários de educação física, artes, música, terapia ocupacional e outras formações afins para atuação nos serviços substitutivos.

250. Estabelecer parcerias com as faculdades de Pedagogia e Educação, para a inclusão nas grades curriculares de temas referentes à Reforma Psiquiátrica e inserção dos estagiários dessas instituições nos serviços substitutivos, visando uma maior conscientização da população.

251. Incentivar o envolvimento dos Conselhos Profissionais de forma mais ativa junto a instituições formadoras, inclusive com aproximação junto aos CAs dos estudantes, futuros profissionais daquela categoria.

252. Fazer cumprir as leis orgânicas da saúde que destinam recursos financeiros à qualificação dos conselheiros, incluindo mais recursos na previsão orçamentária do Fundo Municipal de Saúde.

253. Realização de encontros periódicos em saúde mental, com a finalidade de sensibilizar e envolver toda a sociedade, custeados pelas respectivas Secretarias de Saúde.

4.1. Iniciativas de capacitação

254. Garantir a inclusão da disciplina de Saúde Mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, na grade curricular dos estabelecimentos de ensino superior.

255. Promover mudanças nos *currícula* dos cursos universitários de forma a adequá-los aos novos perfis epidemiológicos e às novas formas de expressão do sofrimento psíquico presentes na sociedade brasileira atual, em sintonia com a Reforma Psiquiátrica e a reorientação do modelo assistencial, sugerindo que as Universidades acolham as experiências desenvolvidas nos serviços e que essas parcerias também possam contribuir para a reformulação curricular.

256. Estimular a introdução de conteúdos da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, na formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais.

257. Garantir que os cursos profissionalizantes possam contemplar disciplinas de saúde mental em seus *currícula*, com ênfase nos cuidados com a saúde pública, saúde mental coletiva, educação social e atenção ao portador de necessidades especiais.

258. Estimular, ampliar e garantir os aparelhos de formação de pessoal em saúde mental. Essa formação deverá ser de caráter interdisciplinar e multiprofissional e não apenas em saúde mental, no sentido estrito, mas em disciplinas que vão do campo específico às de Políticas Públicas de Saúde (Educação Social, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Planejamento, Epidemiologia, bases históricas e princípios do SUS), e atenção ao portador de necessidades especiais, assim como uma base de formação prática nos serviços substitutivos e nas práticas territoriais/comunitárias de atenção psicossocial.

259. Incentivo às Universidades para que formem profissionais dentro das necessidades do setor de Saúde Pública, privilegiando a formação generalista, inserindo nos *currícula* dos profissionais de saúde e afins a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, estendendo-a também às escolas técnicas, conselhos e à sociedade como um todo.

4.2. Iniciativas e ações intersetoriais de capacitação

260. Propiciar aos trabalhadores do País informações e compreensão da legislação em saúde mental e Sistema Único de Saúde.

261. Capacitação do pessoal envolvido com a abordagem, manejo e transporte dos portadores de sofrimento psíquicos aos serviços de pronto atendimento, com foco para as corporações de bombeiros, militares, polícia militar, polícia civil, defesa civil e demais profissionais responsáveis pelo transporte e condução.

262. Criar mecanismos de intercâmbio com universidades, para atenção à saúde mental dos trabalhadores do sistema penitenciário, através de supervisão institucional e para reflexão sobre a política de atendimento à população carcerária, prevenindo a ocorrência de violência e agressões.

263. Promoção de parcerias entre Secretarias da Saúde nas três esferas com ONGs, associações e outras instituições filantrópicas que lidem com Saúde Penitenciária e tratamentos para dependências químicas, visando à capacitação de seus profissionais.

264. Envolver e capacitar a sociedade civil que desenvolve ações em saúde mental, como as pessoas que atuam nas pastorais da saúde, da criança, carcerária, pastoral da sobriedade e outras.

265. Garantir a capacitação dos professores de ensino fundamental, médio e superior, para que compreendam a necessidade de que crianças e adolescentes com necessidades especiais estejam inseridos no sistema educacional.

5. Saúde Mental do Trabalhador

266. Desenvolver estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

267. Criar programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas.

268. Regulamentar o pagamento do adicional de insalubridade para os profissionais da saúde, conforme a legislação vigente.

III. FINANCIAMENTO

Princípios e Diretrizes

A implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer a reafirmação dos princípios de integralidade, descentralização e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

A lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem *acompanhar o usuário* nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos. Foi reafirmada a necessidade de ampliação de recursos para saúde e saúde mental, propondo-se novas fontes de financiamento e enfatizando o redirecionamento das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos. O município é identificado como o lugar privilegiado para sediar a rede de serviços substitutivos.

A política de saúde mental requer assim o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, para a construção de uma rede integral de atenção à saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que respeite a realidade de cada município, e que inclua ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no campo da:

- atenção básica;
- atenção diária (CAPS, NAPS, hospitais-dia, hospitais-noite etc.);
- moradia (lares abrigados, serviços residenciais terapêuticos);
- atenção à dependência química;

- atenção à infância e à adolescência;
- atenção aos deficientes mentais;
- atenção à mulher;
- atenção ao indígena;
- atenção ao idoso;
- atenção à saúde mental nos hospitais gerais;
- emergência psiquiátrica;
- serviços de interconsultas;
- convivência e geração de renda (centros de convivência, oficinas terapêuticas, cooperativas de trabalho).

Além destas propostas mais amplas, também foram aprovadas várias outras, que serão agrupadas abaixo, em temas específicos.

1. Diretrizes para a orientação dos mecanismos de financiamento

269. Garantir que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, elabore um plano nacional, com metas e cronograma, para o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos públicos e privados, com a realocação dos recursos financeiros a eles destinados para a rede de serviços substitutivos e outras estratégias e dispositivos aprovados nesta Conferência para a reorientação do modelo de atenção. Ao mesmo tempo, deve ser garantido que, no processo de desospitalização, fique assegurada plena assistência aos usuários, devendo a realocação ser iniciada pela assistência aos usuários submetidos à internação de longa permanência.

270. Garantir a imediata inversão de prioridades no financiamento da política de saúde mental, na proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar.

271. Garantir que os recursos provenientes do fechamento de leitos psiquiátricos possam ser realocados fundo a fundo nos serviços substitutivos, ficando sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a aplicação destes recursos, com o acompanhamento das Comissões Bipartite e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

272. Garantir que os serviços programem, tenham dotação orçamentária e gerenciem os recursos financeiros para medicamentos, materiais para atividades das oficinas, transporte, alimentação, publicações, divulgações de serviços e capacitação de profissionais de acordo com os novos modelos e supervisões técnicas.

273. Garantir recursos financeiros federais, estaduais e municipais suficientes para criar, efetivar e qualificar ações e serviços em saúde mental para cada município estruturar seu serviço de atenção integral à Saúde Mental, inclusive para a assistência farmacêutica para a sustentação da rede.

274. Garantir a continuidade das experiências bem sucedidas nos municípios no campo da Saúde Mental, viabilizando os investimentos necessários com recursos humanos e financeiros.

275. Promover incentivos e definir percentual mínimo para o desenvolvimento de ações de saúde mental, nos orçamentos anuais e plurianuais das três esferas de governo, de acordo com o perfil epidemiológico e a população, com garantia de autonomia nos investimentos e financiamentos, sob aprovação e controle dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

276. Garantir novos investimentos das esferas federal, estadual e municipal na criação, ampliação, reforma e manutenção da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: NAPS/CAPS, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos e rede básica.

277. Garantir na dotação orçamentária (municipal, estadual e nacional), a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (com suas etapas municipal e estadual), a serem realizadas de quatro em quatro anos.

1.1. Estratégias para regulamentação, alteração e cumprimento da legislação e normas de financiamento

278. Exigir, nas três esferas de governo, o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e sua complementação, Lei n.º 8.142/90 e da PEC n.º 29/2000, garantindo a destinação de recursos ao Fundo de Saúde e a transparência na aplicação.

279. Garantir que o financiamento da saúde e da saúde mental ocorra mediante repasse aos fundos municipais de saúde, respeitando o programa de investimentos previsto nos Planos Municipais de Saúde Mental.

280. Propor que os estados promovam a municipalização solidária e forneçam incentivos financeiros para serviços e ações de saúde mental e assistência farmacêutica independente do número de habitantes, de acordo com planos municipais de saúde aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

281. Garantir que não haja retrocesso nos percentuais já aplicados em saúde quando excederem o previsto na PEC n.º 29/2000, ficando a critério dos Conselhos de Saúde a definição da sua atualização de acordo com as necessidades da população.

282. Garantir a efetividade da contrapartida estadual e municipal, de acordo com a NOAS/2001, referente à implementação de serviços de assistência em saúde mental.

283. Destinar recursos para implantação de uma Central de Regulação, composta por equipe multidisciplinar, que estabeleça

protocolo único para as urgências e emergências em saúde mental e para a criação de uma central de vagas regionalizada, que estabeleça mecanismos claros de referência e contra-referência e garanta o acesso e informação sobre internações e altas para os serviços referenciados.

284. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal no que tange ao percentual máximo de gastos com pessoal no serviço público, visando permitir a contratação de recursos humanos necessários na área da saúde.

285. Garantir o financiamento público da seguridade social, elemento fundamental para viabilizar a efetiva reinserção social dos usuários de saúde mental.

286. Conhecer e participar da luta pela Reforma Tributária e buscar garantir recursos para a saúde.

1. 2. Critérios para orientar a gestão e repasse de recursos financeiros

287. Exigir que o Ministério da Saúde identifique e realoque os recursos decorrentes do fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos nos últimos sete anos para o financiamento da rede substitutiva de atenção em saúde mental, dividindo-os *pro rata* entre todos os municípios, com controle social e dotação específica.

288. Estabelecer metas para a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, com aplicação de multa ao gestor em caso de descumprimento. Os recursos oriundos das multas deverão ser aplicados na construção de serviços substitutivos, com a garantia de controle social no planejamento.

289. Desenvolver um plano de transferências das AIHs dos hospitais públicos e privados para os serviços substitutivos, contemplando a fiscalização e a implementação desta política pelos

órgãos competentes, por meio de auditorias semestrais realizadas em conjunto com os Conselhos de Saúde, ONGs e entidades da sociedade civil, para averiguação da aplicação correta dos recursos do SUS e da qualidade dos serviços prestados.

290. Exigir que o Ministério da Saúde crie dispositivo legal para garantir que o recurso das AIHs dos leitos desativados passe automaticamente do SIH para o SIA, para implantação dos serviços substitutivos com realocação integral, sem prejuízo da base orçamentária do setor.

291. Encaminhar à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a aprovação do remanejamento dos recursos dos tetos financeiros de internação em hospitais psiquiátricos para custear a implantação e funcionamento de CAPS, oficinas terapêuticas e ambulatorios, definidos pela Portaria/SNAS n.º 224/92, e que cada estado apresente um plano próprio para realocação destes recursos.

292. Garantir a alocação dos recursos das AIHs psiquiátricas para os municípios que recebam os usuários de alta, para investimento nos equipamentos de saúde mental (moradias, NAPS/CAPS, centros de convivência, bolsas de desospitalização), ampliando a abrangência da Portaria/GM n.º 106/00, e que esta discussão seja pactuada nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) regional e estadual com acompanhamento e fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

293. Financiar os serviços substitutivos dos estados e municípios que não possuem recursos de AIH para a saúde mental, mediante recursos provenientes de um Fundo de Saúde Mental.

294. Extinguir a forma de financiamento de AIHs de longa permanência e garantir que os recursos daí provenientes sejam investidos exclusivamente na área de Saúde Mental.

295. Reavaliar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), propondo mudanças que façam com que a AIH 1 tenha

redução de permanência para dez dias, e que os pedidos de renovação sejam avaliados por equipe multiprofissional.

296. Exigir que o valor das AIHs de curta permanência seja maior que o valor da AIH de longa permanência.

297. Garantir que, em caso de óbito de usuário morador de hospital psiquiátrico, o leito seja descredenciado e que a AIH seja realocada para o financiamento da rede substitutiva.

298. Transferir no mínimo R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) por ano do financiamento das AIHs para os serviços substitutivos.

299. Garantir a aplicação dos recursos provenientes dos procedimentos SIA/SUS na própria unidade ambulatorial que executa os procedimentos.

300. Condicionar o recebimento dos novos pedidos de inclusão nos recursos do FIDEPS aos hospitais universitários que implantarem CAPS, NAPS ou hospitais-dia. Estabelecer o prazo de três anos, para que os hospitais que já são beneficiários desses recursos possam adaptar-se às novas regras.

301. Proibir novos convênios ou a contratação de serviços de saúde mental com o setor privado.

302. Proibir o credenciamento, pelo SUS, de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à Assessoria de Saúde Mental do Estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

303. Criar mecanismos que desburocratizem e facilitem a aprovação e liberação de recursos financeiros para a política de saúde mental.

304. Tornar factíveis e menos burocratizados os procedimentos de credenciamento das residências terapêuticas, viabilizando a liberação das verbas previstas nas Portarias GM n.º 106/00 e SAS n.º 1220/00.

305. Definir instrumentos para avaliar a implantação dos novos recursos de atenção à saúde mental atrelados à condição de gestão plena do sistema, para garantir a regularidade dos repasses.

306. Reavaliar o financiamento dos procedimentos de todas as categorias profissionais, constantes na Portaria GM n.º 1.230/99.

307. Garantir recursos financeiros para programas de saúde mental nos municípios com menos de 60.000 mil habitantes.

2. Criação de novas formas de financiamento e indicação de fontes complementares

308. Elaborar e viabilizar projetos, por intermédio de financiamento do Ministério da Saúde e do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), para implementar e custear novos dispositivos na área de saúde mental, tais como: NAPS, CAPS, ações de saúde mental na rede básica; criação de cooperativas sociais, capacitação de recursos humanos para o PSF e PACS, a partir de janeiro de 2002.

309. Criar incentivo ao financiamento das ações de saúde mental, semelhante ao programa de Humanização do Parto, com recursos do Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FAEC), no intuito de “premiar a resolutividade” dos projetos que propiciem estilos de vidas saudáveis e qualidade de vida aos acometidos por transtornos mentais, que desenvolvam parcerias com instituições de ensino públicas, ONGs e sociedade civil.

310. Exigir que o Ministério da Saúde defina as ações de saúde mental como “ações assistenciais estratégicas”, definindo recursos próprios extra-teto, para todos os municípios e não apenas àqueles em regime de Gestão Plena do SUS.

311. Viabilizar linhas de financiamento do Estado (Secretaria Estadual de Saúde) e Ministério da Saúde para formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte, independentemente da produtividade dos programas, sendo que parte deste financiamento deve ser oriunda do repasse e realocação de verbas das internações psiquiátricas procedentes desses municípios.

312. Criar um dispositivo de cobrança das seguradoras e planos de saúde pelo atendimento prestado em saúde mental, garantindo o ressarcimento para financiar as ações de saúde desenvolvidas pelo SUS.

313. Alterar a Lei n.º 9.656/98 (seguro saúde), incluindo diferentes intervenções em saúde mental que respondam às necessidades dos clientes.

314. Assegurar que a CPMF seja repassada integralmente para a saúde.

315. Repassar um percentual de 3% a 5% da arrecadação líquida das loterias para aplicação em projetos e/ou ações de saúde mental.

316. Abater no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas o valor investido em projetos de saúde mental.

317. Criar taxa específica para a venda de bebidas alcóolicas, cujo recolhimento se destine a um fundo municipal específico para financiar ações terapêuticas relativas ao uso abusivo do álcool.

318. Elevar a tributação sobre bebidas alcóolicas e cigarros.

319. Encaminhar projeto de lei que permita reverter um percentual a ser definido de ICMS arrecadado com bebidas alcóolicas e cigarros para que os municípios desenvolvam política de saúde mental. (Houve a proposta de 50% do ICMS sobre os referidos produtos).

320. Que o Conselho Nacional de Saúde faça gestões junto à Frente Parlamentar de Saúde para a aprovação de emenda constitucional permitindo que o IPI arrecadado na comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco seja devolvido aos estados e municípios para programas de prevenção e assistência a pessoas com problemas de álcool e outras drogas e seus familiares.

321. Encaminhar projeto de lei que permita destinar 30% do IPI das indústrias farmacêuticas para os programas de saúde mental.

322. Destinar aos fundos municipais de saúde recursos provenientes das multas impostas pela Vigilância Sanitária (municipais, estaduais e federal) e dos bens móveis e imóveis provenientes das ações de repressão ao tráfico de droga, para a aplicação em projetos da área de saúde mental, financiamento de ações de prevenção e tratamento dos usuários de drogas. Houve indicação da taxa de 5% da arrecadação das Vigilâncias Sanitárias.

323. Garantir que 20% dos recursos oriundos dos *royalties* do petróleo e seus derivados, existentes em alguns estados, sejam destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde mental.

324. Buscar fontes complementares de recursos para o financiamento de ações em saúde mental, serviços residenciais, centros de convivência, cooperativas de usuários, mediante o estabelecimento de convênios e projetos de cooperação, nacionais e internacionais, promoção de eventos culturais e outras iniciativas.

3. Financiamento das ações de saúde mental na Atenção Básica

Uma política de saúde mental baseada no princípio da integralidade requer a garantia de financiamento para as ações básicas de saúde mental desenvolvidas em Unidades Básicas de

Saúde (UBS), Programa de Saúde de Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com garantia de contratação de recursos humanos, com financiamento pelo Piso de Atenção Básica.

325. Financiar ações de saúde mental desenvolvidas em unidades básicas de saúde, PSF, PACS e viabilizar recursos financeiros para a contratação de profissionais de saúde mental.

326. Garantir o financiamento de ações substitutivas no campo da Saúde Mental, com especial ênfase às ações no âmbito da atenção básica, incluídas e incentivadas no PAB, tanto na parte fixa como na variável.

327. Incluir a atenção básica em saúde mental como ação prioritária e critério para cadastramento dos municípios no PAB ampliado, com garantia de financiamento pelo Ministério da Saúde.

328. Exigir que o Ministério da Saúde crie incentivo mensal para equipes do Programa de Saúde da Família - como acontece na saúde bucal do PSF - para os municípios que desenvolvem programas de saúde mental. Esse repasse será realizado sem prejuízo dos outros recursos federais destinados à saúde mental.

329. Reajustar a tabela PAB (Piso de Atenção Básica), revertendo os valores defasados destinados para os municípios.

4. Financiamento dos serviços substitutivos

A consolidação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer prioridade ao financiamento da rede de serviços substitutivos, com destinação de recursos das três esferas do governo e implementação de procedimentos ágeis para credenciamento, implantação, implementação e manutenção dos serviços.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

330. Garantir uma política de investimentos e custeio que reconheça a resolutividade da rede de serviços de saúde mental substitutivos, respeite o perfil das necessidades e especificidades epidemiológicas, populacionais e sociais locais, e seja comprometida com a diminuição das desigualdades regionais de acolhimento e acesso a serviços, com prioridade para a Amazônia.

331. Adotar mecanismos ágeis e desburocratizados para o estabelecimento de convênios com o SUS para implantação, implementação e credenciamento de serviços substitutivos, tais como NAPS, CAPS, atenção contínua 24 horas, serviços residenciais terapêuticos, oficinas, centros de convivência, exclusivamente públicos, buscando garantir: transferência de recursos de capital do Ministério da Saúde destinados aos investimentos iniciais de implantação e implementação; investimentos extra-teto das três esferas de governo para a manutenção dos serviços; pagamento de diárias ou remuneração por meta, com valor superior ao da AIH hospitalar; regularidade do repasses de recursos, em intervalos de, no máximo, 60 dias e a criação de mecanismos que venham garantir a qualidade e eficácia das suas ações. Também se aprovou a garantia de recursos para serviços substitutivos públicos ou conveniados.

332. Buscar formas de aprimorar os mecanismos de financiamento dos serviços substitutivos, aumentar os valores atualmente propostos pelo SUS para os procedimentos desenvolvidos, superar a forma de remuneração por procedimentos e/ou produtividade, adequando o financiamento ao perfil e diversificação das ações desenvolvidas.

333. Garantir a liberação de verbas para projetos já aprovados de serviços substitutivos.

5. Implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental

O aprofundamento da Reforma Psiquiátrica requer a implementação de novos mecanismos para viabilizar o financiamento de ações inovadoras visando a ampliação do campo de possibilidades das práticas desenvolvidas pela rede de serviços substitutivos. Tais proposições incluem a ampliação das modalidades de serviços residenciais, a implementação de novas modalidades de assistência domiciliar, o desenvolvimento de formas de apoio financeiro aos usuários, familiares e cuidadores e o financiamento de programas de geração de renda e cooperativas de trabalho.

Também foram aprovadas as seguintes propostas:

334. Implementar o financiamento de novas modalidades de serviços residenciais terapêuticos destinados a pessoas com transtornos mentais severos, em situação de desamparo social e/ou dependência institucional, sem vínculos sócio-familiares.

335. Criar dispositivo de financiamento destinado às ações de atendimento e/ou acompanhamento e/ou internação domiciliar/comunitária aos usuários de todos os programas da rede de atenção em saúde mental, que inclua aquisição e manutenção de veículo utilizado para a realização das visitas e/ou transporte de usuários.

336. Garantir que a União, estados e municípios destinem recursos para a criação de serviços de atenção psicossocial e residenciais para crianças e adolescentes em condição de grave sofrimento psíquico e/ou físico.

337. Destinar recursos e estabelecer normas de financiamento para Centros de Atenção Diária, CAPS, NAPS e residências terapêuticas para usuários adultos, adolescentes e crianças, de substâncias psicoativas.

338. Reapresentar o Plano de Apoio à Desospitalização (PAD).

339. Que os governos federal, estadual e municipal desenvolvam iniciativas visando destinar recursos financeiros ao cuidador (familiar ou membro da comunidade) responsável pela desospitalização de usuário morador em hospital psiquiátrico e responsabilizem o serviço de saúde mental de referência pelo acompanhamento contínuo desse processo.

340. Garantir que as instâncias federal, estadual e municipal aprovem e destinem recursos para a criação de bolsa incentivo aos programas de desinstitucionalização às famílias ou diretamente aos usuários, para promover a reinserção familiar ou a autonomia da pessoa nos serviços residenciais, sob responsabilidade e acompanhamento do serviço territorial de referência e controle dos conselhos de saúde.

341. Garantir que uma porcentagem do valor das AIHs referentes aos leitos psiquiátricos desativados seja destinada à criação de bolsa de auxílio aos familiares ou aos usuários ex-moradores de hospitais psiquiátricos.

342. Garantir que o poder público financie projetos de geração de renda que contemplem o resgate produtivo e a reinserção social da população usuária de álcool e outras drogas.

343. Destinar recursos para incentivar a criação e o fortalecimento de cooperativas de trabalho de usuários dos serviços de saúde mental.

6. Financiamento de ações intersetoriais de suporte social

Uma política de saúde mental sustentada no princípio de integralidade reafirma a importância de mecanismos de financiamento para o desenvolvimento de ações intersetoriais nos campos da saúde, habitação, trabalho, transporte e promoção social, que visem garantir formas de suporte social aos usuários de serviços de saúde mental.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

344. Promover projetos intersetoriais, federais, estaduais e municipais, envolvendo as Secretarias de Saúde e de Habitação, para o financiamento de moradias para portadores de transtornos mentais.

345. Garantir recursos para a realização de cursos profissionalizantes e oficinas de produção, visando a capacitação de pessoas com transtornos mentais para o mercado de trabalho e para participação em projetos de geração de renda, mediante o estabelecimento de parcerias entre o poder público e organizações não-governamentais e/ou associações da sociedade civil.

346. Fornecer incentivo para transporte, visando garantir o acesso ao tratamento de usuários e acompanhantes moradores em centros urbanos ou zonas rurais e distritos adjacentes.

347. Garantir, em todo o País, o livre acesso ao sistema de transporte coletivo intermunicipal aos portadores de transtornos psíquicos e seus respectivos acompanhantes.

348. Criar mecanismos interministeriais (Ministério da Saúde, Trabalho e Assistência Social) para destinar recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para implementar ações

diversificas de capacitação, profissionalização e criação de cooperativas sociais para os usuários de serviços de saúde mental, com fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde.

349. Promover ações integradas entre os vários órgãos governamentais (interministeriais e intersecretariais) para a racionalização dos recursos financeiros, humanos e materiais em saúde mental.

350. Garantir que os governos federal, estaduais e municipais criem projetos específicos de socialização e de resgate da vida produtiva do portador de transtorno mental, assegurando dotação orçamentária para a manutenção dos projetos.

351. Garantir subsídios, nas três esferas de governo, para criação e manutenção de associações de usuários e familiares de saúde mental, estimulando a participação das empresas públicas e privadas na sua manutenção.

352. Garantir que o poder público, por intermédio do financiamento de projetos, incentive o trabalho das ONGs na constituição de redes de solidariedade em todos os municípios, estimulando o atendimento à população em situação de rua e com transtornos mentais, ações de prevenção, assistência e reinserção na sociedade.

353. Garantir que as ONGs para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas estejam integradas às políticas sociais e seus projetos sejam financiados pelo poder público e divulgados pela mídia.

354. Garantir a promoção e financiamento pelo SUS de projetos de assistência aos portadores de transtornos mentais, executados por ONGs, que sejam antimanicomial, inclusivos, integrados à rede, interdisciplinares e eficientes.

7. Financiamento da assistência farmacêutica

A consolidação da Reforma Psiquiátrica torna imprescindível a garantia de recursos financeiros para assegurar medicamentos essenciais e excepcionais em quantidade suficiente para atender à demanda da clientela, oferecendo o melhor tratamento no contexto da política de saúde mental. Para isso, é recolocada a necessidade de aumento dos recursos para a assistência farmacêutica em conformidade com as reais necessidades atuais e com a ampliação da rede de atenção à saúde mental.

As seguintes propostas também foram aprovadas:

355. Assegurar recursos financeiros nas três esferas de governo, para viabilizar a política de medicamentos para saúde mental, com manutenção de estoque permanente e fornecimento, garantindo a prescrição de genéricos, padronização, compra e distribuição adequada, com descentralização da distribuição de medicamentos e assistência farmacêutica.

356. Definir de forma clara e operacional (nos níveis federal, estadual e municipal) os percentuais de financiamento e de responsabilidade para organização da assistência farmacêutica, compra de medicação e distribuição, de forma a garantir o acesso às medicações em geral, na rede de saúde.

357. Cumprir a Portaria n.º 1077 (medicamentos), efetivando a complementação, por parte dos municípios, dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos psiquiátricos básicos e propondo que haja aumento do teto orçamentário definido pelo Ministério da Saúde para a Assistência Farmacêutica Básica em saúde mental.

358. Ampliar os recursos federais e garantir a distribuição de psicotrópicos de alto custo, nos serviços da rede pública e encaminhar ao Ministério da Saúde proposta de defesa da quebra de

patentes para a produção de genéricos para distribuição na rede pública.

359. Adequar a política de medicamentos à programação orçamentária e à necessidade de medicamentos baseada no perfil epidemiológico e atualização técnico-científica, e garantia de pleno acesso.

360. Garantir a inclusão e o acesso aos medicamentos excepcionais (atípicos) para os municípios com ações de saúde mental, na programação do Ministério da Saúde.

361. Garantir o planejamento para licitação e compra de medicamentos nos estados e municípios.

362. Assegurar o aumento das verbas destinadas à aquisição de medicação pelo SUS, proporcional à implementação de serviços substitutivos em saúde mental.

8. Financiamento para pesquisa, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental

As exigências colocadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica implicam que, no âmbito da Política de Saúde Mental em suas instâncias federal, estadual e municipal, haja destinação de recursos financeiros para o desenvolvimento de programas de treinamento, capacitação, formação continuada e cursos de especialização, além da promoção de pesquisas, visando o aprimoramento de tecnologias e práticas de atenção, promoção e avaliação da qualidade dos serviços.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

363. Criar linha de financiamento vinculada à diminuição das internações psiquiátricas, mediante recursos do piso assistencial

básico, porção variável (PAB—variável), para incentivar a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica.

364. Garantir que as Secretarias de Estado se responsabilizem pela criação e financiamento de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.

365. Garantir verbas para capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para reconhecerem, acompanhar e encaminhareм pessoas com transtorno psíquico, trabalhando ações de prevenção e promoção na área de saúde mental.

366. Destinar recursos para a implementação de parcerias entre Secretarias de Saúde e instituições assistenciais filantrópicas de saúde mental e dependência química, para capacitação de profissionais que atuam nessas instituições.

367. Garantir que sejam destinados recursos para a contratação e capacitação de recursos humanos necessários ao funcionamento da rede de serviços substitutivos, com destaque para a implementação de serviços 24 horas.

368. Investir na fabricação e pesquisa de medicamentos genéricos de saúde mental no Brasil.

369. Financiar pesquisas epidemiológicas em saúde mental.

370. Garantir políticas e recursos financeiros para estimular pesquisas desenvolvidas por trabalhadores de saúde que contribuam para o aprimoramento (planejamento, avaliação e gestão) das práticas substitutivas da rede de saúde mental.

371. Exigir que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde destinem verbas específicas para pesquisa em saúde mental, com participação das universidades, serviços substitutivos e conselhos de saúde, conforme os princípios da bioética.

9. Financiamento dos mecanismos de comunicação e informação e a visibilidade da política de saúde mental

372. Promover ampla divulgação, pela União, estados e municípios, da fração dos respectivos orçamentos destinada ao financiamento da Reforma Psiquiátrica.

373. Exigir a divulgação das datas dos empenhos e do uso efetivo dos recursos orçamentários para a saúde mental nas três esferas do governo.

374. Garantir, nas três esferas de governo, recursos orçamentários para a promoção de debates, fóruns, publicações e campanhas educativas, nos campos da Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, discriminação e preconceito em relação à pessoa com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e drogas.

375. Exigir a universalização da informação (principalmente sobre o valor da AIH e sua destinação), comparando cobertura e resolubilidade no hospital psiquiátrico e serviços substitutivos.

376. Garantir recursos financeiros para a publicação periódica de boletim informativo, com ênfase no sofrimento mental e as novas modalidades de atendimento.

IV. ACESSIBILIDADE

Princípios e Diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde.

Reafirma, também, a necessidade de garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, moradia decente com um mínimo de privacidade, transporte, segurança pública, saneamento básico. É fundamental enfatizar a necessidade de transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que se garanta o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia.

Em relação ao acesso às informações, deve-se exigir o cumprimento da legislação específica que garante aos conselhos, promotorias e segmentos organizados de usuários o acesso às informações financeiras e dotação orçamentária, para maior e melhor fiscalização.

Além destas, foram aprovadas também outras propostas para temas específicos indicadas a seguir:

1. Acesso, disponibilidade e mecanismos de divulgação e informação à comunidade

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover campanhas de esclarecimento na mídia a respeito dos direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS, incluídos a legislação vigente e os projetos que possam beneficiar os usuários de Saúde Mental.

Os mecanismos de divulgação devem ser ampliados nas comunidades urbanas e rurais dos estados, para que as ações de saúde mental sejam entendidas como manutenção do bem-estar físico, mental e social do cidadão, tornando disponível o máximo de informações.

Diversas outras medidas foram aprovadas para dar acesso ao máximo possível de informação sobre a Reforma Psiquiátrica, os direitos dos usuários e a legislação em saúde mental vigente, para a comunidade e os usuários, listadas a seguir:

377. Criar um serviço de informação e comunicação que:

a) busque e amplie os espaços junto aos meios de comunicação social (rádio, jornais, televisão e outros), para que se garanta a informação e divulgação sobre os serviços e políticas de saúde mental, inclusive a agenda e pauta das reuniões e o papel do Conselho Municipal de Saúde; **b)** elabore uma cartilha contendo informações básicas a respeito do tema Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Lei n.º 10.216/01, Portarias de Saúde Mental, direitos e deveres dos usuários, SUS, etc, definindo a responsabilidade dos governos municipais, estaduais e federal para usuários e população em geral.

378. Divulgar as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência em saúde mental junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade.

379. Democratizar o acesso à legislação em saúde mental por meio da criação de páginas na internet, cartilhas e outros instrumentos viabilizados pelo órgão gestor, nas três esferas de governo.

380. Divulgar, em nível nacional, informações sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica na imprensa falada, escrita e televisiva.

381. Fornecer informações à comunidade sobre os serviços substitutivos de saúde mental, direitos do portador de sofrimento psíquico e movimentos de usuários, familiares e trabalhadores.

382. Elaborar e distribuir, por meio das secretarias municipais, um catálogo atualizado com informações sobre os serviços de saúde mental existentes nos municípios para ser distribuído na rede de saúde.

383. Criar um sistema de informação nos municípios (um sítio na internet com banco de dados, específico para a Saúde Mental e de livre acesso à população), contendo informações sobre as ações, dispositivos legais e governamentais e financiamento da saúde, com o desenvolvimento de sistemas e indicadores específicos para a avaliação e auditoria dos serviços prestados à saúde mental, por meio de pesquisa sobre a qualidade e satisfação dos usuários, familiares e equipe assistencial.

384. Divulgar experiências exitosas realizadas com pessoas portadoras de necessidades especiais no País, incluindo nos programas e na capacitação dos profissionais de saúde mental o compromisso com a assistência dessa clientela.

2. Divulgação e visibilidade da informação nos serviços de saúde mental

A informação sobre os dados relativos aos serviços de saúde mental deve estar acessível e ser amplamente divulgada. Nesta direção foram aprovadas as seguintes propostas:

385. Viabilizar a divulgação, aos portadores de transtornos mentais, sobre a Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, com a exposição de um cartaz, de expressão nacional, para ser colocado em todos os serviços de saúde, em local de fácil visualização, visando implementar a acessibilidade e o controle social.

386. Obrigar a fixação, em cada unidade de saúde mental, em local visível e freqüentado por usuário, de quadro com relação de todos os seus funcionários, com horário de trabalho e a informação de que o serviço compõe a rede de atenção do SUS.

3. Acesso aos dados de prontuários e às informações sobre atos e procedimentos realizados

É fundamental garantir, ao usuário dos serviços de saúde, as informações sobre seus direitos, o sistema de saúde, o funcionamento do serviço, bem como sobre os aspectos referentes a seu projeto terapêutico e o acesso a seu próprio prontuário.

No âmbito do SUS, deve ser agilizada a implantação do Cartão SUS, de forma a garantir um mecanismo informatizado de acesso às informações relativas aos usuários do sistema, sua história clínica, prescrições, dentre outras informações necessárias aos procedimentos de regulação do sistema, à eficácia do tratamento e sua continuidade em todo o território nacional, com base nos princípios éticos que respeitem os direitos dos usuários, visando a efetivação dos princípios da reforma sanitária com acesso, regionalização, descentralização e integralidade das ações. No caso das internações psiquiátricas, voluntárias, involuntárias ou compulsórias, deve ser assegurado o pleno acesso à informação sobre os procedimentos realizados, bem como as demais ações em saúde mental a que têm direito, incluindo aqui os dados relativos aos manicômios judiciários.

4. Acesso à participação em programas de educação e informação em saúde mental

O combate do estigma da loucura e a mobilização da opinião pública acerca da problemática da saúde mental devem ser implementados através de programas permanentes de educação e

informação em saúde mental, com ampla participação dos usuários, familiares e comunidade, visando à sua capacitação e seu efetivo envolvimento. Da mesma forma, deve ser incentivada a discussão da legislação atual, por meio de cartilhas informativas, campanhas na mídia, encontros e palestras com a comunidade.

Também foram aprovadas as seguintes propostas:

387. Promover, de forma sistemática e permanente, através dos meios de comunicação de massa (TV, rádio, jornais, agências de publicidade e *marketing*), a informação, discussão e divulgação dos serviços e das políticas de saúde mental. Utilizar para isto, campanhas institucionais, programas de debates, elaboração de materiais educativos e informativos, estimulando parcerias com empresas que incentivem e criem a responsabilidade social.

388. Desenvolver processo de educação em saúde mental para conscientização e Integração da família e da comunidade na atenção à doença mental, informando seus direitos sociais, civis e trabalhistas.

389. Garantir que a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde crie um veículo de divulgação permanente, para informação e divulgação de experiências bem sucedidas, baseadas no modelo inclusivo, além da divulgação da evolução da política nacional de saúde mental, utilizando os meios de comunicação existentes.

390. Garantir que os Conselhos Profissionais, na comunicação com suas categorias, viabilizem publicações na área de Saúde Mental, com vistas a uma maior eficiência, qualidade e controle social.

391. Criar um Banco de Dados no Ministério da Saúde e nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, de fácil acesso, para conhecimento das capacitações e cursos oferecidos aos profissionais da rede que utilizarem recursos públicos para tal empenendimento.

5. Acesso aos serviços e às informações sobre o SUS

Além do acesso aos serviços de saúde, os usuários devem ter acesso a informações e a dados que esclareçam sobre como funciona e opera o SUS. O Ministério da Saúde deve elaborar e distribuir um manual que informe: vias de repasse financeiro, pólos de atendimento, definição de cada município dentro da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS.

Os usuários de saúde mental devem ter acesso garantido ao conjunto dos serviços da rede assistencial do SUS, conforme os princípios da universalidade e integralidade.

392. Garantir, nos três níveis de atenção à saúde, o atendimento humanizado e o acolhimento ao portador de sofrimento mental, de forma a não permitir fila de espera. E, também, garantir a implementação de procedimentos que humanizem e facilitem as consultas e os exames específicos.

393. Assegurar o acesso aos usuários e a seus acompanhantes, quando necessário, de passe livre municipal, intermunicipal e interestadual na rede de transporte, a fim de se garantir o direito de ir e vir e o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia. Garantir, também, o transporte de ambulância, quando necessário, em situação de crise, aos locais que prestam atendimento de urgência e emergência.

394. Garantir acesso aos leitos de hospitais gerais para que portadores de transtorno mental possam receber assistência clínica ou cirúrgica de qualidade, quando for o caso. Particularmente, que sejam garantidos leitos clínicos em hospitais gerais para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas de forma a extinguir estas internações em hospitais psiquiátricos.

395. Garantir o pleno acesso dos portadores de sofrimento mental, inclusive os infratores, em situação de urgência clínica, aos hospitais gerais, combatendo a forte discriminação vigente a esse respeito.

396. Garantir a assistência odontológica aos portadores de transtornos mentais na rede pública, adequando e capacitando a rede para este fim.

397. Assegurar ao usuário continuidade do tratamento, quando de sua alta hospitalar, em serviços oferecidos pela rede local, levando em conta a proximidade e o acesso aos serviços de saúde.

398. Garantir aos portadores de transtornos mentais o acompanhamento de familiares durante as internações em hospitais gerais e que estes, sempre que possível, sejam atendidos, em relação às suas necessidades clínicas, de alimentação e alojamento, pela equipe de saúde mental da unidade que o assiste.

6. Acesso a procedimentos especiais de atenção e apoio

O atendimento às situações de crise deve ser realizado em Unidades de Atenção ou residência por equipe especializada ou capacitada para este tipo de situação, sem recorrer às práticas coercitivas e violentas.

Os espaços de promoção de saúde mental devem ser garantidos, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, em parceria com o serviço público, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental das crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de criar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas de conhecimento, tais como músicos, dançarinos, professo-

res de diversos esportes, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, teatro, plantas ornamentais e medicinais (saúde mental comunitária).

Outras medidas devem ser asseguradas:

399. Instituir mecanismos que possibilitem permanente contato com o Ministério Público, como, por exemplo, uma linha telefônica 0800.

400. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem destinar recursos para a aquisição de viaturas destinadas aos Programas de Saúde Mental, com a finalidade de elevar a acessibilidade dos usuários à atenção em saúde mental, viabilizando visitas e/ou atendimentos em caráter domiciliar, aqui incluídos os casos de dependência química que necessitem deste tipo de assistência.

401. Garantir a priorização do atendimento aos usuários de saúde mental portadores de necessidades especiais no programa de órtese e prótese, desburocratizando o processo e reduzindo o tempo de entrega dos equipamentos.

402. Assegurar o acesso dos usuários de saúde mental aos cursos profissionalizantes promovidos pelas Secretarias de Trabalho, SENAC, SENAI, SESI, SESC etc. e também a programas de geração de trabalho e renda, favorecendo a autonomia dos usuários.

403. Garantir investimentos por parte do Ministério da Saúde no parque industrial farmacêutico público, visando à produção de medicamentos essenciais que atendam à demanda populacional real e de medicamentos de segunda geração de uso excepcional em saúde mental, para que os municípios possam adquirir diretamente os remédios dos laboratórios oficiais.

404. Garantir vagas na rede municipal de creches, ou serviços afins, para os filhos de usuários dos serviços de atenção diária, durante o período de tratamento.

7. Acesso aos serviços de saúde mental

Os serviços residenciais terapêuticos e os serviços substitutos de atenção em saúde mental devem ser criados nos municípios de origem dos usuários institucionalizados de longa permanência, exceto nos casos em que exista alguma contra-indicação para seu retorno, como, por exemplo, o enfraquecimento dos laços familiares, sociais e culturais com o território de procedência.

A estigmatização da pessoa com sofrimento psíquico grave pode ser evitada, através da atitude firme de evitar o primeiro internamento em hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento em hospitais gerais ou em CAPS 24 horas, com assistência, orientação e apoio dos funcionários.

Nos serviços ambulatoriais, os usuários devem ser atendidos com frequência adequada, cujo critério deve ser unicamente a necessidade da pessoa com sofrimento mental.

A Portaria/SNAS n.º 224/92 deve ser flexibilizada, no que tange à regulamentação dos CAPS, assegurando a municípios de pequeno e médio porte a implantação de CAPS e outros dispositivos de Saúde Mental, de acordo com as necessidades locais.

Os moradores de rua portadores de sofrimento mental devem ter pleno acesso aos serviços substitutivos de saúde mental, incluindo os serviços residenciais terapêuticos. Da mesma forma, deve ser garantida uma atuação intersetorial da política de saúde mental voltada àqueles segmentos de usuários em situação de maior risco: mulheres vítimas de violência doméstica, crianças, adolescentes e idosos.

O morador da residência terapêutica deve ter pleno acesso a todos os serviços de saúde, bem como a lazer, educação e trabalho.

Além destas, foram aprovadas também outras propostas de fundamental importância para efetivar o acesso universal aos serviços de saúde mental, sem nenhuma forma de discriminação:

405. Na atuação intersetorial da política de saúde mental junto aos usuários em situação de risco, garantir aos usuários de álcool e outras drogas o acesso às ações especializadas de saúde mental consoante os princípios do SUS, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos, de forma que não se firam seus direitos, impedindo assim a instalação dos Tribunais de Drogas e Programa de Justiça Terapêutica, influenciados pela experiência americana, de maneira que justiça e saúde trabalhem em conjunto.

406. Definir instrumentos que garantam o sigilo profissional, o anonimato e o voluntariado do usuário de drogas psicoativas, e o direito ao acesso irrestrito ao tratamento.

116

407. Proporcionar acesso ao tratamento às mulheres com problemas de drogadição e alcoolismo, com a criação de creches perto do local de trabalho.

408. Garantir o acesso aos serviços de saúde mental às populações indígenas, ribeirinhas, de áreas rurais e quilombos, mediante a implementação de políticas específicas para suas necessidades, através de dispositivos adequados à realidade locais.

409. Garantir que a atenção em saúde mental inclua em sua política a população indígena brasileira, bem como a comunidade cambola, atendendo às suas especificidades culturais.

410. Exigir do SUS que, considerando o alto índice de suicídio de índios nos municípios de Dourados/MS, e que não existe um Programa de atenção à saúde mental desta população, desenvolva uma urgente investigação epidemiológica de transtornos mentais nas nações indígenas e promova em conjunto com a FUNAI, Ministério da Cultura e as organizações não-governamentais que atuam

junto a essas minorias, um Programa de Saúde Mental para as nações indígenas.

411. Garantir que o SUS assuma o tratamento dos deficientes mentais e crianças com problemas neurológicos nos municípios, sobretudo a reabilitação.

412. Garantir e priorizar o pronto atendimento aos portadores de deficiência mental nas unidades de saúde, proibindo qualquer tipo de preconceito.

413. Implantar programas de atenção psicossocial dirigidos para clientela de jovens adultos, afetada pelo autismo e pela psicose desencadeada na infância.

414. Garantir o exame de fenilcetonúria para recém-nascidos, como medida de prevenção à deficiência mental.

415. Garantir uma condição de vida melhor aos deficientes mentais após sua maioridade, possibilitando o exercício de sua cidadania.

416. Implantar o Programa Estadual de Retorno ao Lar, levando em conta, que preferencialmente, a saída do usuário morador deve se realizar junto à família de origem, com o suporte clínico e socioeconômico necessário, como o seguimento de visitas domiciliares, sob responsabilidade de um CAPS e com ações intersetoriais. As famílias devem ser beneficiadas por um programa de atendimento específico e sistemático.

417. Desenvolver um trabalho educativo e preventivo em saúde mental com o trabalhador rural, com ênfase na problemática do agrotóxico.

418. Garantir medicação gratuita aos portadores de transtornos mentais, inclusive as de alto custo desde que comprovadamente mais benéfica ao usuário, em tempo hábil, de forma contínua.

419. Promover a ação intersetorial entre a saúde mental e a instância jurídica, de forma a viabilizar os mecanismos necessários à implementação de serviços residenciais terapêuticos, frente à dificuldade de alocar ou adquirir imóvel.

V. DIREITOS E CIDADANIA

Princípios e Diretrizes

Foi ressaltada a priorização, no âmbito da assistência em saúde mental, de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando deste modo o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares.

Neste sentido, deve ser incentivada a instituição de parcerias entre o Poder Público e Organizações Não-Governamentais (ONGs) locais, que possam funcionar como apoio na reinserção social dos portadores de transtornos mentais, e dos dependentes químicos, desenvolvendo projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão destas pessoas na sociedade, sem qualquer restrição e limitação.

Um grande destaque, na direção de medidas de inclusão social, foram as propostas relacionadas com a inserção no mundo do trabalho, através de projetos de geração de renda ou formação de cooperativas sociais.

Além destas propostas, as seguintes também foram aprovadas:

420. Criar legislação de incentivos fiscais para que as pessoas físicas e empresas possam aderir às políticas de inclusão dos portadores de transtorno mental, seja através de inserção do usuário no mercado formal de trabalho, seja através do apoio às cooperativas sociais.

421. Criar projetos de geração de renda, cooperativas de trabalho (portadores de transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes), centros de convivência, oficinas de cultura, arte e lazer, nos municípios, através de políticas intersetoriais, em parceria com instituições públicas, privadas e sociedade civil organizada que viabilizem a sua efetivação.

422. Desenvolver ações que viabilizem a profissionalização e comercialização (qualidade, escoamento e distribuição no mercado) da produção dos projetos de trabalho e de geração de renda dos usuários de saúde mental, e garantir que essas ações cheguem à comunidade através de planejamentos desenvolvidos em parceria com as coordenações municipais de saúde mental e demais secretarias e entidades.

423. Fazer cumprir e exigir a revisão dos vetos da Lei n.º 9.867 (Lei das Cooperativas Sociais), garantindo os incentivos fiscais especiais e outros benefícios ali dispostos.

424. Fomentar e apoiar a criação de cooperativas sociais através da divulgação de formas de captação de recursos e da promoção de treinamento cooperativista, garantindo a inclusão de usuários, familiares e voluntários.

425. Garantir abertura de linha do crédito especial a associações de usuários de saúde mental, para a constituição de cooperativas e projetos de geração de emprego e renda.

426. Garantir a integração social do paciente no mercado de trabalho, ampliando a Lei n.º 8.231/91, art.93, da legislação trabalhista, ampliando os percentuais de 2% para 4%, 3% para 5% e de 5% para 6%, no número de profissionais portadores de deficiências contratados, e incluir o portador de transtorno mental em 50% das vagas.

427. Garantir no mercado de trabalho e nos concursos públicos um percentual de vagas para o portador de transtorno mental que esteja preparado para esta inserção.

428. Que a sociedade civil organizada trace um programa junto aos trabalhadores urbanos e rurais que garanta aos usuários de saúde mental direitos trabalhistas e equiparação do direito de trabalho, sem exclusão.

429. Que os governos nas três esferas desenvolvam e apoiem projetos de geração de renda, e cooperativas de trabalho aos

portadores de transtornos mentais investindo em cursos profissionalizantes (podendo utilizar recursos do FAT).

430. Que os serviços substitutivos, associações de usuários e familiares e ONGs da saúde mental busquem constituir parcerias com o FAT e SEBRAE, grupos de economia solidária e outros, visando promover cursos de qualificação profissional e formação de cooperativas de trabalho e empresas sociais para usuários de saúde mental.

431. Reivindicar aos órgãos competentes reserva de mercado nas diversas feiras de artesanato e em qualquer espaço cultural, em museus e centro culturais, a fim de viabilizar o escoamento do material produzido nas oficinas de geração de renda realizadas nos serviços.

432. Garantir a ampliação e potencialização de dispositivos sócio-sanitários, possibilitando que as pessoas portadoras de transtornos mentais graves sejam inseridas em cursos profissionalizantes, em centros como SESC, SENAI, SESI, no sentido de se garantir o pleno exercício de sua cidadania e de seus familiares, criando uma discriminação positiva e assegurando vagas nestes cursos.

1. Educação e inclusão social

A inclusão do portador de transtorno mental nas escolas ou em programas de alfabetização foi objeto de várias propostas, entre as quais medidas que assegurem vagas nos programas educacionais, criando uma discriminação positiva.

433. Garantir a implementação da LDB (Lei de Diretrizes e Bases), que prevê o acesso à Educação aos portadores de transtornos mentais nas escolas públicas e privadas, realizando parceria entre as Secretarias da Saúde, Educação e Ação Social, visando capacitação continuada do corpo docente e outros funcionários,

equipando as escolas adequadamente, com vistas à inclusão dos referidos portadores.

434. Estabelecer amplo entrosamento entre a rede da saúde mental e rede educacional, visando abolir os preconceitos e divergências entre ambas no que diz respeito aos portadores de transtornos mentais, cumprindo, desta forma, o disposto na lei nº 8080/90.

2. Cultura e lazer

435. Através das três esferas de governo devem ser apoiadas práticas desportivas, atividades recreativas, culturais e de lazer, nos bairros, parques e ambulatorios de Saúde Mental, para que as pessoas possam usar e desenvolver seu potencial.

436. Acesso a cinemas, teatros, outros espaços de cultura e educação, deve se dar como inclusão não marginal, ou seja, participação em sessões comuns não especificas, em classes comuns, escolas regulares e não classes especiais. Esta acessibilidade deve ser reforçada pela iniciativa de um projeto de Lei.

3. Medidas de apoio e de atenção a grupos específicos

A melhoria da qualidade de vida e o combate à fome e desnutrição dos portadores de sofrimento mental e seus familiares devem ser pleiteadas junto ao Programa de Saúde da Família e/ou outras iniciativas na área de saúde mental.

Devem ser incluídos os recortes de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Outras medidas de apoio devem ser implementadas:

437. Exigir do Poder Judiciário a inclusão no seu quadro de pessoal de diferentes profissionais, para atender a demandas específicas do campo da saúde mental e grupos minoritários.

438. Assegurar o cumprimento das leis já existentes quanto a idade legal para consumo de álcool e sobre os parâmetros curriculares que informam e orientam sobre álcool e outras drogas, DST e AIDS.

439. Criar mecanismos específicos que proíbam a veiculação e participação de menores de 21 anos em propagandas de álcool e outras drogas, no sistema de comunicação brasileiro, bem como em horário que atinja a crianças e adolescentes.

440. Criar mecanismos que garantam a não-utilização de verbas públicas para o oferecimento de bebidas alcóolicas em eventos públicos.

441. Desenvolver estudos e pesquisas que investiguem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e da população indígena.

442. Que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) seja respeitado e cumprido na sua totalidade, em particular no que se refere à assistência à saúde e em relação à garantia de atendimento psicossocial à criança e ao adolescente com dependência ao álcool e outras drogas, como determina o ECA nos seus artigos 7º ao 14º, 87º, 101º, 129º.

4. Direitos civis e sociais: mudanças na legislação civil e penal

O debate e a revisão dos artigos dos códigos civil e penal que digam respeito às pessoas acometidas por transtorno mental devem ser promovido em todo o território nacional, no sentido de:

443. Adequar a Previdência Social e o Código Civil à Lei n.º 10.216/01, de modo a suprimir expressões como “loucos de todo o gênero”, assegurando ao portador de transtorno mental uma legislação que o reconheça como sujeito de direitos.

444. Combater a concepção do Código Civil segundo a qual “Os loucos de todo gênero são considerados absolutamente incapazes para a vida civil”. Questionar, portanto, a interdição dos direitos civis do portador de transtorno mental em todas as instâncias.

445. Lutar para que seja eliminada do Código Penal a exigência de exame psiquiátrico para presos.

446. Fomentar uma revisão dos critérios de interdição do código civil, privilegiando a vontade e autonomia do sujeito e o caráter temporário da medida, propondo que o processo de interdição constitua-se como uma “curatela parcial”, a ser permanentemente reavaliado, podendo ser revertido.

447. Propor a alteração do código penal brasileiro no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” do portador de transtorno mental infrator, sendo-lhe garantindo o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

448. Garantir a modificação da lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de álcool e outras drogas, garantindo o acesso ao tratamento.

449. Incluir, na legislação que proíbe a venda de bebida alcoólica a menores de 18 anos, a obrigatoriedade de informar, na publicidade, sobre os efeitos adversos do consumo de álcool e os riscos do seu uso para condução de veículos.

450. Instar as entidades legislativas a que formulem normas para todos os tipos de instituições que prestam assistência em saúde mental.

451. Desenvolver esforços para que haja a descriminalização do uso de drogas.

452. Garantir, através de regulamentação por lei municipal, a manutenção dos serviços de saúde mental já existentes, que trabalham de acordo com as normas do SUS, independente da troca de governo.

5. Direitos dos usuários privados da liberdade

A Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

453. Condenar a reclusão em Manicômio Judiciário, buscando formas de garantir o direito do usuário à responsabilidade, à assistência e à reinserção social.

454. Condenar a adoção, no Brasil, da Justiça Terapêutica.

455. Garantir acesso, aos usuários privados da liberdade (medidas de segurança), à perícia e à reinserção social.

456. Criar em todas as Varas Criminais um programa integrado para acompanhamento a pacientes *sub judice*.

457. Garantir a revisão dos processos de portadores de transtornos mentais que estejam cumprindo pena por medida de segurança em delegacias, presídios e manicômios judiciais, para que seja garantido a estes tratamento adequado, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica.

458. Garantir tratamento humanizado (exercício da sexualidade, acesso ao lazer, combate ao estigma), prevendo licenças de saídas periódicas para o portador de transtorno mental interno em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, para facilitar sua reinserção na família e na sociedade.

459. Propor que o Ministério da Saúde promova uma articulação efetiva com os Ministérios Públicos estaduais, através de convênios, a fim de sensibilizá-los para a condição de cidadão do portador de transtorno mental grave e persistente, de forma a agilizar a revisão dos processos de curatela.

460. Garantir o direito à assistência à saúde mental e à reinserção social dos portadores de transtornos mentais internados nos manicômios judiciais.

461. Incluir avaliação da equipe de saúde mental sobre a procedência e validade técnica dos encaminhamentos de pena alternativa para o usuário de álcool e outras drogas, antes da promulgação da sentença.

462. Questionar o tratamento jurisdicional dado ao portador de transtorno mental infrator, condenando firmemente, em todas as instâncias e em cada caso, a sua reclusão nos manicômios judiciais ou através de medidas de segurança nos hospitais psiquiátricos, buscando formas de garantir seu direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, e discutindo a superação do conceito de inimputabilidade.

463. Garantir que a criança e adolescente vinculados ao sistema judiciário, pacientes portadores de HIV e transtorno mental, usuários de drogas e deficientes mentais sejam incluídos nas políticas de saúde mental, e garantir que tais políticas sejam efetivadas.

6. Legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços

Todo o apoio deve ser dado à regulamentação, aplicação e divulgação imediata da Lei n.º 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Da mesma forma, deve ser retomada a luta política pelos princípios originalmente propostos pela Lei Paulo Delgado, em especial a extinção imediata dos manicômios e a regulamentação das internações voluntárias e involuntárias. E ainda:

464. Assegurar ao usuário, em caso de internação involuntária em hospital psiquiátrico, todo apoio e respaldo ao seu direito de recorrer judicialmente contra esta medida.

465. Exigir dos estados e municípios que elaborem e sancionem suas leis de Reforma Psiquiátrica.

466. Sugerir que o Ministério Público crie equipe multiprofissional para acompanhamento e fiscalização de internações involuntárias.

467. Estabelecer mecanismos para o adequado cumprimento da Lei n.º 10.216/01, no que tange às internações involuntárias, voluntárias e compulsórias.

468. Recomendar que o Ministério Público se instrumentalize para atuar nas internações, como recomenda a lei.

469. Assegurar, na forma da lei, que os indivíduos cujo tratamento tenha se iniciado por uma internação compulsória, possam ser tratados ambulatorialmente, assim que possível, em qualquer tempo.

470. Observar o consentimento informado quando indicada a possibilidade de revisão das decisões de internação, observados os direitos dos usuários.

471. Observar rigorosamente o sigilo das informações contidas nas comunicações de internações ao Ministério Público, no acompanhamento de internações e na revisão das decisões de internação.

472. Os portadores de transtornos mentais não deverão ser discriminados, devendo receber pleno tratamento nos planos privados de saúde, assegurando-se que os planos de saúde garantam ao seu associado tratamento em saúde mental de qualidade, obedecendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

473. Promover a regulamentação urgente da Lei n.º 10.216/01, garantindo, nas internações involuntárias, a avaliação por outra equipe de saúde mental que possa apresentar novas alternativas de condutas específicas no caso.

474. Rever a redação da Lei n.º 10.216/01, no artigo 4º, parágrafo 2º, substituindo “serviços ocupacionais”, por “serviços terapêuticos ocupacionais”.

475. Garantir que os serviços de saúde mental públicos e privados cumpram as exigências legais descritas nos documentos que norteiam a política de saúde mental, especialmente, a Portaria/SNAS n.º 224/92 e Lei n.º 10.216/01.

476. Exigir que haja fiscalização, por parte do Ministério Público e do Ministério da Saúde, em todos os serviços de saúde, do cumprimento das leis da bioética, bem como da aplicação da legislação da saúde, como forma de garantir a Reforma Psiquiátrica e o SUS em todos estados.

477. Exigir que o Ministério da Saúde não acate a Resolução n.º 1627/2001 do Conselho Federal de Medicina.

478. Instar familiares, comunidade e equipe técnica para que se empenhem em oferecer aos usuários todas as possibilidades de acesso a um tratamento consentido, promovido sempre pela rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

479. Reafirmar a necessidade do cumprimento da legislação que proíbe que o tratamento do usuário de álcool e drogas seja realizado em manicômios.

7. Benefícios sociais

A concessão de benefícios ao portador de transtorno mental não pode ser condicionada, em qualquer hipótese, à sua interdição ou curatela.

480. Assegurar que as legislações nacionais, estaduais e municipais que garantem benefícios e direitos aos portadores de deficiências, inclui os portadores de transtornos mental.

481. Intervir junto ao INSS, de forma que seja aprovada e avaliada, junto à perícia médica, o laudo da equipe multidisciplinar que assiste o portador de transtorno mental, para a concessão de todos os benefícios, inclusive o da prestação continuada – LOAS.

482. Assegurar que as perícias médicas dos portadores de transtornos mentais, para acesso ao benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social, sejam realizadas no SUS.

483. Assegurar que a legislação previdenciária seja amplamente discutida com os diversos segmentos da sociedade, objetivando mudanças na atual legislação, a qual não prioriza aspectos clínicos e psicossociais dos pacientes, excluindo portadores de transtornos mentais do auxílio previdenciário.

484. Garantir a presteza do processo de liberação de benefícios aos portadores de transtornos mentais pelo poder judiciário e INSS, e que a concessão de benefícios não esteja atrelada à interdição destes portadores.

485. Garantir, através de todos os recursos legais e institucionais, que o INSS não faça mais a indevida exigência de

interdição civil para que pessoas com transtornos mentais tenham acesso ao benefício da prestação continuada, e que o único instrumento normatizador desta concessão seja a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social).

486. Ampliar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, considerando-se a renda *per capita* familiar de 50% do salário mínimo, e idosos a partir de 65 anos.

[Sobre o mesmo tema foi também aprovada a seguinte proposta:]

487. Propor que sejam feitas duas emendas ao Artigo n.º 20 da LOAS; substituindo a idade limite de 67 anos para 60 anos, e ainda, a renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por um salário mínimo.

488. Garantia de benefício previdenciário ou bolsa desospitalização ao usuário portador de transtorno mental interno de longa permanência, ou ao morador de serviço residencial terapêutico que não tenha renda própria ou familiar, para o seu sustento.

489. Garantir o direito do Benefício de Prestação Continuada às pessoas com transtornos mentais e incapacitada para o trabalho, mediante a revisão dos critérios atuais da LOAS. Nesta revisão deve ser considerado o laudo psiquiátrico.

490. Garantir que o Benefício de Prestação Continuada seja usado parcial ou integralmente em prol do usuário, e que, caso não ocorra a devida utilização, esta irregularidade seja denunciada ao Ministério Público.

491. Recomendar a extensão de benefícios pecuniários, quando da existência de dois ou mais membros comprometidos na mesma família com necessidades especiais.

492. Fazer com que a qualquer tempo possa ser possível ao usuário do SUS o direito de ser beneficiado por projetos de renda mínima.

8. Exercício e defesa dos direitos sociais

493. Incentivar a participação e o envolvimento do Ministério Público nas discussões sobre Política de Saúde, especialmente na área de saúde mental. Garantir a divulgação e a disponibilidade, para todos os usuários e familiares, da Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários, nas unidades de saúde mental e em fóruns nacionais, estaduais e municipais.

494. Constituir Comissões de Direitos Humanos e estabelecer parcerias com entidades de defesa dos Direitos Humanos, para acompanhar ações jurídicas concernentes aos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, cobrando providências das autoridades responsáveis.

495. Garantir a aplicabilidade do Decreto 3.298, que regulamenta a Lei n.º 7.853/89, sancionada pelo Presidente da República, pertinente à defesa dos direitos à acessibilidade e cidadania de todos os portadores de necessidade especiais.

496. Garantir o acesso e atenção integral na rede do SUS, aos usuários dos serviços de saúde mental, tanto nos serviços específicos como nos demais serviços de saúde; diante de situações de recusa de atendimento em função de discriminação/preconceito, os casos deverão ser levados aos gestores da saúde, conselhos municipais e ao Ministério Público.

497. Defender que sejam desinterditadas de imediato pessoas com transtornos mentais que foram interditadas para receber algum benefício que tenha cessado ou sido suspenso por alguma razão.

498. Garantir que os médicos registrem, nos prontuários clínicos e laudos periciais realizados em portadores de transtornos mentais, as lesões observadas, em conformidade com o código de ética, como já se procede em casos de tortura e violência de gênero e contra crianças e adolescentes.

499. Cobrar do Poder Judiciário a proibição de veiculação de mensagens pejorativas e discriminatórias sobre indivíduos portadores de transtorno mental.

500. Garantir e facilitar o acesso para obtenção de documentos, para exercício da cidadania, aos portadores de transtorno mental.

501. Garantir aos usuários dos serviços de saúde mental o direito de usarem suas próprias roupas e objetos pessoais durante o período de internação hospitalar.

502. Divulgar os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência de saúde mental e outras informações junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade, com recursos dos conselhos municipais, estaduais e nacional da saúde.

503. Garantir assessoria e assistência jurídica pública e gratuita aos usuários dos serviços de saúde mental, objetivando a defesa de seus direitos de cidadania, articulando parcerias entre os serviços de saúde mental, Ordem dos Advogados do Brasil, comissões de Direitos Humanos, curadorias e ouvidorias, bem como as organizações não-governamentais defensoras dos direitos humanos, na defesa também do direito ao trabalho e da proteção aos direitos das vítimas de violência institucional.

504. Garantir que o Ministério Público acompanhe todos os casos de apropriação indevida da renda dos usuários, por parte de familiares, responsáveis ou outros.

505. Garantir que todo usuário tenha direito a uma representação gratuita em caso de incapacidade civil.

506. Incluir especialistas em saúde mental, ou a contratação e credenciamento dos serviços destes, nas atividades periciais do INSS para fins de aposentadoria por invalidez ou doença, adequando os formulários correspondentes às exigências da especialidade.

507. Adotar a designação “passe livre de transporte” em lugar de “passe livre de deficiente mental” para evitar a discriminação.

508. Garantir investimentos em estudos e mobilização social, para inclusão dos transtornos mentais e sofrimentos psíquicos gerados pelas condições de trabalho como doenças ocupacionais.

9. Redes em saúde mental e organização dos usuários e familiares

509. Divulgar as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência de saúde mental junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade.

510. Promover movimento de sensibilização dos parlamentares, visando a aprovação de leis de interesse da população no âmbito da saúde mental.

511. Estender ao uso abusivo de psicofármacos a mesma atitude crítica que existe em relação ao eletrochoque, e em igual intensidade.

512. Promover debates com candidatos às Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas, à Câmara Federal e aos Governos Estaduais sobre as suas propostas para a área de saúde em geral e especialmente da saúde mental, comprometendo-os com o cumprimento das propostas.

513. Constituir uma rede solidária e popular em Saúde Mental, que possibilite a troca de experiências e se torne uma rede de solidariedade entre todos aqueles que se interessem pela Saúde Mental.

514. Garantir ações de fortalecimento das relações familiares, através de acompanhamento, orientações e grupo de pais,

incentivando a organização de familiares na busca da conscientização dos seus direitos e dos usuários através de ações intersetoriais.

515. Elaborar e efetivar campanhas nacionais de esclarecimento e conscientização sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica, na mídia, através do Ministério da Saúde e das Comissões Municipais, Estaduais e Nacional da Reforma Psiquiátrica, a fim de sensibilizar a população em geral sobre o preconceito e o estigma que impedem o acesso dos usuários ao mercado de trabalho formal e a perda do emprego, que em geral ocorre quando adoecem, o que leva à perda de seus direitos como cidadãos.

516. Incentivar a realização de campanhas educativas em nível nacional, utilizando os diversos meios de comunicação, para favorecer a conscientização da população sobre saúde mental, visando realmente o “Cuidar, sim. Excluir, não”.

136

517. Buscar sensibilizar a população brasileira para eleger parlamentares e executivos, em todos os níveis, que tenham simpatia para o projeto da Reforma Psiquiátrica e para as proposições de leis e programas adequados à saúde mental.

518. Incentivar a criação de associações artísticas, culturais e artesanais de usuários de serviços de saúde mental, visando objetivar maior controle social e difusão de projetos e trabalhos nesta área.

519. Criar um “disque-denúncia”, canais de denúncias anônimas ou outras experiências semelhantes nos diversos estados e municípios, para receber as denúncias de violação de direitos humanos e maus-tratos aos portadores de transtorno mental e aos usuários de álcool e outras drogas, capacitando os profissionais atendentes destes serviços sobre os temas da Saúde Mental.

520. Pedir ao Ministério da Saúde que encaminhe ao Ministério Público uma solicitação de elaboração de uma cartilha que estimule a criação da Associação dos Direitos do Usuários do SUS.

521. Exigir do Ministério da Saúde e de outros órgãos competentes a proibição da veiculação de publicidades que estimulem a comercialização de bebidas alcóolicas, tabaco e medicamentos.

522. Garantir a preservação do vínculo de portadores de transtornos mentais com suas famílias e com serviços de atenção em saúde, através de implantação de grupos de apoio para familiares, acesso a informações que possam ajudar a entender a doença e saber como lidar com ela, apoio e preparo para o convívio social e familiar.

523. Estruturar uma rede de apoio às pessoas que estão em liberdade assistida, priorizando grupos de risco.

VI. CONTROLE SOCIAL

Princípios e diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância do controle social como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Propõe, portanto, garantir a continuidade da política de substituição do modelo hospitalocêntrico, independente das mudanças do poder executivo, através de mecanismos de controle social já existentes (por exemplo, os Conselhos) e outros que se façam necessários: as Comissões de Saúde Mental, as Conferências, a organização da sociedade civil e dos movimentos sociais, o espaço legislativo, etc. O controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos (usuários, familiares e profissionais de saúde), na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas estaduais e nacional de saúde mental.

Uma ampla discussão foi realizada sobre os Conselhos de Saúde. É necessário reforçar a natureza dos Conselhos, que, enquanto órgãos de regulação do SUS, estão situados na sociedade e não nas instituições do Estado.

Cumprindo aos Conselhos de Saúde, em ação conjunta com toda a sociedade, lutar em defesa do SUS, sem hospital psiquiátrico e com as Comissões de Saúde Mental, efetivar a política de saúde mental e exercer o papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis. Ao Conselho Nacional de Saúde, em ação conjunta com a Comissão de Saúde Mental, compete fazer gestão junto aos Conselhos Municipais e Estaduais, no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação de Reforma Psiquiátrica. Em todo este processo, é fundamental exigir a transparência na aplicação de verbas públicas.

Conselhos Gestores devem ser instituídos em todos os serviços de saúde, inclusive de saúde mental, de composição paritária, garantindo assento para familiares e usuários.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental enfatiza a constituição, ação e importância das Comissões de saúde mental. Deve-se criar Comissões de Saúde Mental também estaduais e municipais, paritárias, compostas por trabalhadores de Saúde Mental, usuários, familiares, poderes executivo, legislativo e judiciário, e entidades civis, através de termo de compromisso intermunicipal, com a finalidade de propor diretrizes nas ações de saúde mental.

Sublinha-se a importância das Conferências como espaço decisivo de controle social. Por conseguinte, busca-se garantir o cumprimento das propostas e resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental pelas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), assim como a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada, visando a garantir que os programas municipais de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Deve-se propiciar a participação dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental na elaboração das políticas públicas de saúde e no acompanhamento das ações de saúde mental. Propõe-se incentivar e apoiar as ações dos núcleos estaduais da luta antimanicomial, na fiscalização das práticas de saúde mental. Também neste sentido, urge criar estratégias para viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões de saúde mental: usuários, familiares, ONGs, sindicatos, instituições religiosas, poder público, grandes e pequenos empresários, setor informal, movimentos sociais e outros.

No campo da legislação, deve-se estimular a criação de leis de Reforma Psiquiátrica nos estados e municípios. Aponta-se ainda,

como diretriz, que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental retome a discussão dos princípios originais da Lei Paulo Delgado: a extinção progressiva dos manicômios.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

1. Conselhos de Saúde

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma que cumpre aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde fazerem gestões no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, atuando como instrumento dessa política, visando o benefício à área de saúde mental e uma consolidação mais rápida das políticas, com apoio da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Cumpram também a estes Conselhos fiscalizar e assegurar o funcionamento dos serviços substitutivos, sob os princípios da desinstitucionalização e/ou da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental, responsabilizando-se por esta orientação.

Os Conselhos de Saúde devem exigir que o Ministério da Saúde não credencie serviços substitutivos privados e viabilize que as ONGs possam ser credenciadas segundo a Portaria/GM n.º 106/00. Neste processo, deve-se aprimorar a articulação entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Deve-se criar mecanismos para a fiscalização e acompanhamento sistemáticos dos Conselhos, através do Ministério Público, fazendo cumprir a legislação quanto a sua estrutura e funcionamento.

Com vistas à democratização da gestão, propõe-se levar ao conhecimento da sociedade o que são os Conselhos de Saúde, quais as suas atribuições e responsabilidades, bem como o papel dos conselheiros, estimulando trabalhadores, usuários da saúde

mental e seus familiares para que participem ativamente dos Conselhos Municipais de Saúde. Deve-se exigir a implantação dos Conselhos Locais ou Distritais de Saúde Mental, em todas as unidades de saúde mental, inclusive nos hospitais psiquiátricos públicos e privados, bem como em hospitais gerais com leitos psiquiátricos.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

1.1. Papel e atribuições

524. Fiscalizar, por meio do Conselho Municipal de Saúde, o papel do gestor local na implementação dos serviços residenciais e substitutivos na rede de financiamento do SUS.

525. Garantir que os Conselhos de Saúde Municipais e Estaduais sejam responsabilizados pela fiscalização sistematizada das auditorias e supervisões dos serviços conveniados e estatais de saúde mental, visando a concretização da reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a adoção de medidas legais contra serviços que ferem os direitos da clientela e/ou prestam assistência de qualidade duvidosa.

526. Garantir que os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais tenham como ponto de pauta para discussão no próximo ano o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

527. Estimular, por parte dos Conselhos de Saúde, a criação, em cada bairro, de um fórum permanente de promoção da qualidade de vida, com o papel de cobrar, denunciar e fiscalizar as ações e serviços de saúde.

528. Os Conselhos de Saúde, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, devem exigir que seja cumprida a legislação referente

à saúde mental, promovendo ampla divulgação dessas leis, em conjunto com o Ministério da Saúde.

529. Garantir que os hospitais psiquiátricos ainda existentes sejam fiscalizados regularmente pelos Conselhos de Saúde e que as situações de desrespeito aos direitos humanos dos usuários sejam denunciadas ao Ministério Público e sejam estipuladas punições aos hospitais responsáveis.

530. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde promova plenária nacional sobre saúde mental, para discutir encaminhamentos das deliberações da III CNSM.

531. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde aprove resolução de que o Ministério da Saúde invista no serviço de informação e comunicação.

532. Criar serviço de disque-denúncia, vinculado aos Conselhos Municipais de Saúde, para encaminhamento de denúncias sobre maus tratos, violência, desassistência, etc.

533. Garantir a realização de seminários estaduais e municipais anuais, de avaliação das ações de saúde mental.

1.2. Infra-estrutura e financiamento

534. Garantir infra-estrutura aos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde para funcionamento, realização de reuniões e conferências, fortalecendo a participação efetiva de todos os membros dos Conselhos, nas análises e decisões destes.

535. Propor ao Ministério da Saúde que garanta recursos financeiros aos Conselhos Estaduais e Municipais, de forma a assegurar a autonomia destes Conselhos em relação às Secretarias de Saúde.

1.3. Funcionamento interno

536. Garantir que a presidência do Conselho Municipal de Saúde seja definida por eleição entre os conselheiros, e não destinada aos Secretários Municipais de Saúde.

1.4. Fiscalização sobre os Conselhos

537. Fiscalização por parte do Ministério Público e demais instâncias judiciárias competentes, visando a assegurar a composição e o funcionamento dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, conforme garante a Lei.

538. Garantir que o Ministério Público Estadual fiscalize a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde.

539. Fiscalizar para que se cumpra, nos Conselhos, a paridade prevista pela Lei n.º 8.142/90, artigo 2º, parágrafo 4, e Resolução n.º 33 do Conselho Nacional de Saúde, que é: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores e gestores.

1.5. Acesso amplo a dados e informações

540. Prestar contas das ações e dos serviços de saúde mental à comunidade, através de audiências públicas, promovidas pelo Conselho Municipal de Saúde, com divulgação na mídia local.

541. Garantir que os Conselhos Municipais de Saúde divulguem, mensalmente, as prestações de contas referentes às verbas destinadas à Saúde Mental.

542. Apresentar os relatórios de gestão bimestral/trimestral das Secretarias Municipais de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde, com os seguintes dados: número de internações psiquiátricas

geradas nos municípios (diferenciando o destino); número e nome de medicamentos distribuídos no município; número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental; número de habitantes cadastrados no sistema de saúde mental; procedência, idade, cor, raça, sexo e escolaridade dos usuários; número de leitos psiquiátricos gerais (discriminando os respectivos custos); número de leitos desativados e redirecionamento dos recursos correspondentes.

543. Exigir a prestação de contas trimestral dos recursos públicos, sob fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, com acesso às informações financeiras e dotações orçamentárias, a ser posteriormente divulgada aos órgãos de comunicação de massa.

544. Garantir que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde divulguem mensalmente para os Conselhos e a Sociedade Civil o balancete financeiro detalhado com as receitas e despesas das verbas destinadas à saúde mental.

545. Garantir que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde repassem aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde todas as informações necessárias e atualizadas contendo a legislação e os instrumentos normativos que regulam o SUS.

546. Remeter aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde todos os resultados das auditorias hospitalares, principalmente as psiquiátricas, devidamente assinadas.

1.6. Divulgação dos Conselhos

547. Divulgar a função dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde a toda população, especialmente aos grupos específicos (Saúde Mental, DST/AIDS, etc).

1.7. Conselhos Locais e Distritais

548. Garantir a representação paritária nos Conselhos Locais ou Distritais de Saúde, com participação dos usuários, familiares, associações de classe, ONG's, representantes dos trabalhadores, gerentes de serviços, entre outros.

1.8. Articulação

1.8.1. Interconselhos de Saúde

549. Implantar mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, que possibilitem a difusão de informações necessárias para aumentar a qualidade da participação dos usuários na regulação do SUS.

1.8.2. Com a Comissão de Saúde Mental

550. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde, junto com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, faça gestão com as Comissões Estaduais e Municipais de Saúde Mental, para implementação e monitoramento das deliberações da III CNSM com o Ministério Público.

1.8.3. Intersetoriais

551. Os Conselhos de Saúde, em conjunto com o Ministério Público e Secretarias de Saúde, devem traçar estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva e democrática na saúde mental, com base na III Conferência Nacional de Saúde Mental, devendo esta estratégia ser apresentada e divulgada em um prazo máximo de 120 dias após a publicação do Relatório Final da III CNSM.

552. Garantir que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Comissões Nacional, Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, articulados ao Movimento da Luta Antimanicomial, OAB, Comissões de Direitos Humanos, Conselho Federal de Psicologia e Serviço Social, parlamentares e outras entidades, promovam campanhas junto ao Congresso Nacional propondo a revisão das categorias de inimputabilidade e periculosidade e a substituição das medidas de segurança pela aplicação de penas adequadas ao delito cometido, bem como a garantia de tratamento na rede pública substitutiva para os usuários infratores e a extinção dos manicômios judiciais.

553. Fortalecer e ampliar a relação de parceria entre os municípios, Conselhos de Saúde e o Ministério Público.

554. Instar os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, os Conselhos Profissionais e o Ministério da Saúde a que montem estratégias de sensibilização da mídia e de entidades de produção cultural, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, para uma luta contra o estigma e a segregação dos portadores de transtorno psíquico na sociedade.

1.8.4 Com a sociedade civil

555. Garantir que a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares, nos Conselhos Municipais de Saúde, favoreça o reconhecimento de seus direitos e deveres, conquistando espaço e buscando a ampliação e adequação dos investimentos em saúde mental.

556. Garantir a realização de audiências públicas nas comunidades, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, de maneira a informar e envolver a população nas questões de saúde.

2. Conselhos gestores

A plenária da III Conferência Nacional de Saúde Mental recomenda a criação dos Conselhos Gestores de Saúde, paritários, vinculados e tendo como modelo de composição os Conselhos Municipais de Saúde, nas unidades básicas de saúde, nos serviços de saúde mental, públicos e conveniados, nas Fundações e Consórcios. Propõe estimular a participação de usuários e familiares, associações de bairros, organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil, nos Conselhos Gestores da rede.

Também foram apresentadas as seguintes propostas:

557. Garantir que os Conselhos Gestores de Saúde busquem parcerias com a OAB, Ministério Público e organizações de Direitos Humanos que garantam seu respaldo jurídico.

558. Garantir que a regulamentação dos Conselhos Gestores se dê ao nível dos municípios, através de leis, com homologação pelos seus Conselhos Municipais.

559. Garantir a implantação de Conselhos Gestores, paritários, em todos os níveis da previdência social, em especial nos postos do INSS, com participação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental e do Movimento Antimanicomial, considerando a alta prevalência de aposentadorias, auxílios e benefício de prestação continuada aos portadores de sofrimento mental.

3. Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica

A III Conferência Intersetorial de Saúde Mental propõe a constituição de uma base legal para a criação de Comissões Municipais e Estaduais de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica junto aos Conselhos de Saúde. Estas Comissões deverão estar habilitadas a propor e assessorar os respectivos Conselhos em todas as questões

relativas ao campo da Saúde Mental, incluindo as políticas específicas (infância e adolescência, uso indevido de substâncias químicas, terceira idade, população de rua, etc).

Foram também aprovadas as seguintes propostas:

560. Criar Comissão de Saúde Mental nos Conselhos Municipais de Saúde, para fiscalizar e avaliar o cumprimento da lei da Reforma Psiquiátrica.

561. Garantir que as Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizem para a Comissão de Saúde Mental informações fidedignas e atualizadas sobre número e condições dos usuários institucionalizados há longo tempo. Nos locais onde não haja Comissão de Reforma Psiquiátrica, garantir que as informações sejam fornecidas aos Conselhos.

4. Conselhos de outras áreas

A III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe ampliar e melhorar as condições do exercício político do controle social, através da criação de fóruns interconselhos.

É necessário garantir que todos os municípios da Federação tenham Conselhos de Saúde, dos Direitos da Criança e do Adolescente, Tutelar, Ação Social, Educação, Merenda Escolar. Estes Conselhos devem ser capacitados e instrumentalizados para assegurar a efetividade do acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização dos serviços de assistência e promoção de saúde mental, dessa forma possibilitando a intersetorialização das ações, com critérios paritários dentro dos segmentos.

Também foram aprovadas as propostas a seguir:

562. Defender que os Conselhos Municipais e Estaduais de Educação discutam formas de garantir uma educação inclusiva, assegurando o acesso de crianças, adolescentes e adultos a todas as escolas, capacitando os professores para atuarem no nível que se

fizer necessário e em ambiente adequado para que essa inclusão se torne realidade.

563. Promover interlocução permanente com os Conselhos Tutelares, assumindo uma postura mais crítica quanto ao cumprimento da missão de controle social atribuída a estes.

564. Garantir a regulamentação e a implantação dos conselhos municipais anti-drogas.

565. Promover ações de integração dos Conselhos vinculados ao campo da infância e adolescência, a saber: Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

566. Garantir que as Secretarias de Saúde e de Desenvolvimento Social estabeleçam um cronograma de reuniões para os Conselhos de Saúde e de Assistência Social, respectivamente, com prévia distribuição de pauta aos conselheiros.

5. Conferências

A III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe que se estabeleçam mecanismos de implementação, fiscalização e acompanhamento permanente das propostas aprovadas. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental deve ser maciçamente divulgado a toda a sociedade, inclusive em braille e disponibilizada na internet, em especial junto aos Conselhos de Saúde, serviços de saúde mental e participantes da Conferência. Foram aprovadas duas propostas diferentes quanto ao prazo máximo para a divulgação do relatório: 60 dias e 90 dias a contar da data de aprovação do mesmo.

Quanto à data da IV Conferência Nacional de Saúde Mental há duas propostas conflitantes. Uma delas propõe realizar as Conferências de Saúde Mental de 4 em 4 anos. A outra propõe definir a

sua periodicidade de forma tal que aconteça associada às Conferências Nacionais de Saúde, garantida a paridade estabelecida na lei.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

5.1. de Saúde

567. Apoiar as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que fala da realização de Conferências Temáticas, incorporando as questões relativas à saúde da população negra, recursos humanos, saúde bucal, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

568. Garantir que os gestores das três esferas de governo paguem todas as despesas de transporte, alimentação e de estadia para todos os delegados eleitos para as Conferências Nacionais.

153

5.2. de Saúde Mental

569. Colocar à disposição dos delegados participantes das Conferências de Saúde Mental, conselheiros municipais, regionais e estaduais de saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, cópia dos relatórios das Conferências Estaduais e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para acompanhamento das ações.

570. Garantir que todos os estados transformem as delegações estaduais, que participaram da Conferência Nacional de Saúde Mental, em comitês permanentes de encaminhamento e acompanhamento de suas recomendações e deliberações.

571. Garantir que o Ministério Público tenha condições técnicas para fiscalizar o cumprimento das propostas da III CNSM.

572. Garantir que o Relatório Final da III CNSM seja encaminhado para os governadores, ministros, presidentes do Senado

Federal, Câmara Federal, senadores, deputados federais e estaduais, presidentes das Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores, vereadores, prefeitos e Secretários Municipais de Saúde e os respectivos Conselhos, entidades de classe e comunitárias, para que possam acontecer as referidas reformas na área de saúde mental.

573. Rever as metodologias de funcionamento das conferências de saúde mental, com vistas a garantir uma maior participação e aprofundamento das discussões.

574. Garantir que no Relatório Final da III CNSM sejam estabelecidos prazos para que os diversos níveis gerenciais implementem as propostas.

575. Garantir que a Comissão Organizadora da III CNSM envie, por via postal, o relatório final do evento a todos os participantes da Conferência.

576. Garantir, quando da realização da IV CNSM, nas conferências em nível estadual e municipal, a entrega antecipada aos delegados dos relatórios das plenárias anteriores, tendo como início os fóruns ou encontros temáticos locais.

6. Sociedade civil e movimentos sociais

A plenária da III Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância da luta conjunta dos movimentos populares e profissionais por condições e organização de trabalho adequado e coerente com o modelo antimanicomial de atenção à saúde mental, assegurando o direito à cidadania dos usuários e profissionais. A participação dos usuários, familiares e técnicos deve ser garantida em instâncias de elaboração e fiscalização de políticas públicas, assim como das rotinas e procedimentos dos serviços. A mobilização e sensibilização da sociedade civil, do poder

público e da mídia, devem visar a incorporação destes segmentos como atores/parceiros imprescindíveis na construção de projetos das três esferas de governo, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Propõe, ainda, criar comissões formadas por representantes da Área Técnica de Saúde Mental, Câmara dos Vereadores, Assembleia Legislativa, Conselhos de Saúde, OAB, Comissão de Direitos Humanos e familiares, para avaliar os hospitais públicos, privados e conveniados com o SUS, que atuam na área de Saúde Mental, visando a adequação da legislação referente à Reforma Psiquiátrica, em todas as esferas de governo. Também as casas de custódia devem ser fiscalizadas, com a participação de conselhos e outros órgãos da sociedade civil. Deve haver controle e fiscalização das ONGs, sociedade civil organizada, Conselhos de Saúde, para que a municipalização não ocorra pelo viés da terceirização/privatização da rede de serviços em saúde mental, inclusive os serviços substitutivos.

Foram aprovadas ainda as seguintes propostas:

6.1. Articulação com o poder público

577. Buscar respaldo jurídico para as ações de fiscalização de serviços de saúde mental, desenvolvidas através do controle social, estabelecendo-se parcerias com a OAB, Ministério Público, organizações de Direitos Humanos, Comissões Municipais e Estaduais de Direitos Humanos, criando-se condições técnicas e legais para impedir a negligência, maus tratos, práticas violentas, discriminação e todas as formas de violação dos direitos humanos aos portadores de sofrimento mental, punindo-se os responsáveis.

578. Reivindicar, junto às instâncias competentes, a fiscalização e avaliação das condições de vida e tratamento dos usuários

dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, verificando se há razões efetivas para a permanência institucional dos internos, devendo participar desta fiscalização os Conselhos de Saúde, Ministério Público, Conselho Penitenciário, OAB, Secretaria de Justiça e Comissão de Direitos Humanos.

579. Incluir representantes de usuários e de familiares nas comissões de supervisão de serviços de saúde mental, oficializando tal participação através de portaria.

6.2. Organização da sociedade civil

580. Ampliar a criação de fóruns de saúde mental em todas as regiões do Brasil, de forma permanente e mais freqüente, assegurando o direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONG's, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes.

581. Divulgar o trabalho dos serviços de saúde mental e das associações através de páginas na internet, jornais e outros meios de comunicação, pertencentes às ONGs e movimentos sociais organizados.

582. Assegurar a participação dos representantes dos usuários, familiares, trabalhadores, sociedade civil organizada, nos projetos que façam interface com a saúde mental: assistência hospitalar, desospitalização, programa de geração de emprego e renda, serviços residenciais terapêuticos e PSF.

6.3. Responsabilidades e atribuições

583. Garantir a criação e fortalecimento dos mecanismos de controle social nos hospitais psiquiátricos, durante o processo de sua extinção gradativa.

584. Implementar efetivamente uma política de fiscalização e monitoramento mensal das internações de longa permanência nos hospitais psiquiátricos.

585. Garantir a atuação e acompanhamento do controle social nos processos de desospitalização de pessoas há longo tempo internadas e na implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

586. Garantir que o processo de desativação de leitos seja discutido previamente pelas instâncias de controle social, de modo a assegurar o direcionamento e a adequação de serviços substitutivos para receber os usuários desinstitucionalizados.

587. Exigir das autoridades responsáveis a aplicação integral dos recursos da CPMF na saúde, estabelecendo que este dinheiro permaneça no município de origem, para que seja estritamente utilizado nas ações de saúde.

588. Realizar Fórum de Saúde Mental simultâneo ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em todos os municípios e capitais.

7. Legislação

A III Conferência Nacional de Saúde Mental assinala a importância de cumprir e divulgar a Lei Federal n.º 10.216/01. É preciso, também, estimular a elaboração de leis que regulamentem as políticas municipais de atenção integral à saúde mental, nos termos da atenção, reabilitação, ensino e pesquisa, prevenção e promoção de saúde e saúde mental.

No que diz respeito às portarias ministeriais deve-se garantir a criação e o funcionamento, nos níveis municipal e estadual, dos Grupos Técnicos previstos pela Portaria/GM n.º 799/00, ampliando a composição prevista para a participação dos diversos segmentos, mediante a incorporação de mais representantes de entidades

da sociedade, familiares e usuários, com vistas a orientar a rede de serviços.

Foram também aprovadas as seguintes propostas:

589. Reformular a legislação atual, de forma que os planos privados de saúde sejam submetidos aos mesmos critérios que regem a assistência à saúde pública, aí incluindo os mecanismos de controle social.

590. Garantir a participação dos usuários e familiares no Grupo de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, criado pela Portaria/GM n.º 799/00, assim como a efetivação desta Portaria com as reformas sugeridas.

591. Garantir que as comissões criadas pela Portaria/GM n.º 799/00 também tratem de questões relacionadas à assistência aos portadores de transtornos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas.

MOÇÕES APROVADAS

Os delegados presentes à Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, aprovaram as seguintes moções:

1. Moção em defesa do SUS

Que seja obrigatório constarem as palavras “SUS É LEGAL”, conforme decisão da 11ª Conferência Nacional de Saúde, junto com a logomarca do Ministério da Saúde e Governo Federal, em todas as capas de documentos, broches, crachás, cartazes, prospectos, propagandas de conferências, seminários e reuniões do Ministério da Saúde.

2. Moção de repúdio à utilização da Eletroconvulsoterapia (ECT)

Determinar a abolição em definitivo do uso do eletrochoque no cuidado em Saúde Mental, assim como exigir a retirada do Projeto de Lei (hoje em tramitação) que regulamenta o seu uso.

3. Moção de repúdio à permanência no cargo do Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

O Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás não corresponde ao perfil de gestor preconizado pelo SUS, já que é Diretor de hospital psiquiátrico conveniado e não tem demonstrado identificação com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, representando um grande obstáculo para a concretização da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental.

4. Moção de repúdio ao desvio de verba de Ibimirim/PE

Repúdio à prática devastadora aplicada no município de Ibimirim/PE, em que o Deputado Inocêncio Oliveira, atropelando todo o processo ético e democrático, desviou uma verba destinada à ampliação da casa de Saúde Marcos Ferreira D'Avila, alocando o recurso correspondente em outro município (Jati/PE), tentando desmontar a Saúde Pública de Ibimirim.

5. Moção de repúdio à Resolução n.º 1.627/01, de 23/10/01, do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Repúdio à Resolução nº1.627/01 do Conselho Federal de Medicina, cuja intenção é tornar-se Lei, restringindo a atuação dos demais trabalhadores de saúde e ferindo as regulamentações profissionais já existentes, além de desconsiderar a luta histórica pela atenção interdisciplinar como estratégia de inclusão social que assegura a visão integral do sujeito desde o diagnóstico até a reabilitação.

6. Moção de Repúdio ao processo encaminhado ao Estado, tirando recursos da Saúde para fins próprios

Repúdio à forma incorreta de encaminhamento do processo da Dr.^a Nadia Abdala, pediatra que foi lotada no Hospital Osiris Florindo Coelho antes da intervenção do Estado no Município de Ferraz de Vasconcelos - São Paulo. O recurso por ela levantado

cobre prejuízos de 46 milhões. Essa cláusula é injusta para a população que necessita muito de serviços de saúde.

7. Moção de Repúdio à flexibilização dos direitos trabalhistas

Que seja encaminhado a todos os Senadores o repúdio ao Projeto de Lei n.º 5.483 - C/01, aprovado na Câmara de Deputados que, ao modificar o Artigo 618 da CLT, destrói todos os direitos trabalhistas conquistados historicamente, impondo aos trabalhadores instabilidade no trabalho, sujeição às pressões dos patrões e da política neoliberal do FMI. Esta derrota dos trabalhadores implicará a piora da já grave situação da Saúde Mental da população que, diante do desemprego, da instabilidade no trabalho e da luta permanente pela sobrevivência, não pode planejar seus projetos de vida. Neste sentido, exigimos dos Srs. Senadores que em próxima votação rejeitem integralmente o Projeto de Lei n.º 5.483-C/01.

163

8. Moção de repúdio pela não-realização de concurso público para profissionais de saúde pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pela utilização do Contrato Especial de Direito Administrativo para contratação temporária de profissionais de saúde, sobretudo em Saúde Mental. Pede-se a realização imediata de Concurso Público para garantir a melhoria da qualidade de assistência à saúde dos usuários e condições de trabalho dos profissionais.

9. Moção pela divulgação da Rede de Saúde Mental pela internet

Que seja criado pelo Ministério da Saúde um *site* na internet, onde deverão estar relacionados todos os CAPS, NAPS, hospitais-dia, lares abrigados, residências protegidas e cooperativas já existentes e em funcionamento. Do mesmo modo, a relação de todas as Associações de Usuários, Associações de Familiares, Grupos de Neuróticos Anônimos, Grupos de Psicóticos Anônimos, Grupos de Alcolátras Anônimos, Grupos de Drogadictos Anônimos já existentes e em funcionamento, com os respectivos endereços e telefones para contato.

10. Moção de repúdio às condições dos delegados (trabalhadores) e observadores nesta Conferência

Repúdio à forma discriminatória que os Delegados (trabalhadores) e observadores se encontram nesta Conferência, sem direito a alimentação e hospedagem, tendo que se submeter aos altíssimos preços no local do evento, o que não condiz com a realidade salarial da maioria dos estados aqui representados, assim como os gestores municipais.

11. Moção de repúdio à não inclusão de medicamentos de alto custo na cesta básica

Repúdio à falta de medicamentos de alto custo na cesta básica, onde não se contemplam alguns campos como o dermatológico e de Saúde Mental, como, por exemplo, o medicamento Viticromi e outros.

12. Moção de repúdio à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina

Repúdio à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina pelos fatos a seguir:

- Não ter incluído no Relatório Final da III Conferência Estadual de Saúde Mental as moções votadas e aprovadas pelos delegados, enviando o relatório incompleto para a Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Ter “vetado” o direito dos observadores eleitos na Etapa Estadual, em participarem da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Não ter se empenhado no sentido de viabilizar o transporte adequado à delegação de Santa Catarina, contribuindo assim para a diminuição do número de delegados participantes nesta Conferência Nacional.

13. Moção de apoio ao Projeto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Barbacena

Apoio ao Projeto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Barbacena, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Este projeto tem como ponto principal o cumprimento e execução das Portarias GM n.º 106/00 e SNAS n.º 224/92, que dispõem, respectivamente, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Serviços Substitutivos de Saúde Mental.

14. Moção de apoio ao Tratamento da Dependência Química em CAPS/ NAPS sob a ótica da Redução de Danos

Tendo em vista os altos índices de soroprevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis (52%) e de hepatite C (60%), faz-se urgente: 1) a ampliação de Serviços Ambulatoriais e de Centros-dia (CAPS/ NAPS) dirigidos ao tratamento da dependência química no âmbito do SUS; 2) a introdução das ações de Redução de Danos nesses serviços, tornando disponíveis preservativos, agulhas e seringas aos usuários de drogas. Tais medidas contribuirão para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS no Brasil.

15. Moção de apoio ao desenvolvimento de ações de prevenção às DST/AIDS para pacientes com transtornos mentais

Considerando que as pessoas portadoras de transtornos mentais têm o direito de exercer a sua sexualidade e que, portanto, necessitam de acesso às informações e aos insumos para a prática do sexo seguro, propõe-se que os Serviços de Saúde Mental realizem ações educativas permanentes para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

16. Moção de apoio ao uso de células-tronco para fins terapêuticos

Os profissionais, voluntários, acadêmicos, pais e pacientes envolvidos com a questão das doenças neuromusculares de causa genética, apresentam esta moção de apoio ao uso de células-tronco

para fins terapêuticos. Nesta sentido, apóiam a luta pela qualidade de vida das crianças, adolescentes e adultos afetados por tais doenças, temendo que a proibição do uso de células-tronco para fins terapêuticos possa lhes tirar a esperança de cura. Que a população conheça o lado das famílias e portadores de doenças neuromusculares, como as distrofias musculares, que causam degeneração progressiva e irreversível dos músculos esqueléticos. Meninos afetados pela distrofia de Duchenne, a forma mais comum de distrofia que só afeta o sexo masculino, perdem a capacidade de andar ao redor dos 10 anos de idade. Já as formas mais graves de atrofia muscular progressiva são letais na 1ª infância. A esperança de cura para os portadores de doenças genéticas está depositada, principalmente, no sucesso das pesquisas com células-tronco.

17. Moção de repúdio à PEC 171

Repúdio ao Projeto de Emenda Constitucional n.º 171, que prevê a redução da idade de responsabilidade penal de 18 para 16 anos de idade.

18. Moção de repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pela permanência de 400 internos como moradores do Hospital Colônia Lopes Rodrigues, em Feira de Santana - BA, bem como por continuar admitindo novos moradores no Núcleo de Crônicos, excluindo-os do convívio social e sob condições de assistência à saúde contrárias ao valor da dignidade humana, e ao regulamentado nas Portarias GM nº 106/00 e SAS n.º 1.220/00 do Ministério da Saúde.

19. Moção de apoio ao transporte gratuito para usuários

Apoio à concessão de transporte coletivo gratuito a todos os pacientes portadores de transtorno psíquico que fazem uso regular dos Serviços de Saúde Mental.

20. Moção de apoio à inserção da categoria “trabalhadora rural” no Cartão SUS

Que seja urgentemente incluída no Cartão SUS a categoria MULHER TRABALHADORA RURAL como profissão específica, visto que as mulheres rurais estão sendo incluídas como “OUTRAS” ou “DO LAR” quando, na realidade, são agricultoras que moram na área rural, com atividades definidas. No Brasil, o número dessas trabalhadoras é bastante significativo, não podendo de forma nenhuma ser ignorado.

21. Moção de sensibilização frente ao crescente aumento da violência no Brasil

Sensíveis ao crescente aumento da violência no país, que vem nos deixando cada dia mais apavorados e suscetíveis ao sofrimento mental, e com o desejo de transformar tal realidade, consideramos necessário que exista uma articulação entre áreas governamentais como os Ministérios da Justiça, Saúde, Educação, entre outros, pois acreditamos que, por meio da educação, pode-se combater a violência. Ao articular estas instâncias para combater a violência, estaremos prevenindo a ocorrência de sofrimento mental ocasionado pela experiência da violência.

22. Moção de protesto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental

Protesto quanto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental, na medida em que o mesmo tema está sendo discutido em ambos os eventos, quando ele é comum, tanto no interesse, quanto no estabelecimento de uma Política Nacional de Prevenção e Tratamento, bem como para as ações subseqüentes. Entendemos, assim, que a Política Nacional de Drogas deveria ser subsidiada pela deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e não discutida/deliberada em instâncias paralelas. Finalmente, tememos pela dissociação/dicotomização das respostas e os possíveis entraves na implantação de ações específicas e equivocadas.

169

23. Moção de repúdio à ausência do Ministro José Serra na Sessão de Abertura da III Conferência Nacional de Saúde Mental

É inadmissível o não comparecimento do Ministro José Serra em uma Conferência tão importante na conjuntura atual.

24. Moção de apoio à revisão do Benefício de Prestação Continuada

Solicitação para que o Ministério da Previdência e Assistência Social realize a imediata revisão dos critérios da LOAS (art. 20 parágrafo 3º), em relação à renda *per capita* exigida para a con-

cessão do Benefício de Prestação Continuada, que é inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

25. Moção de repúdio ao uso de agrotóxicos

Repúdio ao uso de agrotóxicos tendo em vista os grandes problemas de saúde decorrentes de tal uso, em especial dos organofosforados, devido ao fato de que estes, comprovadamente, causam problemas relacionados à saúde mental (depressão maior e suicídio), e estímulo à agroecologia como alternativa a este modelo.

26. Moção de apoio à realização de estudos e pesquisas relacionados ao tema Racismo e Saúde Mental

Considerando que o racismo é um dos fatores que produz sofrimento e doença mental, reivindicamos o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o impacto do racismo na produção de sofrimento e doença mental.

27. Repúdio à organização da III Conferência Estadual de Saúde Mental do Pará

Repúdio à atitude autoritária e excludente com que o Conselho Estadual de Saúde do Pará (“conselho biônico”) conduziu a III Conferência Estadual de Saúde Mental do Pará. A mesma, além de não ter contemplado o tema “Direito, Acesso e Cidadania”, excluiu

os delegados do Município de Belém na discussão dos segmentos, impedindo assim a participação deles na III Conferência Nacional de Saúde Mental.

28. Moção de apoio à proibição da propaganda de cigarros e outras substâncias que causem dependência

Apoio à criação de instrumentos legais, com força coercitiva e legitimidade expressamente definidas, para fiscalização e controle, no sentido de tornar proibida toda e qualquer forma de divulgação ou propaganda de produtos ou substâncias que possam causar dependência química, tais como bebidas alcóolicas de toda espécie, tabaco e “drogas pesadas” em quaisquer meios de comunicação, incluindo-se outras formas de divulgação, tais como a Internet.

171

29. Moção de apoio à criação de instrumentos de captação de recursos destinados ao tratamento e reabilitação no âmbito da dependência química

Como forma de garantir os meios econômico-financeiros imprescindíveis na implementação de programas destinados ao tratamento e reabilitação das doenças mentais provocadas ou desenvolvidas por uso/consumo de algum produto causador de dependência química ou psíquica, que sejam criados, com urgência, mecanismos legais, tendo como pressuposto de cabimento as previsões impostas no Código de Defesa do Consumidor, especificamente os princípios da precaução e da previsão, obrigando todos os

fabricantes desses produtos, nacionais ou não, a reverterem ou destinarem compulsoriamente um percentual mínimo a ser calculado sob alguma base previamente fixada, para um fundo específico, a ser administrado e gerido por Conselho especialmente criado para esta finalidade, com poderes deliberativos e participação paritária, estando representados: doentes, fabricantes, comunidade médico-científica, poder público, e a sociedade civil organizada.

30. Moção de repúdio ao Ministro Pedro Malan

Repúdio ao comportamento do Ministro da Fazenda Pedro Malan por ter negando os recursos para a saúde, contrariando as determinações da PEC/29 (Projeto de Emenda Constitucional).

31. Moção de apoio à regulamentação da profissão de Musicoterapeuta

A musicoterapia tem se constituído, desde a década de 60, em uma prática clínica que se insere na luta pela promoção da saúde e da qualidade de vida no Brasil. A criação da Associação Brasileira de Musicoterapia no Rio de Janeiro, em 1968, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, marca, já na sua fundação, as estreitas relações da musicoterapia com o campo da saúde mental. Trata-se hoje de uma profissão de nível superior com a sua formação reconhecida pelo Conselho Federal de Educação desde 1978 e com cursos espalhados por todo o país, inclusive em instituições federais e estaduais. Diante disso, declaramos nosso apoio ao projeto de regulamentação da profissão de musicoterapia apresentado pelo Deputado Gonzaga

Patriota (PSB-PE), de número 0441/01, atualmente em tramitação no Congresso Nacional.

32. Moção de apoio ao cumprimento obrigatório de todas as ações garantidas no artigo 196 da Constituição Federal

Apoio ao cumprimento obrigatório do artigo 196 da Constituição Federal, implementando todas as ações necessárias para a efetiva prevenção, tratamento e prestação de serviços específicos de saúde mental para todos, incluindo-se os dependentes químicos em hospitais e clínicas do SUS.

33. Moção de repúdio à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

173

Repúdio à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina pela manutenção de 470 internos como moradores do Hospital Colônia Sant'ana, em Florianópolis, em condições de exclusão do convívio social, sem direito à dignidade e cidadania, e contrariando as Portarias GM n.º 106/00 e SAS n.º 1.220/00 do Ministério da Saúde.

34. Moção de repúdio à regulamentação da profissão de psicanalista

Repúdio ao Projeto de Lei nº 3.944/00, em tramitação no Congresso Nacional e já vetado na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que propõe a regulamentação da profissão de psicanalista. Este projeto distorce e fere os princípios fundamentais da formação do psicanalista.

35. Moção de apoio à profissionalização do Agente Comunitário de Saúde

Apoio ao reconhecimento da categoria do Agente Comunitário de Saúde como profissional, visto que estes profissionais trabalham há mais de 20 anos mas “não existem” formalmente. Existem de fato, mas não de direito.

36. Moção de repúdio à Clínica Pinel de Belo Horizonte

Repúdio à atitude da Clínica Pinel S.A (Belo Horizonte) e à omissão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (setores de Controle e Avaliação, Supervisão Hospitalar, Regulação e Coordenação de Saúde Mental) quando, no 1º semestre de 2001, diante das pressões do Ministério Público, e das discussões do PDP (Programa de Desospitalização), foi dada “alta hospitalar” intempestiva pela referida clínica a alguns portadores de sofrimento mental que eram considerados pelo Ministério Público como vivendo na condição de “cárcere privado” e/ou que estavam inscritos no PDP. Essas pessoas foram “entregues” a familiares ou levados para asilos situados em Santa Luzia, sem qualquer proposta de projeto terapêutico ou articulação com Serviços Substitutivos da Rede de Saúde Mental. Além disso, foi burlada a Portaria 054/00, que propunha o fechamento dos leitos utilizados por esses usuários, com a reversão dos recursos das AIHs para os Serviços Substitutivos para a Rede de Saúde Mental do Município.

37. Moção de reconhecimento à Coordenação Municipal de Poços de Caldas, à DRS de Pouso Alegre e à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais

Apoio ao trabalho das comissões organizadoras municipais e estadual pela dinâmica do desenvolvimento das Conferências, à DRS de Pouso Alegre e ao Município de Poços de Caldas e à Prefeitura Municipal que deu total apoio aos seus usuários e trabalhadores para que pudessem participar das Conferências, servindo de exemplo para alguns estados e municípios que negaram esse apoio a seus trabalhadores e usuários.

38. Moção de repúdio à Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Repúdio à Comissão Organizadora que não garantiu o direito de participação dos usuários e familiares na condição de coordenadores e relatores de grupo de trabalho na III Conferência Nacional de Saúde Mental, da mesma forma que garantiu para os gestores e profissionais da saúde.

39. Moção de repúdio à posição do Governo Federal diante das perdas de verbas do SUS

Repúdio à atitude do Governo Federal que, através de dois órgãos - Advocacia Geral da União e Procuradoria da Fazenda Nacional — justificou e está concretizando o corte de R\$ 6 bilhões

do SUS no período de 2001 a 2004. O corte em 2001, de R\$ 1.2 bilhões, seria suficiente para implementar, significativamente, a Reforma Psiquiátrica em nosso país. Esta decisão governamental levará à morte muitas pessoas, devido à perda significativa de recursos para novos investimentos no SUS, razão pela qual vários setores da sociedade civil articulam uma campanha nacional denominada “ERRO QUE MATA”.

40. Moção de apoio à criação do Conselho Local de Saúde no HUPES-BA

Apoio à instalação do Conselho Local de Saúde no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - HUPES (Hospital das Clínicas de Salvador) da Universidade Federal da Bahia, nos moldes do SUS (paritário entre usuários/gestores/trabalhadores), com poder de fiscalização e de decisão acima da Diretoria Administrativa.

41. Moção de repúdio ao Governo do Estado de Minas Gerais

Repúdio à iniciativa do Governo do Estado de Minas Gerais que, por intermédio da Secretaria de Estado da Justiça e de Direitos Humanos, está construindo um Manicômio Judiciário no Município de Ribeirão das Neves, naquele Estado, contrariando a legislação vigente e os princípios da Reforma Psiquiátrica no país e naqueles locais, criando, com este ato, mais uma “prisão perpétua” no momento em que se as quer desmontar em todo o país.

42. Moção de apoio à quebra de patentes das medicações psiquiátricas de alto custo

Exigir a quebra de patentes das medicações psiquiátricas de alto custo, com vistas à produção de genéricos que possam abastecer o SUS na medida que a própria indústria farmacêutica tem reconhecido que eles são fundamentais para o tratamento dos transtornos mentais, portanto de grande importância para a saúde pública do país, razão que justifica a quebra das patentes.

43. Moção de apoio à Sra. Vera de Vita

Apoio e solidariedade à Sr.^a Vera de Vita, familiar representante dos portadores de patologias no Conselho Nacional de Saúde, pelo trabalho que vem desenvolvendo junto à Comissão Nacional de Saúde Mental, enfatizando que, por sua contribuição como representante de familiares, não merece ser substituída em sua função por imposição arbitrária de grupos interessados na manutenção dos manicômios.

44. Moção de repúdio à retenção de informações

Repúdio à retenção de informações, o que dificulta a divulgação e o acesso às instâncias do saber e o avanço da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, culminando com o desconhecimento e despreparo da representatividade popular do Estado para a participação nas Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental.

45. Moção de repúdio ao Governo do Paraná

Repúdio ao Governo do Paraná, que tem deixado muito a desejar em diversas áreas, e em especial nas questões referentes à Reforma Psiquiátrica, incluindo a desorganização para a participação nesta Conferência, excluindo vários delegados que tinham sido nomeados na Conferência Estadual, especialmente dos segmentos dos usuários e trabalhadores.

46. Moção de reconhecimento e agradecimento ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

178

Reconhecimento e agradecimento ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial por sua importante atuação nas conquistas obtidas no campo das políticas públicas de Saúde Mental nos últimos anos.

47. Moção de repúdio contra a privatização da Assistência Farmacêutica (acesso aos medicamentos)

Repúdio veemente à minuta da Medida Provisória em estudo no âmbito do Ministério da Saúde, que propõe a criação do “Programa Nacional Auxílio Medicamento – FARMASUS”. Tal repúdio fundamenta-se nas seguintes questões:

- 1º. Ausência de discussão democrática e coletiva com os profissionais da área e usuários.

- 2º. Transferência para o setor privado das ações de assistência farmacêutica que devem garantir aos usuários o acesso aos medicamentos.
- 3º. Falsa informação de que o acesso à assistência farmacêutica e aos medicamentos será gratuito.
- 4º. Aniquilamento dos princípios basilares do SUS, pois essa proposta elimina a garantia da Universalidade, da Eqüidade e da Integralidade, assim como do Controle Social, das ações de saúde, na política pública de saúde do país

48. Moção de repúdio aos horários dos vãos deixando assim os delegados sem participar da Sessão Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Os usuários de todos os estados que estão com as viagens de retorno marcadas para o dia 15/12/2001 às 17:00h e 19:00h, reclamam da Comissão Organizadora por estar mandando os usuários antes do término da Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental no dia 15/12/2001, sem dar condições de ao menos tomar um banho para retornar aos estados alguns delegados de estarem votando as propostas na referida plenária.

49. Moção de apoio à realização de Campanha Educativa em Saúde Mental

Apoio à realização, pelo Ministério da Saúde, de campanha educativa com caráter preventivo, por meio da mídia eletrônica e escrita, inclusive prospectos, cartilhas, adesivos sobre Reforma Psiquiátrica, surto psicótico, tratamentos, medicamentos, evolução das doenças e outros temas, de forma continuada.

50. Moção de reconhecimento e solicitação de data da próxima Conferência

Parabéns à Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental quanto à forma como foram conduzidos os trabalhos, com participação democrática e respeito à cidadania. Elogiáveis as escolhas de hotéis, transporte, alimentação e local da Conferência. O êxito alcançado traz consigo a necessidade de ser marcada a data para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

51. Moção de repúdio aos Deputados Federais que votaram a favor da flexibilização da CLT

180

Repúdio aos Deputados Federais que vergonhosamente contribuem para a política de exploração dos trabalhadores em favor da concentração de renda de minorias super-privilegiadas, que perversamente retiram a consolidação dos direitos de cidadania de um povo já tão abandonado pelo Estado Brasileiro. Tais Deputados merecem mais que nosso repúdio, merecem nosso desprezo. Repúdio a todas as políticas que querem transformar o povo brasileiro num bando de miseráveis pedintes, desempregados ou famintos. Nenhum país será grande enquanto seus governantes não tiverem respeito pela nação que governam, sentimentos generosos de coletividade e de nacionalidade. Nenhum país alcançará seu grandioso destino enquanto espíritos mesquinhos, oportunistas do poder, se utilizarem das riquezas nacionais, materiais e humanas, como um balcão particular de negócios.

52. Moção de repúdio ao artigo publicado no “Jornal de Hoje” (Natal/RN)

Repúdio ao artigo publicado no “Jornal de Hoje” na cidade de Natal (RN), em 11/12/01, pelo Dr. Severino Lopes, proprietário da “Casa de Saúde Natal”, hospital psiquiátrico privado com perfil nitidamente manicomial, conveniado com o SUS. Este senhor foi, até pouco tempo, Presidente da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Norte (AHORN). Neste artigo de linguagem radical, com colorido fascista, o autor desqualifica os membros do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, acusando-os de “terroristas partidários do Taliban”, confundindo a opinião pública do Estado sobre os verdadeiros objetivos do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

53. Moção de repúdio ao Governo Federal e ao Ministério da Saúde

Repúdio às atitudes de falta de transparência do Governo Federal e do Ministério da Saúde que não explicaram o destino dos recursos financeiros que “desapareceram” com a extinção de mais de 30.000 leitos psiquiátricos nos últimos anos, como consequência direta do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Que estes recursos retornem como investimento na Rede de Serviços Substitutivos, resgatando a dívida social com as vítimas do modelo manicomial.

54. Moção de indignação ao Ministério da Saúde

Indignação ante a falta de equidade na aprovação e repasse dos financiamentos (convênios) para implantação de Serviços

Substitutivos por parte do Ministério da Saúde, ampliando a desigualdade social no Brasil.

55. Moção de apoio à Carta de Araxá (MG)

Apoio à Carta de Araxá, que denuncia o “desfinanciamento” do SUS, o descumprimento pela União e Estados da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), que aponta a necessidade da revisão da Tabela de Procedimentos e resolve adotar medidas tais como recomendar que nenhum Município mineiro assine os compromissos propostos pela NOAS, sem que antes seja aprovado o Plano Diretor de Investimentos, e que o Estado cumpra efetivamente os compromissos impostos pela EC-29.

56. Moção de repúdio ao Governo da Bahia

Repúdio à decisão do Governo da Bahia de modificar, sem consulta e deliberação da Comissão de Reforma Psiquiátrica, o Projeto de Construção de serviços substitutivos no Hospital Juliano Moreira, aprovado pelo Projeto Reforsus, para em seu lugar, reformar o setor de internação do referido hospital e construir um Centro de Referência em Saúde Mental, contrário à decisão de 09/00 aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde.

57. Moção de repúdio à aplicação de recursos públicos em serviços privados

Repúdio à aplicação de recursos públicos em serviços substitutivos privados, a exemplo do CAPS de Ilhéus - BA, que

funciona anexo ao Hospital Psiquiátrico (privado), enquanto que o Anexo Psiquiátrico (público) está em processo de desativação.

58. Moção de apoio à Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180/78)

Apoio à Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180/78), que representa referência importante para o Processo de Reforma Brasileira da Saúde Mental, além de constituir-se em patrimônio da humanidade na defesa dos Direitos Humanos. Apoio ainda às iniciativas da Sociedade Italiana de Psiquiatria Democrática, do Conselho Nacional de Saúde e da Sociedade Italiana de Psiquiatria em defesa da Lei. A discussão existente no atual governo italiano, com propostas que visam revogar a referida Lei, provocariam retrocesso na atual organização de saúde mental na Itália.

183

59. Moção de apoio ao programa de Saúde Mental do Maranhão

Apoio às ações de Saúde Mental propostas, implantadas e implementadas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, as quais se encontram em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e de acordo com os pressupostos legais normativos, tais como a Lei nº. 10.216, de 06/04/01, trabalhando ainda pela interiorização da assistência em Saúde Mental como estratégia para reversão do modelo assistencial vigente, ainda hospitalocêntrico, excludente e iatrogênico.

60. Moção de repúdio ao “Projeto de exame toxicológico aos alunos da rede municipal de ensino de Rio Branco - Acre”

Repúdio à Câmara Municipal de Rio Branco/AC, que aprovou o “Projeto de exame toxicológico aos alunos da rede municipal de ensino de Rio Branco - Acre”, do vereador Donald Fernandes (médico ginecologista e membro fundador de um centro de recuperação para dependentes químicos), que prevê que os alunos da rede municipal de ensino realizem um exame para detectar se utilizaram drogas nos últimos seis meses.

61. Moção de repúdio ao governo Jarbas e FHC

Abordagem: incompetência administrativa, desconstrução, comprometimento com as elites e o FMI. Não avanço do Governo: crise energética, crescimento da pobreza, precarização da qualidade de vida, de trabalho, do social, da seca nordestina — PERNAMBUCO NA PIOR.

Condenamos as ações terroristas e as guerras, mudando a lógica de “DESTRUIÇÃO DA HUMANIDADE” em nome da ganância de meia dúzia de poderosos. A guerra e o terrorismo são formas de eliminar os indefesos e fracos, como a fome já o faz, da mesma forma que condenamos o fanatismo religioso, também o político-econômico.

62. Moção de apoio à liberação de financiamento para serviços substitutivos

Apoio à liberação dos financiamentos para os serviços substitutivos : CAPS, Residências Terapêuticas, inclusive dos projetos que se encontram no Ministério da Saúde para aprovação.

63. Moção de saudade e gratidão

Reconhecimento e gratidão do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao médico sanitarista David Capistrano Filho, por protagonizar uma das mais importantes páginas da história da Reforma Psiquiátrica, ao realizar o Congresso de Bauru em 1987, onde surgiu o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que até hoje inspira o Movimento. Em memória desse saudoso e extraordinário companheiro, a luta antimanicomial continua.

64. Moção de apoio à formulação de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental

Apoio a implementação e execução de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental, com a devida Assistência Farmacêutica, realização de farmacovigilância (identificação e avaliação dos efeitos do uso agudo e prolongado de tratamentos farmacológicos, no conjunto da população ou em grupos de

pacientes expostos a tratamentos específicos) e orientações medicamentosas com informações de efeitos colaterais, interações medicamentosas e reações adversas, como garantia do uso racional, seguro e eficaz dos medicamentos.

65. Moção de solidariedade

Solidariedade ao Sr. Austregésilo Carrano, vítima em sua adolescência do modelo manicomial psiquiátrico vigente, legitimado pelas políticas públicas de saúde mental da época, que corre o risco de sofrer um processo judicial, que o transforma de vítima em réu. Solidariedade e reconhecimento à sua coragem, ao expor publicamente seu sofrimento e sua condição de usuário psiquiátrico, enfrentando o preconceito e estigma social que se reflete nesta condenação injusta.

COMISSÃO ORGANIZADORA

COMITÊ EXECUTIVO

Coordenador Geral – Pedro Gabriel Godinho Delgado

Secretária Geral – Sônia Barros

Secretária Adjunta – Marylene Rocha de Souza

Relator Geral – Eduardo Mourão Vasconcelos

Relatora Adjunta - Fernanda Nicácio

COORDENAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO

Ana Maria Fernandes Pitta

Domingos Sávio do Nascimento Alves

Eduardo Mourão Vasconcelos

Fernanda Nicácio

Marcus Vinícius Oliveira

Miguel Roberto Jorge

Paulo Amarante

189

COORDENAÇÃO DE ARTICULAÇÃO

Alfredo Schechtman

Fernando Goulart

Maria Paula Cerqueira

Milton Marques

Sandra Fagundes

COORDENAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E CREDENCIAMENTO

Cláudia Spínola (Credenciamento)

Jaqueline Beserra

Karime da Fonseca Pôrto

Lúcia Figueiredo

Márcia Oliveira

Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

ASCOM/MS

CGDI/MS

Comunicação Social/OPAS

Comunicação Social/CNS

COORDENAÇÃO DE APOIO ÀS DELEGAÇÕES ESTADUAIS

Fernando Goulart

Karime da Fonseca Pôrto

Vera Lúcia Marques Vita

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Vera Lúcia Marques Vita

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pedro Gabriel Godinho Delgado

MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Milton Marques de Medeiros

FÓRUM DE ENTIDADES NACIONAIS DOS TRABALHADORES

DA ÁREA DA SAÚDE

Marcus Vinicius Oliveira e Silva

SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS DO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Niusarete Margarida de Lima

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS

Fernando César Goulart

REPRESENTANTE DOS FAMILIARES

Lígia Adélia Falcão da Silva

CONSELHO DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS/CONASS

Maria Paula Cerqueira

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE/CONASEMS

Sandra Fagundes

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Miguel Roberto Jorge

GRUPO CONSULTIVO

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Nelson Rodrigues dos Santos

COORDENADORES ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL
(01 coodenador por Macrorregião)

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/SPS/MS

Márcia Luz da Motta

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS/SIS/MS

Elizabeth Diniz Barros

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA

Domingos Sávio Nascimento Alves

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB

Eliane Seidl

OPAS/MS

Julio Javier Espíndola

SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

Ismael Baggio

REPRESENTANTE DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO
BRASIL/OAB

Rosana Chiavassa

REPRESENTANTE DA COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA
CÂMARA DOS DEPUTADOS

REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E
CULTURA

Ivana de Siqueira

APOIO DE INFORMÁTICA

João Ricardo Tormin

Marcos Antônio Dias

APOIO ADMINISTRATIVO

Andréia Itacaramby de Almeida

Guilherme Silva Melão

Lúcia Helena Abade

Maria Bárbara de Freitas Pires

Maria Cláudia Beserra

Tharcyana Maria Lopes Cristovão

Vécia Firmina Teixeira

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL/ASTEC/SAS

Maria Cristina Hoffmann

Renata Weber

COMISSÃO DE RELATORIA

RELATOR GERAL

Eduardo Mourão Vasconcelos

RELATORA ADJUNTA

Fernanda Nicácio

RELATORES DE SÍNTESE

Augusto César de Farias

Elizabeth Mângia

Gustavo Couto

Ivan Moura Fé
Maria Paula Cerqueira
Mirian Abou-Yd
Roberto Tykanori
Sandra Fagundes

APOIO TÉCNICO

Carla Cavalcante
Márcia Aparecida Oliveira

COMISSÃO DE REDAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Ana Luiza Aranha
Ana Marta Lobosque
Augusto César de Farias
Eduardo Vasconcelos
Elizabeth Mângia
Fernanda Nicácio
Francisco Drumond
Gustavo Couto
Márcia Aparecida Oliveira
Miriam Abou-Yd
Paulo Amarante
Roberto Tykanori
Sandra Fagundes

REVISÃO

Pedro Gabriel Godinho Delgado
Fernanda Nicácio
Karime da Fonseca Pôrto
Eduardo Mourão Vasconcelos

RELATORES DE GRUPOS

Ana Luiza Aranha
Ana Marta Lobosque
Ana Pitta
Celso Roberto Nunes
Cristina Ventura
Daisy Juperty
Edna Amado
Elizabeth Kiraly
Erotildes Leal
Eva Faleiros
Fernanda Otoni
Flávio Resmini
Humberto Jacques de Medeiros
Jordan Gurgel
Isabel Cristina Lopes
Jacques Ackerman
Jairo Guerra
Judete Ferrari
Lúcia Rosa
Lumena Furtado
Mara Rosato
Marcela Lucena
Marcelo Cruz
Márcia Schmitd de Andrade
Maria Luiza Jaeger
Mark Nápoli
Marta Zappa
Maurício Campelo
Mirian Dias
Mirsa Delosi

Neli Almeida
Paula Cambraia
Paulo Amarante
Paulo Macedo
Renoir da Silva Cunha
Rita Cássia Cavalcanti
Rodolfo Valentim
Rosemary Silva
Sandra Fischetti
Tânia Grigolo

COORDENADORES DE GRUPOS

Carlos Magno
Célia Baqueiros
Cláudia Rossoni
Deusdet Martins
Durval Bezerra
Edmar Oliveira
Eliane Seidl
Elizabeth Freitas
Ester Oliveira Correia
Francisco Drumond
Hugo Fagundes
Jane Lemos
Luena Xerez
Madalena Libério
Marcus Vinicius Oliveira e Silva
Maria Helena Jabour
Marisa Fratari
Marta Elizabeth Souza
Merval Figueiredo

Messias Liguori Padrão

Milton Marques

Mitio Araujo

Nacile Daúd

Oraida Maria de Abreu

Raimundo Aquino

Regina Bichaff

Rosângela Albim Cecim

Rosano Santos

Silvani Severo

Suely Pinto

Willians Valentini

Wirmond D'Angelis

ANEXOS

Prêmio David Capistrano Filho

Experiências exitosas em Saúde Mental premiadas na III CNSM

- Projeto Girassol – Secretaria Municipal de Saúde de **Ouro Preto/MG**
- Serviços de Atenção em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de **Uberlândia/MG**
- Políticas de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de **Pelotas/RS**
- Projeto Nossa Casa – Secretaria Municipal de Saúde de **São Lourenço do Sul/RS**
- Saúde Mental e Saúde da Família – PSF – Qualis II Secretaria Estadual de Saúde de **São Paulo**
- Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental – Secretaria Estadual de Saúde de **São Paulo/SP e USP/SP**
- Rede Integral de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de **Sobral/CE**
- Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência – Secretaria Municipal de Saúde de **Santo Antonio de Pádua/RJ**
- Projeto: As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção em saúde mental – Secretaria Municipal de Saúde de **Campinas**
- Centro de referência à população em situação de rua com transtornos mentais maiores – Secretaria Estadual de Saúde do **Rio de Janeiro/RJ**

Menção Honrosa

- Centro de Atenção Psicossocial de **Itanhaém/SP**
- Núcleo de Atenção Psicossocial de **Araguaína/TO**

- NIAPS – Núcleo Integrado de Assistência Psicossocial de **Governador Valadares/MG**
- Centro de Atenção Psicossocial – Ilha de Santa Maria – **Vitória/ES**
- Loucos por você: ação política e solidária para a reversão dos manicômios mentais e assistenciais – **Ipatinga/MG**

III CNSM – Fontes Documentais

1. Termos de referência sobre a III CNSM – **Caderno Informativo** - publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS
2. Legislação da III CNSM – **Caderno Informativo** – publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS
 - 2.2. Portaria/GM n.º 1.058/01
 - 2.3. Portaria/GM n.º 1.086/01
 - 2.4. Resolução CNS n.º 310
 - 2.5. Recomendação/CNS n.º 018
 - 2.6. Recomendação/CNS n.º 019
 - 2.7. Recomendação nº 01 – Comissão Organizadora da III CNSM
 - 2.8. Regimento da III CNSM
 - 2.9. Agenda das Conferências Estaduais de Saúde Mental
3. Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde Mental – **Consolidado dos Relatórios Estaduais** – publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS
4. Textos sobre o temário da III CNSM – **Caderno de Textos da III CNSM** - publicação ATSM/ASTEC/SAS/MS
5. Reportagens e Artigos sobre a III CNSM – **Revista da Saúde** – publicação do Conselho Nacional de Saúde – ano II – nº 2 – Dezembro/2001
6. **Legislação em Saúde Mental** – publicação da Coordenação Geral de Documentação e Informação/CGDI/MS - 2001

Programação da Conferência

Dia 11 de dezembro de 2001

Lançamento do Relatório Mundial de Saúde Mental - OPS/OMS
Edição em português

Coordenador: Otávio Mercadante - Chefe de Gabinete do
Ministro da Saúde - Brasil

- Benedetto Saraceno, Coordenador do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS – Genebra, Suíça
- Jacobo Finkelman, Representante da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde/ OPAS-OMS - Brasil
- José Manoel Bertolote, Assessor de Saúde Mental da OMS – Genebra, Suíça
- José Miguel Caldas de Almeida, Coordenador do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OPAS – Washington, EUA
- Pedro Gabriel Delgado – Coordenador Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental/ MS, Brasil

Com a presença de Representações dos Países de Língua Portuguesa

Solenidade de Abertura

- Otávio Mercadante - Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde - Brasil
- Jacobo Finkelman, Representante da OPAS/ OMS - Brasil

- Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência à Saúde - SAS/MS
- Pedro Gabriel Delgado, Coordenador da III Conferência Nacional de Saúde Mental – MS
- Nelson Rodrigues dos Santos – Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde - MS
- Fernando Passos Cupertino, Presidente do CONASS
- Sílvia Mendes, Presidente do CONASEMS

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

Saúde Mental, Cidadania e Direito ao Cuidado

Conferencista: Benedetto Saraceno (OMS)

Abertura da Mostra “Memória da Loucura”

Módulo Fotográfico do Centro Cultural da Saúde/MS

12 de dezembro de 2001

APROVAÇÃO DO REGULAMENTO INTERNO

Mesa Redonda I: **REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL**

Coordenação: Domingos Sávio do Nascimento Alves – Diretor do Instituto Franco Basaglia – RJ

- Benedetto Saraceno – Diretor do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias - OMS
- Pedro Gabriel Delgado – Coordenador Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental/ MS, Brasil

- José Miguel Caldas de Almeida – Coordenador do Programa de Saúde Mental da OPAS
- Vera de Vita – Coordenadora da Comissão de Saúde Mental – Representante de Familiares – CNS, Brasil

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Trabalho, Intervenções Culturais e Processo de Exclusão-Inclusão

Coordenação: João Ferreira Filho – Diretor do IPUB/UFRJ – RJ

- Fernando Kinker – Ex- Coordenador Técnico do Projeto Trabalho - Secretaria Municipal de Saúde – Santos/ SP
- Mark Nápoli - Escola de Samba “Liberdade ainda que Tan-tan” - Fórum Mineiro de Saúde Mental /MG
- Edvaldo da Silva Nabuco - TV Pinel – Instituto Philippe Pinel - RJ
- Cecília Coimbra - Grupo Tortura Nunca Mais – RJ

AIDS e Saúde Mental

Coordenação: Denise Doneda

- Denise Doneda – Responsável pela Unidade de Prevenção e Coordenação Nacional DST/AIDS – MS
- Domiciano Siqueira – Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA – RS
- Sueli Broxado – Secretaria Municipal de Saúde – Niterói – RJ
- Monaliza Nascimento Barros – Centro de Referência em DST/AIDS - Vitória da Conquista - BA

Assistência Farmacêutica em Saúde Mental

Coordenação: Sílvia Mendes

- Sandra Fagundes - Representante do CONASEMS
- Carlos Alberto Pereira Gomes – Gerente Técnico da Assistência Farmacêutica/ MS
- Vera Valente – Coordenadora de Genéricos/ MS
- José Ruben Bonfim – SOBRAVIME – SP

Gênero e Saúde Mental

Coordenação: Wilza Vilela

- Wilza Vilela – Psiquiatra do Instituto de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde - SP
- Rubiamara de Lima Souza - Cooperativa Qorpo Santo/ Fórum Gaúcho de Saúde Mental – RS
- Vilma Santana – Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – BA
- Lúcia Rosa – Professora da Universidade Federal do Piauí

Reunião Intercâmbio Internacional

Dia 13 de dezembro de 2001

Mesa Redonda II: **FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

Coordenação: Sônia Barros – Coordenadora da ASTEC/SAS/MS

- Gastão Wagner de Souza Campos – Secretário Municipal de Saúde de Campinas - CONASEMS

- Maria Helena Brandão – Diretora do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/MS
- Ana Marta Lobosque – Psiquiatra do CERSAM/BH – MG
- Maria Luiza Jaeger – Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Solenidade de Premiação das Experiências Exitosas

Reforma Psiquiátrica: Desafios da Gestão

Coordenação: Barjas Negri – Secretário Executivo do MS

- Renilson Rehem de Souza – Secretário de Assistência à Saúde/MS
- Gilson Cantarino – Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro/ CONASS
- Luis Odorico Monteiro Andrade – Secretaria Municipal de Saúde de Sobral - CE

Atendimento Psicossocial a Crianças e Adolescentes

Coordenação: Julio Javier Espíndola – Representante da OPAS

- Westio Y. Conde Júnior – Promotoria de Infância e Adolescência do Ministério Público de Pernambuco – PE
- Cristina Ventura – Coordenadora do Fórum de Crianças e Adolescentes da Secretaria Estadual de Saúde – RJ
- Luciano Elia – Supervisor do CAPS Pequeno Hans, do Rio de Janeiro – RJ

Atenção Psicossocial à População de Rua

Coordenação: Maria Tavares

- Rosemare Silva – Psicóloga da Prefeitura Municipal de São Paulo – SP
- Cristina Bove – Representante da Pastoral de Rua/ CNBB
- Adriana Kuchembecker – Psiquiatra da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS
- Maria Tavares – Psiquiatra do Programa de Atendimento à População de Rua – SES/RJ

Psiquiatria e Justiça

Coordenação: Ester Oliveira Correia – Diretora do Centro de Apoio Técnico do Ministério Público - PE

- Talvane Marins de Moraes – Instituto de Psiquiatria da UFRJ – RJ
- Geraldo Feix – Procurador de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
- Fernanda Otoni – Supervisora Geral do Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário – PAI/PJ - MG
- Ana Cristina de Souza - SOS - Direitos do Paciente – Instituto Franco Basaglia – RJ

Ações Antidiscriminatórias e de Inclusão

Coordenação: Miriam Abou-Yd

- Milton Freire – Grupo Condição Humana/Instituto Franco Basaglia – RJ

- Deputado Paulo Delgado – MG
- Auro Lescher – Professor da Escola Paulista de Medicina - Projeto Pixote - SP
- Cecília Vilares - Projeto SOeSq – Associação Mundial de Psiquiatria e ABP - SP
- Miriam Abou-Yd - Fórum Mineiro de Saúde Mental – MG
- Richard Weingarten – Diretor de Assuntos dos Usuários – Serviço de Saúde Mental de New Haven – Connecticut – EUA

Experiências Internacionais de Reforma Psiquiátrica

Coordenação: Ana Pitta – Coordenadora Estadual de Saúde Mental – SP

- Ernesto Venturini – Diretor do Serviço de Saúde Mental de Ímola, Itália
- Manuel Desviat – Diretor do Serviço de Saúde Mental de Leganés – Madrid, Espanha
- Mariella Genchi – Diretório Nacional do Movimento de Psiquiatria Democrática – Bari – Itália

Participação de outros países convidados

TEATRO DO INCONSCIENTE – Cia. Teatral Ueinzz

Dia 14 de dezembro

Mesa Redonda III - CONTROLE SOCIAL E DIREITO

Coordenação: Nelson Rodrigues dos Santos – Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde/ MS

- Humberto Jacques de Medeiros – Procurador da República – Ministério Público Federal

- Roberto Tykanori – Psiquiatra da Secretaria Municipal de Santos – SP
- Lígia Adélia Falcão da Silva – Representante dos Familiares na Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde/ MS
- Fernando Goulart – Representante dos Usuários na Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional Saúde/MS

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Serviços Residenciais Terapêuticos

Coordenação: Willians Valentini

- Willians Valentini – Superintendente do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas – SP
- Fátima Fischer – Fórum das Políticas Sociais da Secretaria Geral do Governo - RS
- Paulo Fagundes – Diretor da Colônia Juliano Moreira – Rio de Janeiro – RJ
- Terezinha Dias Pinto – Moradora do Conjunto Habitacional Branca Sales - Ribeirão Preto – SP
- Mirsa Dellosi – Coordenadora de Saúde Mental do Interior, da Secretaria de Estado de Saúde – SP
- Edson Tadeu Frogoaz de Souza - Projeto Moradia CAPS Itapeva - SP

Álcool e Drogas e o campo da Saúde Mental

Coordenação: Sueli Moreira Rodrigues – Área Técnica de Álcool e Drogas/ ASTEC - MS

- Marcelo Cruz – Professor do IPUB/ ABRASCO – RJ
- Décio Castro Alves – Coordenador de Saúde Mental de Santo André - SP
- Antônio Nery Filho – Diretor do Centro de Estudos e Tratamento de Drogas – CEAD - BA
- Mônica Gorgulho – Presidenta da Rede Brasileira de Redução de Danos – SP
- Regina Cássia dos Reis Almeida – Coordenadora do CAPS Dependência Química/ Natal – RN

Saúde Mental na Terceira Idade

Coordenação: Jorge Alexandre Silvestre

- Jorge Alexandre Silvestre – Coordenador da Área Técnica Saúde do Idoso
- Margarida Santos – Universidade Federal de Pernambuco
- Annete Leibing – Coordenadora de Atenção Diária para pacientes com Alzheimer – IPUB/RJ
- Deputado Marcos Rolim – Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados
- Leda Dantas – Confederação Nacional dos Aposentados Conselheira do CNS

Saúde Mental na Atenção Básica

Coordenação: Cláudio Duarte da Fonseca – Secretário de Políticas de Saúde/MS

- Florianita Campos – Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Campinas – SP

- Gustavo Couto – Assessor Especial da Secretaria Municipal de Recife - PE
- Antônio Lancetti – Coordenador do Projeto QUALIS – SP
- Lídia Dias Costa - Coordenadora Municipal de Saúde Mental – Aracati – CE
- Rosângela Ceccim – Coordenadora do Programa de Saúde da Família – Belém - PA

Pluralidade étnica, discriminação e saúde mental

Coordenação: Sônia Barros – Coordenadora da Assessoria Técnica/ Secretaria de Assistência à Saúde/MS

- Edna Rolland – Presidente da Organização de Mulheres Negras - Fala Preta – SP
- Stéphan Malysse – Professor do Departamento de Ciências Sociais e Antropologia da Universidade Federal da Bahia - BA
- Damiana Pereira de Miranda – AMMA - Psique e Negritude – ONG - SP
- José Jorge de Carvalho – Professor do Departamento de Antropologia/ UnB – DF

Dia 15 de dezembro

Plenária Final

CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL - 2001

NORTE

Acre	17 e 18 de outubro
Rondônia	26 e 27 de outubro
Roraima	20 a 22 de novembro
Pará	13 e 14 de novembro
Amazonas	12 e 13 de novembro
Amapá	23 e 24 de novembro
Tocantins	01 de novembro

NORDESTE

Piauí	16 e 17 de outubro
Paraíba	06 a 08 de novembro
Sergipe	08 e 09 de novembro
Pernambuco	09 e 10 de novembro
Alagoas	12 a 14 de novembro
Rio Grande do Norte	13 e 14 de novembro
Maranhão	15 a 18 de novembro
Bahia	12 e 13 de novembro
Ceará	13 e 14 de novembro

SUDESTE

Espírito Santo	09 a 11 de outubro
Minas Gerais	05 a 07 de novembro
Rio de Janeiro	07 a 11 de novembro
São Paulo	15 a 17 de novembro

SUL

Santa Catarina	08 e 09 de novembro
Paraná	10 de novembro (Plenária) Conferência Estadual: agosto de 2000
Rio Grande do Sul	08 a 11 de novembro

CENTRO-OESTE

Distrito Federal	07 a 11 de novembro
Goiás	06 e 07 de novembro
Mato Grosso do Sul	31 de outubro e 01 de novembro
Mato Grosso	29 e 30 de outubro

Esta obra foi composta em GarmdITCBkCnBT e impressa nas oficinas da Athalaia Gráfica e Editora Ltda, no sistema off-set sobre papel couchê matte 90g/m², com capa em papel Cartão Supremo 250g/m², em setembro de 2002, para o Ministério da Saúde.

Habitantes , Etnia e Idioma
por aldeia
indígena do Estado de São
Paulo

Aldeia	Etnia	Idiomas	Subtotais
Polo Base Bauru			946
Kopenoty	Terena/ Guarani/ Kaingang/ Krenac	Aruak/ Macrojê	199
Ekeruá	Terena	Aruak	135
Nimuendaju	Guarani/ Terena	Tupi- guarani	87
Pyaú	Guarani	Tupi- guarani	71
Icatu	Terena/ Kaingang/ Krenac	Aruak/ Macrojê	136
Vanuire	Terena/ Kaingang/ Krenac	Aruak/ Macrojê	197
Tereguá	Guarani/ Terena	Tupi- guarani	98
Tekoá Porã	Guarani	Tupi- guarani	23
Polo Base São Paulo			3113
Tenondé Porã	Guarani	Guarani	954
Krukutu	Guarani	Guarani	291
Jaraguá	Guarani	Guarani	530
Pankararu	Pankararu	Iati	1338
Polo Base Litoral Norte			549
Rio Silveira	Guarani	Guarani	388
Boa Vista	Guarani	Guarani	144
Renascer	Tupi- guarani	Tupi- guarani	17
Polo Base Peruíbe			123
Bananal	Tupi- guarani	Tupi- guarani	31
Paraíso	Tupi- guarani	Tupi- guarani	9
Uru Ity	Guarani	Guarani	27
Djakoaty	Tupi- guarani	Tupi- guarani	18
Ambaporã	Guarani	Guarani	28
Rio Azeite	Tupi- guarani	Tupi- guarani	8
Capoeirão	Guarani	Guarani	2
Polo Base Mongaguá			623
Paranapuã	Guarani	Guarani	95
Aguapeú	Guarani	Guarani	57
Itaóca	Guarani/ Tupi- guarani	Tupi- guarani	196
Piaçaguera	Tupi- guarani	Tupi- guarani	142
Rio Branco	Guarani	Guarani	68
Aldeinha	Tupi- guarani	Tupi- guarani	65
Polo Base Registro			291
Peguaoty	Guarani	Guarani	77
Pindoty	Guarani	Guarani	67
Pakurity/ Santa/ Cruz	Guarani	Guarani	46
Tapyi/ Rio Branquinho	Guarani	Guarani	37
Guavira/ Subauma	Guarani	Guarani	11
Jacarey	Guarani	Guarani	8
Ilha Cardoso - Cananeia	Guarani	Guarani	22
Itagua	Guarani	Guarani	23
Subtotais			5645

Nota: O número de habitantes por aldeia pode variar, principalmente entre os indígenas da etnia Guarani M?bya, devido ao hábito, próprio da cultura, de mudança de aldeia. Essa etnia migra com frequência para aldeias situadas nos Estados do Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

[::: voltar](#)

**Mesa de Abertura com lideranças indígenas e da prefeitura local,
Coordenação conselheira Lumena C. Teixeira**



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Participantes



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Liderança guarani – Luís Karai



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Mesa-redonda, coordenação Conselheira Beatriz Belluzzo Cunha (ao centro)



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Dra Dorothea Post Darella, antropóloga UFSC



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Dr Carlos Alberto Coloma, médico, Ministério da Saúde – Projeto VIGSUS II



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Contribuições dos participantes



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Contribuições dos participantes



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Rodas de Conversa



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Psicólogo José Ricardo Portela – apresentação dos trabalhos de grupo



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Rodas de Conversa



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Psicóloga Beth Pastore – Apresentação dos trabalhos de grupo



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Conselheira Lumena C. Teixeira – apresentação dos trabalhos de grupo



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009

Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Grupo de Participantes



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

26 de junho de 2009
Itanhaém São Sebastião – Subsede Vale do Ribeira

Praia de Boçucanga, São Sebastião SP



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009

Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Conselheira Lumena C. Teixeira

Mesa de Abertura Secretário Municipal de Saúde e Lideranças Indígenas da Região



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009

Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Participação dos Caciques Renato e Celso



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009

Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Visão do Público



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009
Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Da esquerda para direita – Vanessa Caldeira, antropóloga, e Claudio Loureiro, psicólogo
Mesa Redonda “Práticas interdisciplinares na atenção à saúde indígena”



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009
Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Participação da Líder Indígena Mariano



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009
Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Rodas de Debate entre os participantes



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009

Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Apresentação das Reflexões dos Grupos



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009
Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Roda de Dança ao Final do Evento



Conselho Regional de Psicologia SP

**Encontros Interdisciplinares
sobre Psicologia e
Povos Indígenas**

29 de maio de 2009
Boiçucanga, São Sebastião – Subsede Vale do Paraíba

Antropólogo Rinaldo Sérgio Vieira
Arruda e Conselheira Lumena C.
Teixeira “Antropologia Saúde e
Povos Indígenas”

COLÓQUIO PSICOLOGIA & ANTROPOLOGIA

Conselho Regional de Psicologia - SP

RINALDO SÉRGIO V. ARRUDA

Lumena Celi Teixeira



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



Antropóloga Helena Stileni de Biasi
"Antropologia Saúde e Povos
Indígenas"



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



Participação dos membros do GT
Psicólogo Luiz Eduardo V Berni
“Antropologia Saúde e Povos
Indígenas”



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



Mais de cem participantes



**Conselho Regional
de Psicologia SP**

**Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008**



Psicóloga Joana Garfunkel;
Antropóloga Vanessa Caldeira
e a Psicóloga Beth Pastore

Colóquio

Psicologia e Antropologia



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



Elizabeth Pastore (psicóloga) e
Vanessa Caldeira (antropóloga)
“Promoção da Saúde Mental Indígena”



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



Joana Garfunkel (psicóloga)

“Promoção da Saúde Mental Indígena”

6. Construção
interlocação
indígenas

GARFUNKEL

ELISABETH P. PASTORE



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia e Antropologia
28 de novembro de 2008



“Abertura” Conselheira Lumena Celi Teixeira



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Participantes profissionais de diversas áreas, graduandos e pós-graduados



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Psicólogo Luiz Eduardo V. Berni: *“Contribuições da transdisciplinaridade para o diálogo com a questão indígena”*



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

**I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)**



Momento de debate



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Historiador Marcelo Lemos: *"Dificuldades para o estudo da população indígena Yanomami em Roraima"*



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Leitura do artigo de Elisa Sayeg: *"Educação Escolar Indígena, Literatura e Línguas Indígenas: Conceitos Básicos"*



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Momento de debate



Conselho Regional
de Psicologia SP

**I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)**



Psicóloga Gleise Arias: *"Oficinas terapêuticas de foto e vídeo como forma de intervenção em comunidades indígenas Guarani Mbya de São Paulo"*
(co-autoria com Tânia Bonfim)



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Momento de debate



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



Psicóloga Lucila Gonçalves: *“Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena”*



Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DA CIÊNCIAS HUMANAS
SOBRE AS QUESTÕES INDÍGENAS (03.08.2007)



"Abertura" Conselheira Lumena Celi Teixeira



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Cerâmica Kadiwéu (MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Participação de mais de 100 profissionais de diferentes áreas



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Mesa: "Os Desafios na Relação com a Sociedade Nacional, Sob a Ótica das Lideranças Indígenas"



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Povos Indígenas

Sônia Grubits



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Cacique Davi, Aldeia Guarani Aguatéu de Mongaguá (SP)
Maria Matshua, presidente da Cooperativa Ceramista Kadiwéu (MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Cacique Altino dos Santos
Aldeia Guarani Boa Vista, Ubatuba (SP)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Francisco Matshua,
Presidente da Associação dos Índios Kadiwéu (MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Mateus de Lima Silva,
Representante da Aldeia Guarani Renascer – Ubatuba (SP)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Caciques Davi e Altino falam com a TV PUC-SP



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Objetos musicais e decorativos Guarani (SP)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Mesa: "Análise da Situação nas Aldeias: Educação e Saúde"
Coordenação: Conselheira Lumena C. Teixeira



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Enfermeiro Hilário da Silva, FUNASA (Kadiwéu – MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Enfermeiro Newton Gonçalves de Figueiredo
(FUNASA – MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Feirinha de objetos tradicionais das culturas Guarani (SP)
e Kadiwéu (MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Enfermeiro Hilário (Kadiwéu) fala à TV PUC-SP



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Feirinha de objetos tradicionais das culturas Guarani (SP)
e Kadiwéu (MS)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Cestaria Guarani (SP)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Mesa: "A Psicologia e o Compromisso com as Questões Indígenas" Coordenação Conselheira Lumena C. Teixeira



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Psicóloga Yanina Otsuka Stasevskas – integrante
do Projeto Yvy Rupa - "A terra é uma só"



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Dr. Ivan Darrault-Harris PhD – professor da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris (E.H.E.S.S.)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Dr^a. Sonia Grubits PhD - pesquisadora, professora e coordenadora do programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco de MS



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)

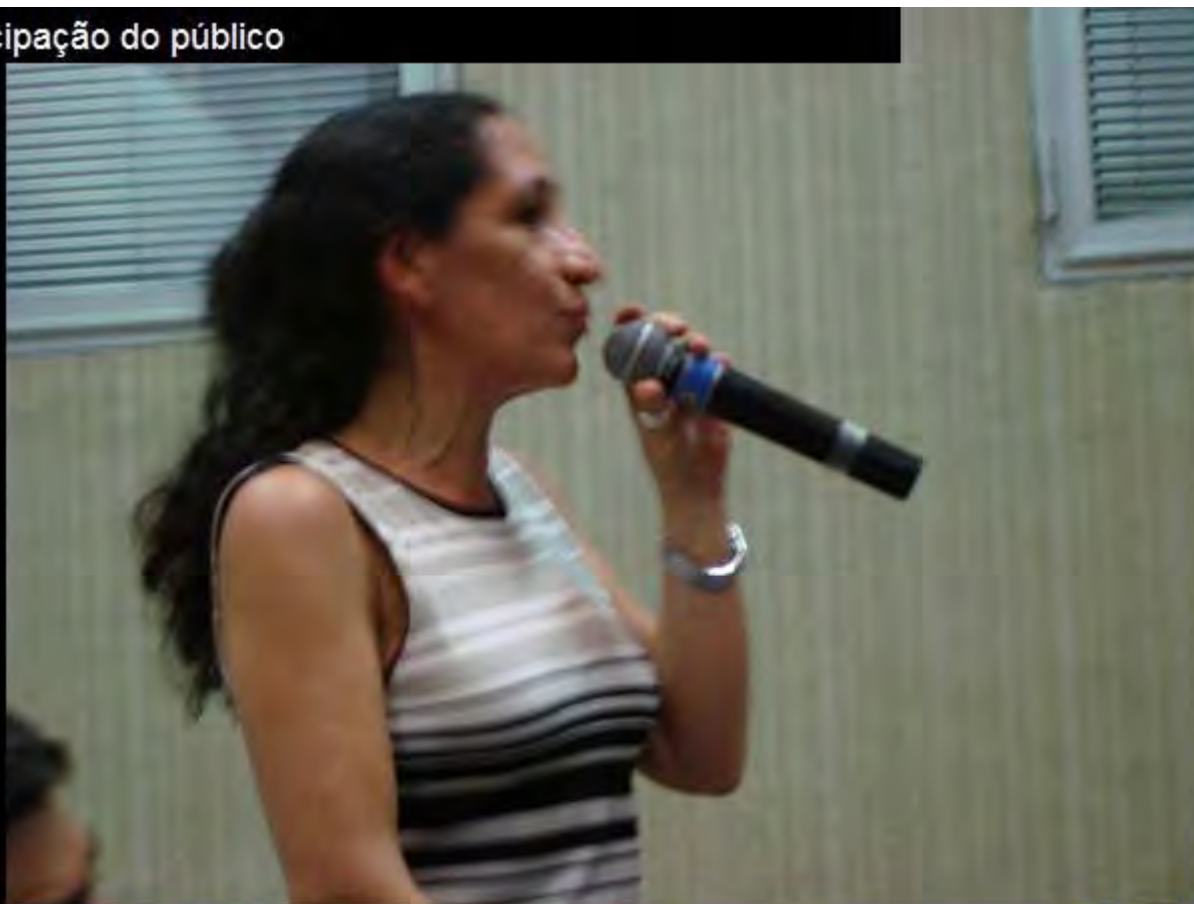




Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



“Pau de Chuva” (Guarani)



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Objetos de Adorno



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Momento de confraternização



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)



Momento de confraternização



Conselho Regional
de Psicologia SP

Colóquio Psicologia & Povos Indígenas
(30.03.2007)





Conselho Regional de Psicologia SP

psicologia e povos indígenas

Ficha catalográfica

C744d

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org).
Psicologia e povos indígenas / Conselho Regional de
Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010.
250f.; 23cm.

Bibliografia
ISBN: 978-85-60405-13-8

1.Povos indígenas 2.Antropologia 3. Cidadania
4. Saúde 5. Psicologia I.Título.

CDD 150

Psicologia, Indígenas, Saúde, Antropologia, Políticas Públicas

Elaborada por:

Vera Lúcia Ribeiro dos Santos – Bibliotecária – CRB 8ª Região 6198

Psicologia e Povos Indígenas

Diretoria

Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza

Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti

Secretária | Andréia De Conto Garbin

Tesoureira | Lúcia Fonseca de Toledo

Conselheiros efetivos

Andréia De Conto Garbin, Carla Biancha Angelucci, Elda Varanda Dunley Guedes Machado, José Roberto Heloani, Lúcia Fonseca de Toledo, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria Cristina Barros Maciel Pellini, Maria de Fátima Nassif, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Izabel do Nascimento Marques, Mariângela Aoki, Marilene Proença Rebello de Souza, Patrícia Garcia de Souza, Sandra Elena Sposito e Vera Lúcia Fasanella Pompílio.

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto, Beatriz Belluzzo Brando Cunha, Carmem Silvia Rotondano Taverna, Fabio Silvestre da Silva, Fernanda Bastos Lavarello, Leandro Gabarra, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luciana Mattos, Luiz Tadeu Pessutto, Lumena Celi Teixeira, Maria de Lima Salum e Moraes, Oliver Zancul Prado, Silvia Maria do Nascimento e Sueli Ferreira Schiavo.

Gerente geral

Diógenes Pepe

Organização do Livro

Lumena Celi Teixeira e Luiz Eduardo Valiengo Berni

Revisão final

Waltair Martão

Projeto Gráfico e Editoração

Estúdio 196 Design e Comunicação

www.estudio196.com.br



introdução

A XII Plenária do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo incluiu, entre as suas ações permanentes de gestão, o registro e a divulgação dos debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a diversos objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orienta as ações do CRP SP – o de produzir referências para o exercício profissional dos psicólogos; o segundo é o de identificar áreas que merecem atenção prioritária, em função da relevância social das questões que elas apontam e/ou da necessidade de consolidar práticas inovadoras e/ou reconhecer práticas tradicionais da Psicologia; o terceiro é o de, efetivamente, dar voz à categoria, para que apresente suas posições e questões, e reflita sobre elas, na direção da construção coletiva de um projeto para a Psicologia que garanta o reconhecimento social de sua importância como ciência e profissão. Os três objetivos articulam-se e a produção de publicações que registrem os debates permite contar com a experiência de pesquisadores e especialistas da Psicologia e de áreas afins para apresentar e discutir questões sobre as atuações dos psicólogos, as existentes e as possíveis ou necessárias, relativamente a áreas ou temáticas diversas, apontando algumas diretrizes, respostas e desafios que impõem a necessidade de investigações e ações, trocas e reflexões contínuas.

A publicação de trabalhos como *Psicologia e Povos Indígenas* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida aos psicólogos e aos parceiros diretamente envolvidos nesta temática, criando uma oportunidade para que provoque, em diferentes lugares e de diversas maneiras, uma discussão profícua sobre a prática profissional dos psicólogos.

Nossa proposta é a de que este material seja divulgado e discutido amplamente e que as questões decorrentes desse processo sejam colocadas em debate permanente, para o qual convidamos os psicólogos.

Diretoria do CRP SP

Gestão 2007-2010



sumário

apresentação 06

Histórico das Ações Realizadas pelo CRP SP <i>Lumena Celi Teixeira</i>	07
Percepções sobre os Encontros Interdisciplinares <i>Luiz Eduardo Valiengo Berni</i>	10

manifestações de lideranças indígenas 36

Eurico Lourenço Sena (Baniwa)	37
Maria das Dores da Conceição Pereira do Prado (Pankararú)	41
Cacique Renato da Silva Mariano (Guarani)	43
Celso Aquiles (Guarani)	45
Mariano Fernando (Guarani)	46
Luiz Karai (Guarani)	49
Marcos Tupã (Guarani)	54
Eunice Augusto Marins (Guarani)	57
Cacique Antonísio Lulu Darã (Tupi-Guarani)	60
Cacique Jazone de Camilo (Terena)	71
Cacique Gerson Cecilio Damaceno (Krenak)	73
Cacique Roberto Carlos Indubrasil (Kaingang)	76
Ranulfo de Camilo (Terena)	76
Juraci Cândido de Lima	78
Cacique Claudino Marcolino (Guarani)	80
Cacique Anildo Lulu (Terena)	81
Vice-cacique Júlio César Pio (Terena)	83
Cláudio da Silva Félix (Terena)	86
Alício Lipu (Terena)	87
Mário de Camilo (Terena)	88
Creiles Marcolino (Guarani)	89

contribuições de outras ciências 92

Antropologia, Saúde e Povos Indígenas <i>Rinaldo Arruda</i>	93
Programa Tamoromu: Uma Experiência em Promoção de Saúde Indígena e Prática Interdisciplinar na Casai-SP <i>Vanessa Caldeira</i>	101
A concepção de mundo como substrato na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas <i>Maria Dorothea Post Darella</i>	117
A Interculturalidade na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas <i>Carlos Alberto Coloma</i>	125
A Contribuição da Etnoarqueologia na Construção da Identidade Étnica entre os Kaingang no Oeste Paulista <i>Robson Rodrigues</i>	138
A Identidade na Diáspora: A Experiência Krenak <i>Daniela Aratijo da Silva</i>	154
Atenção, Cuidados e Curas <i>Maria Inês Ladeira</i>	159
Educação Escolar Indígena e Bilinguismo na Perspectiva da Política Identitária – Breve Comentário <i>Maria Elisa Marchini Sayeg</i>	167

- 172 Antropologia, Saúde e Povos Indígenas
Helena Stilete de Biase
- 196 O Encontro Transdisciplinar das Ciências com
a Realidade dos Povos Nativos
Ubiratan D'Ambrosio

210 aproximações da psicologia

- 211 Reflexões sobre Comunidades Indígenas do Centro-Oeste Brasileiro
Sonia Grubitz
- 223 Ali, Onde é Fronteira
Yamira Otsuka Slasewskas
- 232 Psicologia e Povos Indígenas: uma Experiência
e Algumas Reflexões Acerca do Lugar do Psicólogo
Lucila de Jesus Mello Gonçalves
- 237 O Curador-ferido de Crianças
Cláudio Loureiro
- 244 Os Paradoxos do Fator Identitário na Produção
de Políticas de Promoção da Saúde Indígena
Bianca Sordi Stock
- 250 Reflexão sobre a Experiência de Gestão Pública
em Saúde Mental Indígena no Estado de São Paulo
Elisabeth Passero Pastore
- 259 Promoção da Saúde Mental Indígena. A experiência da Casai-SP
Joana Garfunkel
- 272 A Contribuição Indígena na Construção do Nosso Futuro Comum
Paulo Roberto Martins Maldos
- 278 Ensaio para uma Epistemologia Trans (Disciplinar, Cultural e Pessoal)
na Mediação da Psicologia em sua Aproximação com os Povos Indígenas
Luiz Eduardo Valiengo Berni

320 recomendações aos psicólogos no trabalho com populações indígenas

Produção coletiva sistematizada pelo GT Psicologia e Povos Indígenas

334 créditos finais

344 posfácio *Odair Furtado*



apresentação

breve histórico

Ao considerar os desafios da realidade brasileira contemporânea e as consequentes inovações que surgem no exercício profissional dos psicólogos, o Sistema Conselhos de Psicologia tem apoiado e promovido oportunidades de discussão visando ao aprofundamento e compartilhamento de novos saberes e práticas, alinhados às necessidades emergentes da sociedade. Neste contexto é que a aproximação da Psicologia aos Povos Indígenas se apresenta como uma dessas necessidades.

Os movimentos indígenas que se fortaleceram nas últimas décadas pautam-se nos ideais de autodeterminação desses povos, na valorização da própria cultura e na expectativa de um diálogo interétnico e intercultural com base na ética e no respeito à diversidade. Considerando-se que as questões enfrentadas atualmente pelos povos indígenas brasileiros apresentam raízes históricas marcadas pela dominação sociocultural dos não-índios, o principal desafio das sociedades indígenas é poder manter um contato com a sociedade nacional sem perder a integridade cultural e étnica. Esse desafio deve ser tratado também como premissa na atenção às necessidades das comunidades indígenas, no sentido de embasar as práticas e as concepções de trabalho com estes povos.

Fruto deste processo sócio-histórico, muitas são as marcas de ordem psicossocial identificadas pelas comunidades, que comprometem a qualidade de vida e a saúde mental desses indivíduos. Nesta medida, a Psicologia e os psicólogos são convocados a encontrar seu lugar neste campo.

O ponto de partida no Sistema Conselhos de Psicologia foi o Seminário Nacional Subjetividade e Povos Indígenas, realizado em 2004 pelo Conselho Federal em parceria com o Conselho Indigenista Missionário, em Brasília. O evento contou com a presença de lideranças indígenas de várias etnias e Estados brasileiros, além de psicólogos representando todos os Conselhos Regionais. O referido evento atendia diretrizes do IV CNP – Congresso Nacional da Psicologia, o qual recomendava que a Psicologia deveria se aproximar das questões indígenas do nosso país.

Esta tem sido a direção das ações realizadas pelo CRP SP desde então, ao propor diálogos entre psicólogos, lideranças indígenas e profissionais de áreas afins, como os da saúde, antropólogos, assistentes sociais, educadores e historiadores. Isso reflete um jeito de trabalhar que entendemos ser o melhor, pois nos garante uma interlocução com a sociedade, com os psicólogos, com demais profissionais, com entidades parceiras e outras instituições ligadas à temática.



Outra ação que consideramos importante, também como papel do Conselho, é criar referências para a atuação dos psicólogos. Não no sentido de dizer como o trabalho deve ser feito, mas, sim, afirmando que o Conselho acompanha e fomenta uma discussão importante, que oferece princípios para uma atuação profissional com qualidade, de acordo com o contexto social e cada problemática que se apresenta como desafio para a categoria.

Desde 2005, o CRP SP tem realizado uma série de ações e, para tanto, constituímos um Grupo de Trabalho, em cuja página eletrônica pode-se encontrar o histórico dessas ações, legislação de interesse, galeria de fotos e outras informações relevantes: www.crpsp.org.br/povos

Inicialmente, procedemos a um levantamento de psicólogos que trabalhassem com indígenas no Estado, de maneira a articulá-los por meio de um grupo eletrônico que contasse também com a participação de outros profissionais da área. Esse grupo conta hoje com mais de 200 participantes e tem servido como “ponto de encontro” e troca de experiências. Endereço: <http://br.groups.yahoo.com/group/Psicologia-Indigenas>.

Em seguida, produzimos o CD-Rom “Subjetividade e Povos Indígenas”, para sensibilização dos psicólogos sobre o tema. Esse produto foi distribuído às subseções para subsidiar as discussões em 2006.

Em 2007, realizamos os primeiros encontros presenciais. O primeiro colóquio, realizado na Capital em março daquele ano, se constituiu em evento preparatório para o VI CNP, cujas teses foram aprovadas nacionalmente e garantiram as ações subsequentes. Em agosto, promovemos um Encontro de Profissionais das Ciências Humanas sobre as Questões Indígenas, também na Capital, marcando a interdisciplinaridade necessária neste diálogo.

Produziu-se ainda uma edição do TV Diversidade (nº 68) sobre a temática, em parceria com a TV PUC, com imagens e entrevistas colhidas durante os eventos. O acesso está disponível no site do Conselho.

No ano seguinte, 2008, realizamos dois eventos. Em maio, organizamos o Encontro Multiprofissional de Atenção aos Povos Indígenas, no município de Santos. Em novembro realizamos novo colóquio, fortalecendo principalmente a interlocução com a Antropologia.

Em 2009, realizamos cinco Encontros Interdisciplinares nas regiões onde se localizam as aldeias existentes hoje no Estado, articulando a localização das mesmas às regiões de abrangência das subseções do Conselho. Os eventos foram em Boiçucanga/São Sebastião (Subseção do Vale do Paraíba), Itanhaém (Subseção da Baixada Santista e Vale do Ribeira) e Tupã (Subseção de Assis), sendo que neste último participaram profissionais e indígenas também de Bauru, Itaporanga e

Barão de Antonina. Finalizamos com um colóquio na Capital, em novembro, que se constituiu em evento preparatório para o VII CNP.

Nosso objetivo, em todos os encontros, foi o de propiciar diálogos entre profissionais de diversas áreas, seus saberes e práticas, compreendendo que a atuação nessa área deve se pautar pela interdisciplinaridade. Nesses diálogos, contamos também com a presença imprescindível das lideranças indígenas locais, de maneira a legitimar a construção coletiva de referências que vimos empreendendo.

Temos nos empenhado na criação desses espaços, na abertura ao diálogo interdisciplinar e na sistematização das reflexões produzidas coletivamente. Este percurso já aponta importantes recomendações para atuação dos psicólogos junto às comunidades indígenas, as quais são apresentadas no capítulo final desta publicação.

Apresentamos ainda a maioria das palestras proferidas nos eventos, já que algumas infelizmente não puderam ser gravadas, com o propósito de compartilhar a riqueza dessa produção com todos os interessados e simpatizantes das lutas indígenas por melhores condições de vida.

Esperamos contribuir, especialmente, com as discussões que envolvem as relações interculturais intrínsecas a esse novo campo de atuação para os psicólogos, acentuando que os cuidados de ordem técnica não devem se sobrepor aos de ordem ética, mas andar juntos. Tal atuação precisa expressar o compromisso social e o apoio da Psicologia brasileira à autodeterminação dos povos, sem constituir-se em uma nova forma de dominação cultural. Ao contrário, deve se fundamentar no universo simbólico e na escuta às demandas de cada etnia, contribuindo para o fortalecimento da diversidade cultural brasileira.

Agradecemos a todos que contribuíram para a produção deste material e nutrimos a expectativa de que a categoria prossiga nesse importante caminhar. Por fim, desejamos bom proveito na leitura a todos!

Lumena Celi Teixeira

Coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas



percepções sobre os encontros interdisciplinares

Este texto foi escrito paulatinamente ao longo dos três anos em que o autor esteve envolvido junto ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – GT Psicologia e Povos Indígenas, na tarefa de buscar uma aproximação da Psicologia, Ciência e Profissão, com o saber dos povos originários. Cada item refere-se a um dos eventos realizados, seguido de um subtítulo em que procurou expressar a essência das aprendizagens realizadas. Como as percepções são seletivas, as falas dos palestrantes aqui reproduzidas podem não refletir a exatidão da opinião de seus autores, fato que o leitor poderá constatar ao ler os textos originais apresentados também nesta publicação. O que se pretendeu aqui foi apresentar a cronologia de um processo de aprendizagem com enfoque transdisciplinar que todo psicólogo deverá necessariamente buscar para a mediação transcultural fundamental ao lidar com as populações indígenas.

Luiz Eduardo Valiengo Berni

Membro do GT Psicologia e Povos Indígenas

Março de 2007

Primeiro Colóquio Psicologia e Povos Indígenas - São Paulo, SP

“Iniciando a Conversa: Mesas-Quadradas e Cerimônias Sagradas”

O ambiente não era exatamente tribal. Ao se adentrar pela porta do auditório do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, era possível ouvir a música guarani com sua marcação rítmica característica: tambor, rabeca, violão e o canto uníssono dos índios. Infelizmente era uma gravação. Essa foi a recepção que nós, psicólogos, tivemos em São Paulo por ocasião do primeiro evento Psicologia e Povos Indígenas, promovido pelo CRP SP, no dia 30 de março de 2007. O evento congregou aproximadamente 100 profissionais da Psicologia e de áreas afins, além de lideranças indígenas de São Paulo e de Mato Grosso do Sul. Desde 2004, quando da realização de um importante evento na região de Brasília, os psicólogos organizados pelo Conselho Federal tentam uma aproximação da Psicologia com os povos indígenas e, neste sentido, o evento se constituiu num importante marco.



Após uma sensibilização audiovisual, preparada pela Conselheira Lumena Celi Teixeira, com imagens, frases e música, com elementos de eventos ligados à cultura indígena, os trabalhos foram iniciados. Três foram mesas-redondas realizadas no encontro.

A primeira mesa, “Os desafios na relação com a sociedade nacional, sob a ótica das lideranças indígenas”, com as participações de lideranças de algumas aldeias de etnia guarani em São Paulo e da etnia kadiwéu do Mato Grosso do Sul, foi no mínimo curiosa. Sob a coordenação apaixonada da psicóloga Sonia Grubits, que trabalha com o povo kadiwéu, teve a duração de 15 minutos! Os índios, povo de poucas palavras, foram enfáticos em demonstrar que não haviam entendido exatamente o que estavam fazendo ali. Suas falas foram curtas, alternando os tons de “pedintes” com outros “reivindicatórios” e desconfiados. Quem são esses “psicólogos”, aliás, o que isso significa mesmo? Isso não foi verbalizado, mas pairava no ar.

Naquele momento, ficou claro para mim que nossas melhores intenções não estavam sendo bem compreendidas, pois havia um fosso cultural que nos separava dos indígenas. Num impulso empático com o desconforto da mesa, levantei essa questão, transgredindo o esquema proposto. Tive a cumplicidade discreta do cacique Davi da Aldeia Aguapeú, de Mongaguá, que sorriu furtivamente diante de minha reação.

No decorrer da mesa, que só teve um caráter um pouco parecido com isso (mesa-redonda) graças ao esforço da dra. Grubits, que naquele momento assumia uma postura de alternância entre pesquisadora e militante da causa indígena, ficou claro para mim que as comunidades indígenas, além de deverem ser tratadas com diferenciação, pois são povos distintos, também estão em diferentes estágios de organização, o que dificulta ainda mais esse início de diálogo.

Enquanto a plateia interagiu entusiasticamente frente às questões ali levantadas e no meio de minhas reflexões sobre as falas de alguns colegas que tratavam da questão política, levantou-se o índio Eurico Sena, da etnia baniwa, da Amazônia. Ao apresentar-se, além de índio, desfilou um breve currículo que incluía duas graduações, Filosofia e Teologia, e uma terceira em curso, Direito. Num tom de palanque, Eurico, que só aprendeu a falar português aos 12 anos, afirmou que os Psicólogos poderiam atuar junto aos indígenas na interação ou na inclusão dos índios com a sociedade envolvente. Numa espécie de interlocução ou comunicação dos valores indígenas com os valores neoliberais sob os quais se vive hoje. A fala surpreendeu a todos, não apenas no conteúdo, mas também na forma precisa e bem articulada, refletindo a nobreza do interlocutor descendente dos povos originários.



O sofrimento do pesquisador na área indígena também pode ser constatado quando a colega da Marília Vizzotto, da Universidade Metodista, contou sua epopeia burocrática para conseguir uma autorização governamental, de modo a continuar sua pesquisa com os indígenas guarani em São Paulo. O trabalho de pesquisa estava interrompido, pois a autorização não fora renovada. A pessoa que analisara o pedido, não sendo psicóloga, não conseguiu entender a natureza do trabalho de pesquisa, interpretando a questão de maneira equivocada, negando, assim, a solicitação. Este relato deixava claro a todos como a questão da comunicação não era exclusiva entre psicólogos e indígenas.

A segunda mesa-redonda, “Análise da situação nas aldeias: Educação e Saúde”, teve a participação de dois representantes indígenas com formação superior, um enfermeiro da etnia kadiwéu e uma pedagoga da etnia pankararu, além de um outro enfermeiro caucasiano. O debate teve uma “cara” mais acadêmica, conforme reza o figurino. Com apresentações claras e articuladas a situação da Funasa foi bem apresentada e pudemos constatar como essa divisão da Funai foi providencial para a questão indígena, pois a qualidade do atendimento em saúde ao indígena sofreu uma melhora significativa, segundo o compreendi.

Posso dizer que foi emocionante acompanhar o enfermeiro Hilário, da etnia kadiwéu. Antes de fazer suas considerações sobre o tema que iria ser abordado, honrou suas raízes se apresentando como um membro de seu povo e passou a falar como tal. Num português muito bem falado, explicou as implicações negativas do contato dos povos indígenas com a sociedade envolvente. Interpretou algumas falas “de seus parentes”, como sendo um reflexo desse fato, o que os colocava numa condição de pedintes, frente ao assistencialismo e à tutela às quais estavam acostumados. Sua fala clamava por dignidade.

Dora Pankararu, por sua vez, contou-nos da militância e dos espaços que vêm sendo ocupados pelos indígenas desaldeiados na cidade de São Paulo. Sua fala refletia a dor daquele que se viu muitas vezes enganado por promessas não cumpridas. Numa visão bem lúcida da realidade dos indígenas, reconheceu os avanços conseguidos pelos povos indígenas da cidade, mas tratou também por reivindicar equidade na formação superior oferecida ao indígena, visto que, em muitos casos, depois de formados, eles só podem atuar numa aldeia. Sua advertência chamou a atenção para a importante questão da inclusão.

O enfermeiro Newton expôs com muita didática a estrutura mantida pela Funasa para atender à saúde indígena. Respondeu com pertinência ao questionamento de uma indígena presente, demonstrando conhecimento de causa. O alcoolismo e a gravidez precoce foram temas abordados como sendo relevantes nesta mesa e indicavam também áreas de atuação para o profissional da Psicologia.



A terceira mesa foi verdadeiramente acadêmica. O dr. Ivan Darrault-Harris, francês, falou sobre a importância da preservação da diversidade dos povos indígenas. Não como um tributo, ainda que merecido, às culturas originárias da terra, mas como uma contribuição para a humanidade, visto que nestas culturas podem estar soluções para muitos dos problemas vividos pelas sociedades contemporâneas ocidentais.

Yanina Otsuka Stasevskas, brasileira de descendência nipo-polonesa, nos deu uma demonstração de leveza, compreensão e integração com as culturas indígenas. Antes de sentar-se à mesa, arrumou cuidadosamente um altar à sua frente. Lá foram colocadas: uma cerâmica kadiwéu e um leque guarani. Não houve palavras, nem comentários sobre sua ação, que para alguns passou despercebida. Foi uma demonstração inequívoca de respeito ao encontro que ali era realizado. Depois, numa postura serena, discorreu sobre seu contato com os indígenas mexicanos e brasileiros. Falou de encontro, respeito, discorrendo sobre políticas públicas, procurando demonstrar como era possível uma comunicação entre povos diferentes, os brancos e os índios. Essa mesa foi encerrada por Sonia Grubits, húngaro-brasileira que mostrou imagens de seu trabalho à frente de diferentes populações kadiwéu do Mato Grosso do Sul.

Agora, meus amigos, quando os trabalhos caminhavam para o encerramento, algo surpreendente aconteceu. Já passava das 10 horas da noite. A comissão organizadora do evento, coordenada pela conselheira Lumena, já havia “encontrado” em nossas falas as teses que deveriam ser levadas ao VI Congresso Nacional de Psicologia – CNP. Lá do fundo da plateia, veio um chamado. Era dona Joana, da etnia kadiwéu, quem pedia a palavra. Então, num português com muita dificuldade, agradeceu a todos, mas dirigiu-se especialmente a Sonia Grubits. Dizendo que sua mãe havia mandado ela dar à dra. Grubits um “nome”, e então mencionou o nome que evidentemente eu não consigo lembrar. Naquele momento, o enfermeiro Hilário, que não tem nada de engraçado, tomou a palavra e, num tom emocionado e sério, explicou a todos o que estava acontecendo ali. Ele disse: “Se estivéssemos em nossa aldeia, este seria um momento solene, com cânticos, pois a dra. Sônia acabara de ser adotada como filha da família de dona Joana”...

Meus amigos, isso foi verdadeiramente emocionante! Penso que todos os que estavam presentes, infelizmente muito poucos dado o avançado da hora, ficaram emocionados. Estávamos ali naquele auditório “ocidental”, com ar condicionado, e a força milenar das culturas da terra estava se manifestando nas palavras daquela representante da etnia kadiwéu. Que beleza! Quanto ensinamento. Senti-me grato por estar ali e poder compartilhar com todos daquele momento.



Agosto de 2007

*Primeiro Encontro de Profissionais das Ciências Humanas sobre Questões Indígenas
- São Paulo, SP*

“Desafios aos Pesquisadores e os Conflitos Metodológicos”

No dia 3 de agosto de 2007, embora com poucas pessoas presentes, penso que demos mais um passo importante na reflexão para a aproximação da Psicologia com a questão indígena com a realização do “I Encontro de Profissionais de Ciências Humanas sobre as Questões Indígenas”. Presentes, psicólogos, antropólogos, historiadores, graduandos, graduados e pós-graduados, doutores e mestres. Foram cinco as apresentações: (1) Luiz Eduardo Valiengo Berni (Psicologia): “Contribuições da transdisciplinaridade para o diálogo com a questão indígena”; (2) Marcelo Lemos (História): “Dificuldades para o estudo da população indígena yanomami em Roraima”; (3) Elisa Sayeg (Linguística): “Educação escolar Indígena, literatura e línguas indígenas: conceitos básicos”; (4) Lucila Gonçalves (Psicologia): “Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena” e (5) Gleise Arias e Tânia Bonfim (Psicologia): “Oficinas terapêuticas de foto e vídeo como forma de intervenção em comunidades indígenas guarani myya de São Paulo”

As apresentações focaram relatos de pesquisas, realizadas e em curso, vivências e impressões de campo, intervenções formais e informais no contato com populações de diferentes etnias, e aproximações (contato ou convivência com indígenas) mediadas (ou não) por reflexão teórica, militância, além de proposta de abordagem para mediação.

Duas questões me chamaram atenção e, de certa forma, polarizaram a discussão. A primeira sobre a qual irei brevemente discorrer foi a questão da pesquisa com populações indígenas e a apropriação que essas populações têm (ou não) dos resultados obtidos. Este ponto foi, sem dúvida, o mais polêmico, gerando discussão e conflito entre profissionais de diferentes áreas (disciplinas) ali representadas. O conflito, inerente ao humano, acabou sendo muito bem gerenciado pelos participantes, cada qual avaliando o peso de suas colocações durante o encontro.

A questão, entretanto, revelou um foco importante, trazendo à tona uma problemática antiga, mas que sempre merece destaque e que poderia ser resumida da seguinte forma, ao tratar a questão da pesquisa com populações indígenas (mas não somente com essas populações): (a) A questão histórica das pesquisas “pioneiras”, cujos frutos contribuíram nacional e internacionalmente, para um mapeamento, descrição e apresentação de etnias; É muito comum



que as populações estudadas em tais pesquisas desconheçam os resultados das mesmas, cuja contribuição maior parece situar-se no âmbito informativo, ou seja, o mundo (acadêmico ou não) passou a conhecer a existência de uma determinada etnia; (b) A questão das pesquisas “contemporâneas”, cujos frutos, além de aprofundarem os conhecimentos das pesquisas “pioneiras”, são apresentados às populações estudadas, que, desta forma, podem se apropriar dos resultados das mesmas.

No primeiro Colóquio, em março de 2007, pudemos ouvir dos indígenas muitas queixas em relação aos pesquisadores “pioneiros”. Na ocasião, havia um sentimento de “usurpação” por parte de alguns dos representantes das etnias presentes, marcadamente entre os kadiwéu do Mato Grosso do Sul, refletindo indignação por sentirem-se usados em pesquisas, cujos frutos, acadêmicos e ou financeiros, jamais conheceram, enquanto os pesquisadores usufruíam todo tipo de benefício. As queixas na ocasião recaíram maciçamente sobre profissionais da Antropologia porque, afinal de contas, são os antropólogos os que têm maior tradição de pesquisas nessa área com essas populações. Talvez, se a Psicologia tivesse tradição de pesquisar neste campo, fosse alvo do mesmo tipo de queixa. Felizmente, não tem. Essa questão, entretanto, ainda se trata de um viés que não é exclusivo da Antropologia, mas, sim, da maneira como a pesquisa científica é encaminhada nas Ciências Humanas de maneira geral. Há, evidentemente, abordagens metodológicas que podem reduzir ou mesmo “evitar” esse tipo de impacto.

Durante o encontro, um mal-estar eclodiu quando esta questão foi apontada, ainda que promovido por uma generalização precipitada na fala de um dos apresentadores, fruto de sua vivência. O fato pareceu ter sido bem elaborado pelos presentes, mas evidenciou algo que é bastante comum no âmbito disciplinar da ciência, sobretudo quando duas áreas muito próximas debruçam-se sobre um mesmo objeto. No meu entender, reflete um cuidado fundamental que a Psicologia deverá tomar ao entrar neste “campo” de estudo.

Neste sentido, a postura transdisciplinar, descrita na Carta da Transdisciplinaridade e presente no espírito dos participantes ao debate, poderá ser de grande valia, contribuindo para aproximações desarmadas e imbuídas do rigor e da clareza necessárias para que a Psicologia e os psicólogos possam se incluir no trabalho com as populações indígenas com o respeito e a reverência que elas demandam. Fato que evidentemente já acontece, não apenas no âmbito da Psicologia, mas também no da Antropologia e certamente no de outras ciências que se debruçam sobre esta questão. O que importa aqui é salientar que existe um referencial que pode ser utilizado como princípio norteador e pode facilitar sobremaneira o necessário diálogo.



A outra questão abordada e, no meu modo de ver, muito relevante, ligada à atuação do psicólogo ou do “profissional da subjetividade” (seja ele psicólogo ou não), subjaz à questão da pesquisa científica. Tratou-se, pois, da mediação transcultural, ou da interface que necessariamente deve ser criada (e que possivelmente já exista no âmbito da antropologia?) para que os povos indígenas possam usufruir alguns benefícios da sociedade envolvente (por exemplo, na recuperação da saúde, como foi mencionado) sem que com isso percam a relação com sua cultura. Ou, ainda, que os elementos culturais fundamentais possam ser compreendidos e respeitados, ainda que possam ser “contrários” ou mesmo conflituosos para nossa sociedade.

Na verdade, talvez fosse melhor dizer que, além disso, em muitos casos, é necessário dizer o contrário, ou seja, como o indígena pode recuperar o vínculo com sua cultura apesar da intervenção nem sempre benéfica (mas às vezes necessária) de seu contato com a sociedade envolvente. Novamente os princípios transdisciplinares poderão atuar como mediadores, ou norteadores, na relação entre profissionais e disciplinas, conforme consta do documento já mencionado. Em síntese, a discussão girou em torno desses dois eixos: um, que apontou para os necessários cuidados que devem ser tomados na pesquisa científica, e outro, que apontou para a um importante papel que o psicólogo pode ter na mediação da subjetividade do ponto de transcultural.

Maio de 2008

Encontro Multiprofissional de Atenção aos Povos Indígenas - Santos, SP
“Um Incipiente Diálogo Transcultural”

Frente a uma pequena plateia de psicólogos e profissionais da área da Saúde, realizou-se em Santos, em 8 de maio de 2008, o Encontro Multiprofissional de Atenção aos Povos Indígenas. O índio, filósofo, teólogo e acadêmico de Direito, Eurico Sena Baniwa, que atua na área de Marketing em São Paulo, contou sua trajetória, como aprendeu português aos 12 anos e conseguiu se adaptar à sociedade envolvente sem perder suas raízes amazônicas. Ao contrário, além de estar perfeitamente adaptado à sociedade branca, falando um português corretíssimo, contou de sua etnia, baniwa, com elementos de sua cultura material, cocares e objetos de adorno pessoal. Falou também da preocupação com a adaptação de seus parentes à cultura branca, mostrando-se particularmente alarmado frente ao suicídio de um amigo que estava aparentemente adaptado à cultura envolvente.



Eu tive a honra de dividir a mesa com Eurico. Abordei, uma vez mais, a questão da transdisciplinaridade e como ela poderá auxiliar a Psicologia em seu diálogo com as tradições indígenas, destacando as diferenças na forma de abordar a realidade. A sociedade envolvente de características ocidentais tem um foco mais centrado num olhar lógico-epistêmico, enquanto que as tradições originárias olham a questão com um enfoque mais centrado no mito-simbólico.

Com o objetivo de propor a adoção de uma postura de abertura, liberdade e amor, a transdisciplinaridade se apresenta como abordagem epistemológica que não privilegia nenhum tempo ou espaço como correto por excelência. No seio desta proposta, o sagrado é resgatado como um elemento paradoxal que confere unidade à realidade, ao mesmo tempo em que, sua compreensão como nível de realidade possibilita um novo modo de olhar para as práticas, em diferentes áreas do conhecimento, pois atua por meio da religação de saberes, construindo uma teia de diálogo e interação. Desta forma, propicia um novo olhar, mais abrangente e flexível para o diálogo com a questão indígena.

Novembro de 2008

Colóquio Psicologia e Antropologia - São Paulo, SP

"Rumo à Interdisciplinaridade"

Em 28 de novembro de 2008 o Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas do CRP SP realizou mais um colóquio visando a aproximação da Psicologia com a questão dos povos indígenas. Na oportunidade, foram realizadas duas mesas-redondas. Pela manhã, sob a coordenação da psicóloga conselheira Lumena C. Teixeira e com as participações de Helena S. de Biase, gerente de projetos da Funai, e de Rinaldo S. V. Arruda, professor da PUC-SP, tivemos a mesa "Antropologia, Saúde e Povos Indígenas", que tive o prazer de acompanhar e a partir da qual produzi esta reflexão.

O professor Rinaldo iniciou a apresentação trazendo elementos fundamentais para nossa reflexão. Sua fala chamava atenção para o tipo de enfoque que é dado à Saúde, que, como área do conhecimento, sempre reflete uma cosmovisão compartilhada por uma cultura. Isso é extremamente importante e, não raro, origem de muitos mal-entendimentos culturais. Helena de Biase, por sua vez, apresentou a interessante pesquisa realizada pela Funai com 1% da população indígena brasileira, tratando de diversos temas, dentre eles, a questão da educação ocidental e tribal, bem como das perspectivas de valores inter-geracionais nas diferentes etnias pesquisadas.



No que diz respeito à cosmovisão, evidentemente a dos povos originários difere da cosmovisão da sociedade ocidental envolvente, mas nem sempre isso é levado em conta. É claro, também, que as cosmovisões indígenas difiram entre si, mas elas comungam de uma mesma perspectiva paradigmática sob a égide de um paradigma de conjunção, onde o sagrado, o humano e a natureza encontram-se completamente integrados. Nós, ocidentais, como diria Edgar Morin, de quem tomo estes conceitos, vivemos sob a égide do “Grande Paradigma Ocidental”, que promove uma redução ou, na melhor das hipóteses, uma disjunção das diferentes instâncias que compõem a realidade que, em termos bem simplificados, nos leva a ter diferentes abordagens para compreender uma mesma questão: uma abordagem para a saúde física (biológica) e uma abordagem para saúde mental (psicológica), apenas para citar dois exemplos, que podem atuar de forma distinta. Felizmente, vivemos hoje em tempos em seu se busca a “religação dos saberes”, o que nos possibilita uma atuação em equipes multiprofissionais com enfoques interdisciplinares. Nas culturas originárias, a cura é intermediada por um mediador, cuja formação não se deu no campo lógico-epistêmico (acadêmico), mas no campo mito-simbólico ou mesmo místico (psicológico-religioso), conforme classificação de Augusti Coll, um teórico da transdisciplinaridade. Assim, os curadores nativos têm uma formação “tradicional”, “ritualística” e, não raro, são versados em tratamentos fitoterápicos. Desta forma, para os povos nativos temos o xamã, o curandeiro ou, talvez fosse mais acertado dizer, o pajé. Embora haja diferenças entre essas funções, o elemento transdisciplinar presente em todas elas implica numa compreensão da saúde a partir de seus elementos intangíveis, transpessoais ou transcendentais e – por que não dizer? – psicoespirituais, refletindo uma dimensão sagrada que é indissociável da racional nessas culturas, o que lhes atribui uma característica de integralidade.

Por sua vez, os curadores do ocidente têm uma formação estritamente racional, acadêmica, fundamentada exclusivamente num nível lógico-epistêmico altamente especializado. Em nossas visões reducionistas toda a saúde é olhada por essa perspectiva de fragmentação sob a ótica da “disjunção”, que separa a realidade em vários Níveis de Observação. A nós, psicólogos, cabe a área de Saúde Mental, enquanto outros profissionais tratam da Saúde física. Será que é possível lidar com essa abordagem com as populações indígenas? Onde ficam os saberes tradicionais da cultura? Será que há uma tendência a julgar os saberes tradicionais como inferiores ou primitivos?

Embora centrados no paradigma lógico-epistêmico, nós, psicólogos, sabemos



bem o que esse tipo de julgamento pode significar. Pois não é raro que nossos conhecimentos sejam alvo de críticas de profissionais de outras formações, como, por exemplo, pelos médicos. O próprio Freud enfrentou esse tipo de discriminação em sua época, e lembremos que ele também era médico! Por isso, temos que nos acautelar para não repetirmos com os saberes indígenas esse tipo de equívoco. Em nossa sociedade, a dimensão sagrada, no que diz respeito à cura, está praticamente banida ou à cargo dos não-acadêmicos, dos religiosos, sacerdotes, sendo amplamente desvalorizada, é claro, muitas vezes vista como falaciosa.

Felizmente, hoje já temos a Medicina Complementar, cujas técnicas vêm sendo cada vez mais reconhecidas como eficazes. Esta abordagem resgata as técnicas tradicionais. Veja-se a cromoterapia, por exemplo, que recentemente foi reconhecida pela OMS como eficaz. Está ocorrendo também a proliferação de novos cursos de bacharelado, como os de Naturologia e Naturopatia, cujos enfoques estão quase que exclusivamente ligados a um resgate dos saberes tradicionais de cura e de outros que apontam para os aspectos sutis ou transcendentais da existência. Os florais, por exemplo, que não são “medicamentos, pois não têm princípio ativo”, apenas um princípio sutil que reside exclusivamente no campo da espiritualidade ou do sagrado, têm sido usados cada vez com mais frequência, a ponto da Escola de Enfermagem da USP já os ter adotado em cursos de especialização.

Voltando às apresentações, a pesquisa apresentada por Helena deixou claro que o problema do álcool e das drogas confirma-se como uma das maiores ameaças a essas populações, num reflexo inequívoco do enfraquecimento cultural. A imposição da educação formal ocidental constitui um grave problema, pois cria expectativas não atendidas principalmente pelas incapacidades governamentais em atender à demanda, ainda que se tenha avançado muito no governo Lula, como afirmou a palestrante. Por meio das programações decadentes e invasivas da TV, valores equivocados têm entrado cada vez mais aldeia a dentro. Neste quesito, uma colega da plateia foi bem feliz ao lembrar que não só os indígenas sofrem com as mídias invasivas e questões afins, nossa sociedade também sofre, sobretudo nas questões ligadas ao consumismo. Neste sentido, os indígenas estão melhores que nós, pois eles têm valores que podem ser resgatados, mas e o resto da população, que resgate poderão fazer? Assim, no que diz respeito aos nativos, temos a desunião das comunidades, onde os jovens têm dificuldade em ouvir os velhos e vice-versa, promovendo o enfraquecimento das lideranças. E por aí vai...



Gostaria de lembrar o 8º artigo da Carta da Transdisciplinaridade:

Artigo 8º

A dignidade do ser humano também é de ordem cósmica e planetária. O aparecimento do ser humano na Terra é uma das etapas da história do universo. O reconhecimento da Terra como pátria é um dos imperativos da transdisciplinaridade. Todo ser humano tem direito a uma nacionalidade; mas com o título de habitante da Terra, ele é ao mesmo tempo um ser transnacional. O reconhecimento, pelo direito internacional, dessa dupla condição - pertencer a uma nação e à Terra - constitui um dos objetivos da pesquisa transdisciplinar.

Eu diria que os nativos têm uma tripla condição, pertencem a um povo tradicional, a uma nação e são também habitantes da Terra. Bom isso eles sempre souberam, não é verdade?

Uma coisa parece haver concordância: estamos num estágio onde não há mais retrocesso. Não é mais possível pensar que alguém possa preterir de muitos elementos da cultura ocidental. Aliás, o Rinaldo lembrou muito bem que nenhuma cultura que teve contato com o branco quer voltar a viver sem muitos dos confortos por nós produzidos. São questões pós-modernas que não podem ser esquecidas.

Vivemos em tempos “velozes”, penso ser esta a palavra-chave. Como lidamos com a velocidade das mudanças, dos conhecimentos, da interpenetração cultural? Penso que a Psicologia possa ajudar na assimilação de uma cultura pela outra, ao lidar com “choque cultural”. Estes são alguns dos desafios que se apresentam ao psicólogo no trato com a saúde dos povos indígenas. Por isso, volto a enfatizar a importância da transdisciplinaridade na intermediação deste diálogo de aproximação, visto que esta abordagem científica está preocupada em religar saberes, relativizar pontos de vista. Chamo uma vez mais atenção para os Artigos 10º e 11º da *Carta da Transdisciplinaridade*:

Artigo 10º:

Não existe um lugar cultural privilegiado de onde se possam julgar as outras culturas. O movimento transdisciplinar é em si transcultural.

Artigo 11º:

Uma educação autêntica não pode privilegiar a abstração no conhecimento. Deve ensinar a contextualizar, concretizar e globalizar. A educação transdisciplinar reavalia o papel da intuição, da imaginação, da sensibilidade e do corpo na transmissão dos conhecimentos.



Esses aspectos, penso eu, devem ser princípios adotados por nós, psicólogos, no trato com as comunidades nativas e sinto que é sob essa perspectiva que nosso GT tem se pautado na abertura dos canais que possibilitaram aos que assim desejarem uma atuação respeitosa e reflexiva com nossos irmãos nativos. Imperdoável foi o fato de que não pude estar na mesa realizada no período da tarde.

Maio de 2009

Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia

e Povos Indígenas - São Sebastião, SP

“A Complementaridade do Disciplinar e do Interdisciplinar”

Durante todo o dia cinzento de chuva, as ondas açoitaram com força a praia de Boiçucanga (cobra de cabeça grande, em tupi-guarani), onde, abrigados numa “oca” da prefeitura de São Sebastião, realizou-se o primeiro evento da série Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas, programado para 2009. Estiveram presentes aproximadamente 50 pessoas, entre psicólogos, nativos guarani e profissionais de diferentes áreas.

No período da manhã, os trabalhos foram iniciados com uma mesa de abertura composta por representantes das autoridades locais e lideranças do povo guarani, sob a coordenação da conselheira Lumena C. Teixeira, que numa breve fala introdutória resgatou o caminho traçado pelo GT Psicologia e Povos Indígenas do CRP SP até aquele momento. Após as tradicionais saudações de boas-vindas e considerações sobre a importância do evento, uma nova mesa foi composta, agora com a antropóloga Vanessa Caldeira e o psicólogo Cláudio Loureiro, sob a coordenação de Cilene Apolinário.

Foi muito interessante observar o conteúdo disciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar nas falas dos presentes e é sob essa ótica que faço esta reflexão.

Do ponto de vista interdisciplinar, Vanessa, iniciou a conversa e, apesar de bastante jovem, nos contou de sua longa trajetória de trabalho com os povos indígenas e de seu atual trabalho na Casai São Paulo, onde compartilha com colegas de outras áreas, uma psicóloga e uma pedagoga, a atenção aos povos indígenas de diferentes etnias. Neste relato, pode-se perceber com clareza importantes elementos de troca interdisciplinar. A palestrante, por mais de uma vez, mencionou a profícua troca que ela e sua colega psicóloga Joana Garfunkel, vêm realizando, demonstrando o melhor do espírito interdisciplinar.



A antropóloga e a psicóloga têm trocado muito em termos metodológicos, um aspecto refletido com clareza na valorização que Vanessa faz do aprendizado que tem nesse contato, situando a *escuta ativa* como um ponto de interseção entre as áreas. É importante ressaltar que uma das características mais marcantes da interdisciplinaridade é exatamente a troca metodológica que existe entre as disciplinas. Assim, pode-se observar a escuta na dimensão antropológica no que diz respeito à cultura, à memória de grupo e na psicológica quanto à individualidade e a memória pessoal.

A palestrante ressaltou também a importância de reconhecermos a história da dominação, para que a relação dominador-dominado possa ser rompida, apontando para um dos aspectos mais importantes da transdisciplinaridade contido no décimo artigo da *Carta da Transdisciplinaridade*:

Artigo 10º:

Não existe um lugar cultural privilegiado de onde se possam julgar as outras culturas. O movimento transdisciplinar é em si transcultural.

O psicólogo Cláudio, com quem tive o prazer de trabalhar por um breve período, no início de nossas carreiras, nos trouxe uma reflexão disciplinar do olhar da Psicologia com traços marcadamente junguianos sobre a questão do uso abusivo do álcool e drogas. Destacando o caráter quase epidêmico que a questão assume na contemporaneidade, transcendendo as fronteiras culturais e sociais, apontou a importância da ética no trabalho de recuperação das pessoas afetadas por essa questão, ressaltando o fundamental lugar da *escolha* como possibilidade de recuperação. Num discurso mais acadêmico, porque lido, com elementos quase poéticos, apontou o enfraquecimento dos valores como um dos elementos que merecem destaque na questão abordada.

No período da tarde, na Subsede Vale do Paraíba e Litoral Norte do CRP SP, teve lugar a reflexão grupal a partir do texto disparador *Rede de Atenção aos Povos Indígenas*. As lideranças nativas, todos da etnia guarani, que representavam as aldeias da região, distribuíram-se nos três grupos formados.

No grupo onde estive, o representante era o vice-cacique Celso, de uma das tribos da região. Esse grupo era formado maciçamente por psicólogas que vieram para o evento por interessarem-se pelo tema, a partir da divulgação feita pelo CRP. Estava presente também a palestrante Vanessa, antropóloga. No melhor espírito disciplinar, as colegas fizeram de pronto a pergunta que não queria calar ao nosso convidado nativo: “Como podemos ajudar vocês na aldeia”? Vanessa, com sua sensibilidade interdisciplinar, tentou iniciar a



conversa com um *approach* mais psicológico. Ninguém ouviu, tão interessados que estavam em ajudar nosso convidado, que, por sua vez, pressionado pela pergunta, já saiu respondendo sem ter claramente entendido a questão.

Então, caminhamos para trás, nos apresentamos e procuramos esclarecer o que era a Psicologia e quem eram os psicólogos, intermediados por Vanessa, que já conhecia bem a aldeia, e o Celso. A Psicologia pode ser mais bem situada entre a função do pajé, que cuida da saúde, e a de um conselheiro (ancião), que cuida da educação. Recorrendo a uma explicação corporal, com uma das mãos tocando a cabeça e a outra, o coração, Vanessa explicou ao Celso como um psicólogo poderia atuar junto à sua comunidade. Isso evidenciou uma diferença importante que existe entre cultura nativa e cultura envolvente, conforme já mencionei anteriormente. Nós estamos muito acostumados a lidar com uma dimensão lógico-epistêmica, enquanto os nativos, com uma dimensão mito-simbólica. Então, a conversa fluiu com maior clareza.

No final, todos os grupos apresentaram suas reflexões, ainda muito no campo da intenção, mas já com alguns reflexos para o desenvolvimento de ações, que, evidentemente, só serão efetivadas com o tempo.

O evento foi encerrado no melhor espírito transcultural: fizemos uma dança circular ao som de uma flauta andina e ouvimos uma canção guarani.

Junho de 2009

Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas - Itanhaém, SP
“Exercícios Transculturais e Pesquisa Disciplinar”

Durante todo o dia cinzento de chuva, as ondas açoitaram com força a praia de... Não, isso não é uma repetição do texto da reflexão anterior, quando se deu o Encontro Interdisciplinar em São Sebastião. É que parece que Tupã, o trovão, resolveu sempre aparecer nos encontros dos psicólogos sobre os povos indígenas... Será isso um bom ou mau augúrio? Bem, vamos nós novamente:

Durante todo o dia cinzento de chuva, as ondas açoitaram com força a praia de Itanhaém, palavra tupi que significa “pedra que chora”. Esse choro, aliás, é provado pelo açoitar das ondas nas pedras fazendo, digamos assim, um “*nhe-nhe-nhém*”, ou um *Ita-nhaém*. Assim inicio estas novas reflexões sobre o Encontro de Itanhaém, realizado no dia 26 de junho de 2009, que gostaria de compartilhar com os colegas.

Iniciamos com um muito bem-vindo café da manhã, após uma saída de São Paulo na madrugada. Éramos poucos ao chegarmos, mas logo já havia



aproximadamente 60 pessoas, entre psicólogos, profissionais da saúde, educadores, antropólogos, estudantes e até um advogado!

As apresentações daquela manhã foram bastante emblemáticas, comandadas pela conselheira Beatriz Beluzzo, da Subsele Baixada Santista e Vale do Ribeira do CRP SP. Iniciadas pelo médico de origem Argentina, com formação em Etnopsiquiatria e Antropologia Médica, Carlos Coloma, que atua como técnico do Ministério da Saúde; e pela pesquisadora, educadora, profunda conhecedora da cultura guarani a antropóloga Maria Dorothea Darella.

Coloma foi quem iniciou os trabalhos. A forma escolhida para realizar sua apresentação por pouco não foi arqueológica, pois ele utilizou uma ferramenta quase extinta no campo das apresentações em eventos: um bom e velho *flipchart*. Nele, traçou alguns esquemas para orientar sua rica fala, que conteve tudo, menos um caráter de “epidemiologia de intervenção”, para desespero de um de nossos participantes, médico, ávido pelo assunto, visto que o palestrante era também epidemiólogo de formação. Seu tom, entretanto, foi mais inclinado para a Antropologia, assumindo um caráter claramente inter e transcultural, constatado, também no idioma da apresentação, que foi o espanhol.

Iniciou enfatizando um elemento-chave para o diálogo intercultural, ao salientar que as pessoas imersas numa determinada cultura têm a tendência a verem sua própria cultura como sendo superior às demais. Isso se constitui em grave equívoco, pois, assim como peixe é inconsciente quanto à água que o cerca, as pessoas podem ser inconscientes, como normalmente o são, da maravilhosa diversidade cultural que abunda no planeta, estando centradas apenas em sua própria cultura. Isso faz com que julguem culturas diferentes a partir de seus próprios referenciais. Essa é, aliás, a história do contato com os indígenas, não é verdade? Não é por acaso que a *Carta da Transdisciplinaridade* enfatiza em seu artigo 10 a importância de que “não existe um lugar cultural privilegiado de onde se possam julgar as outras culturas. O movimento transdisciplinar é em si transcultural”. Perdoem-me por ser repetitivo, mas nunca é pouco que esta questão seja enfatizada.

Coloma apontou um item (trans)cultural fundamental: a “questão do território” (do espaço), destacando como para nós, da sociedade envolvente, essa questão perde relevância, visto que nosso território muitas vezes se restringe a uma habitação de poucos metros quadrados. Para os povos originários de qualquer etnia, o território é fundamental e se constitui num elemento espiritual e sagrado! Aliás, para todos nós, só que não nos damos conta disso.

A transdisciplinaridade entende que as culturas refletem Níveis de Realidade que fornecem explicações completas para o conjunto da realidade. Neste sentido, é



fundamental que se tome consciência dos limites culturais, um ponto apontado pelo palestrante, fundamental para a circunscrição das questões ligadas à identidade. Qualquer projeto identitário, destacou, reflete uma cosmovisão, uma concepção sócio-político-ideológica que funda, por assim dizer, a territorialidade. Para o índio, a terra é, pois, o que em transdisciplinaridade denomina-se zona de não-resistência, um espaço “sagrado” entre os mundos superiores e inferiores que cada cultura preenche com rica mitologia. O conhecimento dos limites, ou seja, da resistência do outro, reforça a identidade salientando as fronteiras do território.

Após essas colocações transculturais, o palestrante inclinou-se num mergulho intra e intercultural destacando elementos do povo maia, asteca, bem como da cultura guarani. Em sua reflexão, transparecia o problema do julgamento intracultural, quando uma cultura julga a outra a partir de sua própria perspectiva. Isto pode ser visto como fonte de inúmeras conclusões desastrosas, ao explicar uma dimensão de outra cultura (nível de realidade) sem que fosse feito o necessário exercício transcultural. Neste sentido, a questão do suicídio na cultura guarani pode assumir uma visão completamente distorcida se julgado sem a necessária mediação transcultural. E, assim, concluiu sua rica apresentação salientando a importância do mergulho inter e transcultural para a compreensão do outro.

A professora Dorothea, por sua vez, nos falou da complexidade (um dos pilares da transdisciplinaridade) ao explorar de forma disciplinar seus estudos sobre a cultura guarani. Aliás, saudou a cultura e seu representante presente, de forma particularmente reverente. Assim como a louvável iniciativa do CRP na promoção do diálogo. Munida de volumosos estudos e muitos apontamentos, apresentou-nos o olhar do pesquisador, o olhar do antropólogo profundamente comprometido com sua disciplina no estudo da complexidade da cultura.

Iniciou com uma apresentação de fotos, levando-nos à ambiência de uma aldeia guarani. Um mergulho visual na cultura, de diferentes aldeias de Santa Catarina. As dimensões da roça, cujas sementes são “verdadeiras”. A cestaria e a escultura, nas quais se pode observar a subjetividade de diferentes artistas. O território é o “segundo mundo”, aspecto não exclusivo para o povo guarani. Assim, salientou a dificuldade do povo em lidar com a demarcação de terra, aspecto que quase chega a profanar a cosmologia desse povo. Falou também de como uma cultura pode permear a outra sem que uma seja absorvida pela outra.

De repente, o papel de pesquisadora cedia lugar ao de educadora, quase militante (?). Enfatizou o projeto encaminhado ao MEC para a formação de



um curso superior em licenciatura para que os povos originários possam ter, de fato, a respeitabilidade e autonomia preconizada na Carta Magna, por meio de sua educação escolar.

Mas a pesquisadora, frente ao desafio do complexo, não conseguiu concluir, pois o tempo tornou-se seu inimigo.

Então, vieram as perguntas. O advogado quis saber como os guarani compreendiam e lidavam com o estado de direito. A liderança presente, Luiz Karaí, destacou a apropriação que os guarani têm feito de seus direitos. O médico trouxe uma proposta para redução de impactos epidemiológicos. Mas foi o estudante de Psicologia, Leandro, quem formulou a questão mais contundente a meu ver: “Como lidar com a espiritualidade, que tem valor constitucional para as culturas indígenas, frente a uma ciência psicológica que não afirma sua relevância”?

“– Rompendo com a linearidade do pensamento.” Foi uma das respostas. E eis que vejo novamente a abordagem transdisciplinar despontando como uma possível saída!

Assim, findou-se uma manhã introdutória de maneira absolutamente rica, dando lugar a uma tarde plena de reflexões que compuseram o primeiro documento de referência para os psicólogos.

Outubro de 2009

Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas - Tupã, SP

“Um Olhar Multidisciplinar para a Identidade”

Diferentemente do que se pudesse esperar, Tupã, o trovão, não apareceu na ensolarada cidade de Tupã, no Oeste Paulista, onde foi realizado o terceiro evento da série “Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas”, realizado no dia 2 de outubro de 2009. O que se viu foi um sol escaldante e uma temperatura de aproximadamente 35 graus, bem diferente dos encontros anteriores realizados no litoral com tempo chuvoso.

Nossos irmãos indígenas, vindos das diferentes aldeias da região, estavam a caráter, usando seus penachos e pinturas. Eram kaingang, krenak, guarani e terena, mais de 60 indígenas, muitos caciques, dentre os 85 participantes conclamados ao trabalho pela enfermeira da Funasa, Eunice, a partir das articulações dos colegas Elizabeth Pastore e Fernando Zanetti da Subsede de Assis do CRP SP, que, com primor, estruturou o evento organizado pelo GT Psicologia e Povos Indígenas.



Os trabalhos, como de costume, foram abertos pela conselheira Lumena Celi Teixeira, que fez uma longa e necessária explanação sobre os objetivos dos trabalhos, para que os presentes, principalmente os indígenas, pudessem compreender com clareza as razões de ali estarem.

Naquela manhã, tivemos duas mesas-redondas. A primeira foi iniciada pelo etnoarqueólogo Robson Rodrigues, que trouxe suas “Contribuições etnoarqueológicas para a construção da identidade ente os kaingang no Oeste Paulista”, abordando a questão a partir da materialidade da cultura e da importância do território para os povos nativos. Havia uma explícita preocupação em “devolver” para as comunidades presentes e estudadas por ele os resultados de sua pesquisa, que, entre outros itens, continha um detalhado mapeamento dos territórios indígenas da região visando sua ampliação futura.

Do ponto de vista transdisciplinar, a pesquisa apresentada pode ser compreendida pelo eixo da complexidade, ou seja, havia uma detalhada descrição da cultura material kaingang a partir da lógica que lhe é implícita. Isso possibilitou aos presentes a compreensão do conceito de beleza desta cultura, a partir do belo na confecção de cerâmica.

No resgate temporal que pode realizar, o pesquisador situou a ocupação kaingang como sendo claramente anterior à fundação do município de Tupã, que tem apenas 80 anos. Essa ocupação se deu pelas mãos do colonizador Luiz de Souza Leão, curiosamente fundador também do ativo Museu Histórico e Pedagógico Índia Vanuiri, onde fomos recebidos pela curadora, senhora Tamimi, com muita gentileza. A instituição abriga, entre outras, uma valiosa coleção de peças de cerâmica indígena estudadas pelo pesquisador. Essa importante personagem da história da região, índia Vanuiri, dá nome também a uma das aldeias da região. Aldeia com características multiétnicas, abrigando majoritariamente as etnias kaingang e krenak. Enquanto os kaingang são nativos da região, os krenak foram deslocados para lá posteriormente, ao serem expulsos de suas terras.

Robson, “o pesquisador em busca do diálogo transdisciplinar”, demonstrou como a construção da identidade étnica pode se dar pela ação da cultura e pode ser compreendida, resgatada, na materialidade da mesma a partir de pelo menos oito aspectos fundamentais: (1) pela agricultura no cultivo do tradicional “milho crioulo”; (2) pela produção de cerâmica; (3) pela demarcação de um território compatível com as necessidades da população que lhes possibilite a mobilidade, tão fundamental às culturas nativas para o acesso à caça e à pesca; (4) pelo artesanato de fibras com seus aspectos simbólicos; (5) pela valorização da língua e dos anciãos; (6) pelo intercâmbio com outras aldeias, pela “visitas aos parentes”; (7) pela necessidade de estruturação de um centro cultural



capaz de reunir todos os elementos dessa cadeia cultural; (8) e por aspectos que assegurem a sustentabilidade das comunidades.

A segunda a falar foi a historiadora Daniela, pesquisadora estreante em mesas-redondas, que abordou a construção da identidade a partir da relação interétnica entre os kaingang, krenak e terena. Resgatou o momento da transferência dos krenak para a região marcado pela imposição do antigo SPI (Serviço de Proteção ao Índio, órgão precursor da Funai), abordando também o deslocamento terena, como uma estratégia desse órgão para promover essa integração, pois esperava-se que a etnia pudesse ensinar aos kaingang a agricultura de modo a limitar seu deslocamento pelo território.

Assim, abordou a construção e a reconstrução das identidades falando da importância de se aprender “a ler o silêncio”. Abordou o processo de miscigenação entre as etnias e o resgate da “memória coletiva” dos “misturados”, como carinhosamente parecem se identificar aqueles que muitas vezes “escolhem a qual etnia querem pertencer. Contando de forma a ilustrar sua fala o caso de uma “defesa étnica” de uma pessoa que, de maneira simbólica, explicava a existência de índios pretos e de olhos verdes da seguinte forma: “índia negra teria sido concebida à noite, enquanto que a de olhos verdes teria sido concebida na mata...”. Terminou ressaltando que uma comunidade ganha membros quando o homem índio casa com uma não-índia e perde membros quando uma índia casa com um homem não-índio.

A terceira e última a falar foi a psicóloga Bianca Stock, que tem trabalhado com os kaingang e os guarani na região de Porto Alegre. Ela nos trouxe o relato do projeto “Saúde Mental e Saúde Indígena - Conviver para Melhorar a Vida”, nome escolhido pela comunidade para o projeto em questão. Falando em tom coloquial, de modo a se aproximar muito da plateia eminentemente composta por indígenas, demonstrou de maneira viva como a Psicologia, com seus saberes dialógicos, pode promover o protagonismo indígena. A intervenção relatada iniciou-se num daqueles flagrantes momentos onde a sociedade envolvente invade e destroça a cultura nativa, com aquilo que há de mais perverso na “integração do índio à sociedade branca”, ainda presente na contemporaneidade e tão falado pelos palestrantes anteriores. Na comunidade estudada, 70% das mulheres estavam tomando algum antidepressivo.

A violência abundava promovendo a morte de alguns de seus membros. As pessoas estavam isoladas em suas individualidades, recolhendo-se a medrontos em suas casas. Então, com saber próprio da Psicologia, se deu a “escuta” e dela se fez o “simposium”, sendo criada uma roda de conversa ao pé do fogão, numa refeição comunitária. No começo, eram apenas adultos e crianças, enquanto



os jovens olhavam desconfiados ao longe. Depois, esses também se integraram ao grupo, havendo um resgate do espírito comunitário tão fundamental para os povos nativos. Entre o “bolo de cinzas”, próprio da cultura tradicional da região, e o “bolo do dia dos pais”, próprio da cultura ocidental envolvente, o diálogo se fez de forma sutil e gentil. Aos poucos, a psicóloga e a Psicologia vão saindo de cena de uma forma sutil, como se nunca tivesse entrado...

A segunda mesa-redonda foi comandada pelo etnoarqueólogo Robson e reuniu algumas das muitas lideranças presentes. Darã, vice-presidente distrital, de terno e gravata “para poder introjetar os elementos da cultura branca de modo a poder enfrentá-la, como se faz tradicionalmente a se usar uma máscara para incorporar o espírito de um animal a ser caçado”, abordou a importância da luta por melhores condições de vida para os povos indígenas. Valorizou o trabalho realizado por Robson, afirmando que a Psicologia poderia contribuir muito para a construção da identidade indígena, porém ressaltou com veemência a importância de que essa entrada da Psicologia junto às comunidades indígenas seja muito cuidadosa, apontando para uma intervenção “ampliada” como sendo o papel desejável para a Psicologia na área indígena.

Depois, a palavra foi passada ao cacique ancião da etnia terena, Josoane, de 72 anos, 25 dos quais atuando como cacique. Esse conclamou os índios a assumirem seu papel como tal. Valorizou a importância do pajé e dos elementos religiosos de sua cultura abordando como a cultura envolvente seduz os jovens indígenas de modo a destruir suas referências tradicionais, sendo este um grande mal no qual a Psicologia talvez pudesse atuar. Na sequência o cacique krenak Gerson, da comunidade vanuiri, num tom profundamente cristão, falou de sua emoção e agradecimento pelo encontro em curso.

O terena Ranulfo apontou para a importância do desenvolvimento de lideranças, abordando também a questão do alcoolismo. Falou dos problemas enfrentados pela superpopulação de seu grupo que ficam confinados a território restrito, enfatizando a importância de trabalhos práticos, como o de Robson, que possam fazer a diferença. Trouxe a questão da valorização dos mais velhos como forma de honrar a memória. Terminou falando algumas palavras de gratidão em sua língua nativa.

A última a falar naquela manhã emocionou a todos. Foi dona Juraci, que começou afirmando já ter feito uso de antidepressivos. Nos contou que viveu nos tempos do SPI relatando que as pessoas “morriam de tristeza” porque não tinham mas a mata e o rio. Falando na língua de sua etnia, com visível emoção, expressou seu profundo agradecimento pelo evento que estava sendo realizado. Abordou também seus esforços para preservar a tradição, destacando as várias



peças presentes que haviam sido curadas com os recursos tradicionais. Um detalhe importante a ser mencionado é que Juraci não nasceu índia, tornou-se uma.

O período da tarde foi iniciado pelo terena Júlio, que apresentou um projeto que vem desenvolvendo para recuperação da mata ciliar. Depois dessa apresentação, passamos ao momento de diálogo com os presentes em busca das informações sobre como a Psicologia poderá contribuir para a criação de uma rede de atenção aos povos indígenas. Muitas foram as falas e uma vez mais pudemos constatar como é difícil o entendimento do papel de uma instituição como CRP, ocupado na criação de referenciais para atuação profissional.

Em síntese, foram apontados os seguintes pontos fundamentais para essa aproximação: (1) A necessidade de divulgação junto aos povos indígenas de seu direito de acesso ao SUS; (2) A necessidade de divulgação das possibilidades de ajuda que a Psicologia pode proporcionar às comunidades indígenas; (3) Houve um chamado dos professores indígenas para que a Psicologia possa atuar junto à Educação Escolar Indígena;

Muitos foram os avisos da necessidade de que a Psicologia tenha uma entrada cuidadosa nessa nova área de atuação.

O evento foi encerrado com um triste canto em honra aos ancestrais.

Entoado de forma bilíngue (na língua nativa e em português), uma homenagem dos parentes presentes ao autor, um rapaz que havia falecido recentemente. Todos se emocionaram muito. Particularmente emocionante foi o momento em que me despedi de dona Juraci, que do alto de sua sabedoria e simplicidade, afirmou que “iria sentir saudade, pois das pessoas boas a gente sente saudade...”

Novembro de 2009

Colóquio Psicologia e Povos Nativos: Um Encontro Transdisciplinar - São Paulo, SP
“A Teia Transcultural para a Sustentabilidade das Relações”

Desde 2006, o CRP SP vem promovendo ações que visam a interlocução da Psicologia, ciência e profissão, com os povos indígenas de sua região de abrangência, o Estado de São Paulo. Nesse trajeto, que se iniciou atendendo a um chamado dessas populações procurou-se manter um posicionamento ético-político baseado no respeito irrestrito às etnias contatadas, considerando suas lutas, e sua forma particular de ser e de viver.



Articulando uma parceria com a Funasa, o enfoque desse olhar acabou se dando prioritariamente na área da Saúde e, a partir daí, procurou-se estabelecer um diálogo com outras áreas de conhecimento, marcadamente a Antropologia, mas também a História, a Medicina e a Arqueologia, entre outras. Desta forma, nos foi possível, ao longo destes anos, aprender muito com a troca que se estabeleceu na relação multiprofissional, mas também, ou sobretudo, com a troca que pudemos ter com nossos irmãos indígenas nos inúmeros momentos em que nos emocionamos com a sensibilidade e profundidade de sua subjetividade cultural...

Pode-se observar os diálogos interdisciplinares entre psicólogos e antropólogos e outros profissionais, quando estes trocaram metodologias de forma a otimizar suas práticas. Mas também observaram-se – e viveram-se – os embates pelo poder, sejam eles entre as disciplinas, as correntes teóricas ou políticas. Tanto no meio acadêmico quanto junto às lideranças contatadas. Desta forma, foi um caminho que se procurou trilhar de forma cuidadosa. Não para remover as pedras, mas para com elas compor uma estrada de respeito à diversidade de opiniões e posicionamentos, sempre com foco na sustentabilidade para manutenção do bem maior, a vida.

E foi assim que, no dia 13 de novembro, na sede do CRP SP, na cidade de São Paulo, realizou-se o último encontro da série de colóquios previstos para 2009. Almejou-se ir além do interdisciplinar focando-se no transdisciplinar, portanto, indo além das disciplinas, sem, é claro desrespeitá-las, até porque o espírito transdisciplinar só se justifica em razão do disciplinar. Mas, como diria o professor Ubiratan D'Ambrósio, que esteve presente a uma das mesas: “indo além das gaiolas que podem cercear as liberdades”.

Toda esta iniciativa guardou inspiração também no melhor estilo “revolucionário” da grande psicóloga brasileira Madre Cristina, tão bem conhecida de muitos, especialmente do psicólogo Paulo Maldos, presente ao evento, que com ela trabalhou nos anos 1980.

Ao longo destes anos, defendeu-se que a transdisciplinaridade é um enfoque fundamental para que a Psicologia faça sua aproximação com as questões indígenas. Não porque ela queira apenas ir além, mas por considerar também aquilo que está *entre* e *nas* disciplinas. Seu espírito é o do respeito ao transcultural, transreligioso, transpessoal que, evidentemente, lhe são implícitos. A transdisciplinaridade considera que nenhuma cultura, nenhum conhecimento é mais do que outro. É sabedora que cada um tem o seu lugar na estrutura que compõe a realidade e, desta forma, dialoga com a sabedoria dos povos indígenas de igual para igual.



O evento foi iniciado pela conselheira Lumena Teixeira, que fez um resgate de toda a trajetória do trabalho do GT Psicologia e Povos Indígenas ao longo destes três anos de trabalho. Ressaltou as teses assumidas pelos psicólogos em seu Congresso Nacional que nos autorizaram a realização de todas estas ações. O CRP SP foi o pioneiro ao dedicar-se a estas questões.

Após essa apresentação fundamental, Lumena coordenou a primeira mesa-redonda, que reuniu lideranças indígenas do Estado de São Paulo: o guarani Luiz Karaí, representando as aldeias do litoral, e o tupi-guarani Darã, representando as aldeias do interior. Ambos já haviam participado de eventos anteriores. Foi incrível poder constatar como em tão pouco tempo houve uma grande apropriação por parte dessas lideranças sobre as possibilidades oferecidas pela Psicologia. O que nos primeiros eventos parecia algo distante para os indígenas, neste último encontro pareceu algo já carregado de sentido. Certamente isso pode ser compreendido como uma conquista.

Darã, novamente de terno e gravata, apontou a necessidade de serem incluídos nos debates os professores indígenas. Apresentou diferentes instâncias da cultura tradicional, como os rituais, o artesanato e a questão do território, apontando elementos nos quais a Psicologia poderia atuar, com destaque para a questão da estigmatização que os índios sofrem ao serem vistos pela sociedade envolvente como “vagabundos”. Lembrou também, no entanto, que não só os índios sofrem com isso, os negros também sofrem ao serem vistos como “ladrões”. Falou da grande tensão vivida na atualidade frente às incertezas governamentais no que tange à situação da Saúde Indígena e à permanência ou não da Funasa como órgão mediador. A primeira mesa terminou salientando esses importantes aspectos que constituem, sem dúvida nenhuma, elementos fundamentais para orientar as políticas públicas.

Tive a honra de coordenar a segunda mesa-redonda: “O encontro transdisciplinar das ciências com a realidade dos povos nativos e seu impacto nas políticas públicas”, composta por um indígena, uma antropóloga, um psicólogo e um matemático.

A representação indígena ficou a cargo de Marcos Tupã, da aldeia Krukutu, pois Kaká Werá lamentavelmente não pôde estar presente. A fala do indígena foi marcada pelas importantes conquistas no campo da política, a partir de sua atuação na Comissão Nacional de Política Indigenista – CNPI. Tratou também do delicado momento vivido na aldeia, pois, como eles não têm rio nas proximidades, o fato da bomba d’água do poço artesiano ter queimado com o apagão trazia inúmeros problemas para os 250 moradores que estavam



havia três dias sem água. Mas Marcos falou também de suas preocupações com a tradição, pois o serviço tradicional das parteiras conflitava com a prática dos partos feitos em hospitais.

Maria Inês Ladeira foi a palestrante seguinte. A antropóloga abordou importantes questões etnográficas da cultura guarani, salientando que os momentos de crise (psicológica) existem em todas as culturas. Apontou para a importância do respeito à visão integral e sincrética que muitas culturas tradicionais, como as indígenas, parecem possuir ao considerarem, por exemplo, a construção da identidade como um aspecto que se dá antes mesmo do nascimento. Destacou também aspectos da corporalidade nessas culturas para localização de algumas funções psíquicas que, portanto, são distintas de cultura para cultura. O sagrado foi abordado novamente ao salientar a importância do xamã nas tradições indígenas, pois é ele que orienta e diagnostica, atuando na mediação entre o mundo visível e o invisível.

Na sequência, tivemos a fala do psicólogo Paulo Maldos, que hoje atua junto à Presidência da República na promoção do diálogo com as comunidades indígenas. Foi ele, ainda, um dos articuladores dos encontros promovidos em 2004 que levaram o CFP a colocar a questão indígena na pauta de discussão dos psicólogos. Sua fala teve um tom político, da qual se pode destacar a importância do CNPI. Apontou para o crescimento histórico da população indígena, fato sem precedente na história do Brasil desde o Descobrimento! Falou também das importantes conquistas no que diz respeito à reconstrução étnica em curso no País. Falou da importante e necessária revisão do Estatuto do Índio, que remonta ainda à época da Ditadura Militar.

Um destaque muito importante foi dado para as novas subjetividades, quando relatou uma curiosa intermediação política que pôde presenciar quando o espírito de “Macunaíma” supostamente teria participado de uma negociação! Destacou a importância do respeito aos, pelo menos, 70 povos que ainda vivem isolados no território nacional, salientando que a melhor forma de respeitá-los é a do direito que têm ao não-relacionamento. Abordou o desafio que os três poderes da República têm no trato com os indígenas, apontando para a difícil situação vivida no Mato Grosso do Sul, onde se concentram os maiores índices de suicídio indígena do País. A responsabilidade da mídia também foi destacada, apontando-se à necessária crítica a uma subjetividade globalizante. Por fim, fazendo menção às conquistas dos indígenas na Bolívia, apresentou a importante noção do “bem-viver” como forma de harmonização das questões entre o ter e o ser.



Ao professor Ubiratan D'Ambrósio, importante figura da transdisciplinaridade no cenário mundial, coube a tarefa do fechamento da mesa. Tomando Freud como guia, fez observações transdisciplinares a partir do “pulsão de sobrevivência”, e sua base genética, e o “pulsão de transcendência”, e sua base ética. Destacou a fundamental importância da educação na manutenção da dignidade da condição humana que requer o equilíbrio entre essas forças constitucionais do humano. Advertiu para o cuidado necessário contra o fundamentalismo de qualquer tipo. Abordou a importância equânime da arte, da religião, da filosofia e da ciência na constituição do conhecimento para que este possa resgatar uma visão cósmica.

No período da tarde, o grupo discutiu as teses que serão encaminhadas ao VII Congresso Nacional da Psicologia, concluindo que as teses que estão em curso são ainda válidas para a próxima gestão.

Concluo este relato com a prece guarani feita na abertura dos trabalhos:

Nhanderu Tenonde

Oikua 'maway

Nhamandu jexaka reae

Oguero porandu

Jaguata aguã mombyry

Jaguata aguã mombyry

Que nosso Deus, o primeiro

com Sua sabedoria

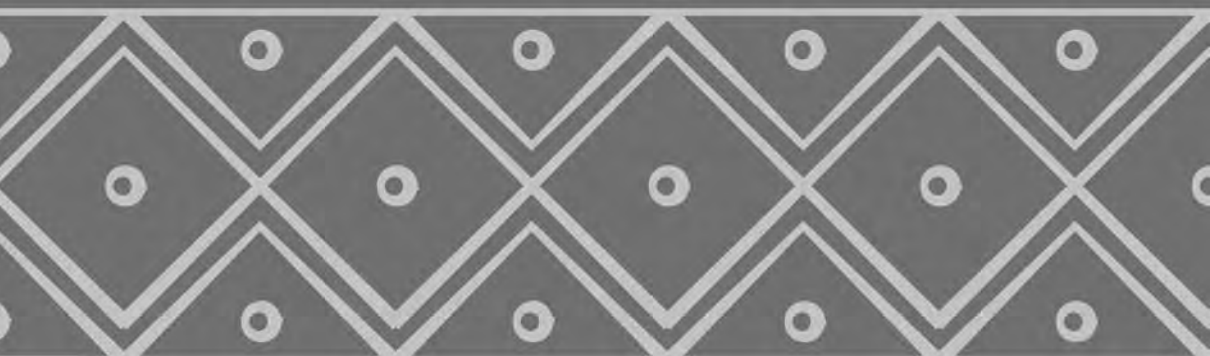
e com os raios do sol,

nos Ilumine

para caminharmos longe







manifestações de lideranças indígenas

introdução

Os depoimentos apresentados a seguir foram colhidos durante os eventos promovidos pelo CRP SP no período abordado por este livro. As manifestações das lideranças foram gravadas, transcritas, editadas de maneira a destacar trechos mais significativos e posteriormente revisadas pelos seus autores. Exceção ao primeiro trecho deste capítulo, que já foi produzido na forma escrita por ocasião da palestra proferida pelo autor em um dos primeiros eventos. Nos casos em que o autor participou de mais de um evento, reunimos seus depoimentos no mesmo tópico de forma a apresentar o conjunto dos seus posicionamentos.

Trata-se de um material muito rico e relevante, pois retrata a visão de lideranças de diversas etnias e regiões do estado de São Paulo com relação aos problemas enfrentados hoje pelas comunidades, os principais desafios e possibilidades de atuação para os psicólogos. Em síntese, configura-se como um bom ponto de partida para uma aproximação da Psicologia a esse campo.



Eurico Lourenço Sena

Indígena da etnia baniwa (alto Rio Negro, AM), bacharel em Filosofia e Teologia, cursa Direito; coordenador do Centro de Estudos Avançados das Nações Indígenas – NEAI (SP); gestor da Comissão Intersecretarial de Monitoramento e Gestão da Diversidade (Secretaria do Trabalho, SP); membro da Associação Indígena do Mérito Rio Negro – ACMIRN; membro do Núcleo de Estudos Jurídicos do Indígena (Unisal, SP).

A função social das reservas indígenas

Após a materialização, solidificação do Estado brasileiro e passado o projeto integracionista em relação aos povos autóctones, houve necessidade de delimitar o que se poderia definir como área pertencente a esses povos. Isso tudo por uma forma de limitar uma área, onde se sabia que havia povos clamados silvícolas, que não tinham um grande significado para os governantes. Por isso, essa área era apenas uma forma de identificá-los sem uma política social adequada.

Após um período de tempo, com o avanço da cultura canavieira e da soja, e com o surgimento da ilustre Transamazônica proposta pelo governo brasileiro para povoamento da Amazônia, dá-se início à disputa por terras. Até então as áreas indígenas eram insignificantes, pois não tinham um valor comercial e sócio-



ambiental que agora passaram a ser significado de terra indígena, trazendo com isso a nova categoria de indígenas donos de terras.

Atualmente, aqui no Brasil quando se fala em *Terras Indígenas*, tem-se claramente a definição e alguns conceitos jurídicos contemplados na Constituição Federal de 1988 e também na legislação específica, o Estatuto do Índio (Lei 6.001/73). A Constituição de 1988 consagrou o princípio de que nós indígenas somos os primeiros e naturais senhores da terra. Esta é a fonte primária do nosso direito, que é anterior a qualquer outro. Consequentemente, o direito da comunidade indígena a uma área determinada independe de reconhecimento formal.

A definição de terras tradicionalmente ocupadas por nós indígenas encontra-se no parágrafo primeiro do artigo 231 da Constituição Federal, que diz: *“são aquelas por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários ao seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições”*.

No artigo 20 está estabelecido que *“essas terras são bens da União, sendo reconhecidos aos índios a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes”*.

Não obstante, por força da Carta Magna, o Poder Público está obrigado a promover tal reconhecimento. Sempre que uma comunidade indígena ocupar determinada área nos moldes do artigo 231, o Estado terá que delimitá-la e realizar a demarcação física dos seus limites. A própria Constituição estabeleceu um prazo para a demarcação de todas as Terras Indígenas (TIs): 5 de outubro de 1993. Contudo, isso não ocorreu, e as TIs no Brasil encontram-se em diferentes situações jurídicas.

A partir desta nova concepção das terras indígenas, agora reservas indígenas, vale ressaltar que a concepção de reserva é uma condição *“sine qua non”* na vida social indígena, no que diz respeito à preservação ambiental e no que tange ao usufruto equilibrado e sustentável nos moldes culturais próprios. Enquanto que no Direito Ambiental, tem-se atualmente grande relevância desta terminologia, as comunidades indígenas já tinham um relacionamento sustentável com o meio ambiente.

A partir disso tem-se a dimensão da importância das áreas indígenas, no que diz respeito à preservação ambiental e ao uso equilibrado, que tem uma grande importância hoje, quando se reporta à necessidade de preservar e viver de forma sustentável.

Com isso, as reservas indígenas extrapolam os limites da delimitação



territorial, cumprindo um papel social fundamental para toda população, pois essas são parte de um patrimônio nacional e ainda oferecem um usufruto equilibrado da fauna e da flora.

Atualmente, com a corrida desesperada ante o aquecimento global, sobressai o valor e a colaboração das comunidades nativas para a ação social planetária, no tocante à preservação ambiental.

Sobre essa função social, a Constituição Federal é categórica, quando diz no Art. 186: *“A função social é cumprida quando a propriedade rural atende, simultaneamente, segundo critérios e graus de exigência estabelecidos em lei, aos seguintes requisitos:*

I - aproveitamento racional e adequado;

II - utilização adequada dos recursos naturais disponíveis e preservação do meio ambiente”.

Assim, pela realidade da maioria das reservas já demarcadas no Brasil, as reservas indígenas são as mais preservadas no que diz respeito ao meio ambiente, recursos naturais e biodiversidade, como por exemplo as reservas do Xingu, que ficam isoladas pelas plantações de soja e a do alto Rio Negro na Amazônia, região da maior biodiversidade do planeta. Por isso, conclui-se que as reservas indígenas por si só têm uma função social vital.

Integração entre culturas para enfrentamento de problemas

Eu diria, na verdade, que nós não temos problemas, eu sempre falo nas palestras que eu vou: “Eu estou feliz, eu me sinto bem aqui com vocês. E venho buscar isso, quero levar isso para eles entenderem nas comunidades indígenas também”. Então eu acho que nós estamos no caminho certo, vamos chegar a essa conclusão de que nós estamos vivendo no ano de 2008, não podemos viver nos anos 70 agora. Temos que conviver com os nossos problemas e criar soluções para enfrentá-los. Estamos aqui fazendo isso, então eu não posso lamentar, tenho é que agradecer a vocês.

Concepção de doença

A primeira coisa quando chegar em uma comunidade indígena, deve-se dizer: qual a concepção de doença? Como que vou conceber essa doença? Sempre quando eu converso com a minha mãe, ela fala assim: “Alguém, o Curupira ou alguma coisa, fez um sopro e está doendo aqui no ombro ou



estou sentindo uma dor aqui...”, entendeu? Aí, vem o médico. E eu tenho que dizer, que convencê-la primeiro e dizer, “Não, isso é uma doença que é por causa disso e daquilo, é uma gastrite e tudo mais”. Mas, antes de chegar ao médico eu preciso fazer uma intervenção cultural. E isso nós sabemos que é a nossa, digamos, medicina tradicional.

Ser ou não ser índio?

Estatuto do Índio diz que se você sair da aldeia, você não é mais índio. Eu fico brincando com eles então que uma hora eu sou índio, uma hora eu não sou, uma hora eu sou índio, uma hora eu não sou. Parece que eu estou brincando de ser e não ser índio. Enquanto que na verdade não existe isso, se você vai para os Estados Unidos, você é brasileiro lá e aqui, não importa... Eu tenho que me sentir bem trabalhando aqui numa empresa como consultor de marketing e me sentir bem lá na comunidade indígena, pescando, flechando, comendo peixe assado. Eu sou eu mesmo.

Eu acho que esse colóquio está trazendo questões importantíssimas para nós que estamos trabalhando, nós que estamos sempre ativos nas comunidades indígenas, percebendo essas necessidades. Nas comunidades, quando o menino tem uma educação que está totalmente ocidentalizada, então é natural, é normal que comece a adquirir novas culturas, novas formações, novas formas de ser. E quem vai me ajudar a... não é deixar de ser índio, mas fazer essa passagem para uma outra cultura, tentar fazer essa viagem do tipo transitar por duas culturas, quem vai me ajudar a fazer isso?

Suicídio entre indígenas: um problema que precisa de estudo

Para nós lá no Alto Rio Negro, entre os tucano e os baniwa, nós temos uma incidência de suicídios que não existia antes. Acho que não é uma questão de, sei lá, “eu quero morrer, vou lá e morro”, não. Tem que um psicólogo questionar o anterior a isso, por que ele chegou a isso? Por que ele não quer mais ser índio, quer dizer, porque que ele não quer mais continuar?



Maria das Dores da Conceição Pereira do Prado (Dora Pankararu)

Liderança pankararu, pedagoga, funcionária da Funai na Casai-SP, membro do Conselho Estadual dos Povos Indígenas (SP), componente do Núcleo de Educação Indígena da Secretaria de Estado da Educação.

Valorização da iniciativa

Participar deste primeiro momento promovido pelo CRP SP está sendo algo muito importante e diferente, percebi que outros setores, não somente a medicina, estão se voltando e percebendo que o trabalho não é somente na clínica que se resolve. O mais importante disso tudo foi sentir que a Psicologia está iniciando um trabalho não individualmente, pois estão procurando as pessoas coadjuvantes de todo o processo, os povos indígenas, para dar suporte no desenvolvimento do trabalho que se pretende desenvolver, a saúde mental. Acredito que toda essa preocupação vem pelo fato das comunidades indígenas estarem consumindo um alto índice de álcool, com isso estão aparecendo alguns dados estatísticos que assustaram os psicólogos, sendo assim poderão então pensar em como fazer algo para dar mais qualidade à saúde dos indígenas e passarem a entender quais razões levam os indígenas a essa determinada situação, já que os mesmos vivem dentro de diferentes contextos históricos e culturais.

Em conversas com alguns outros parentes, achamos de início que seria mais um grupo de profissionais nos avaliando, nos estudando. O que pensamos e esperamos nesse momento é que esse novo grupo de trabalho realmente esteja a fim de nos ajudar a encontrar um caminho, uma definição, já que solução é algo mais complicado de ser realizado. O que posso dizer para essa nova área de profissionais no momento, é que se empenhem e deem continuidade ao trabalho, já que o objetivo é ajudar a dar mais qualidade de vida a esses povos indígenas, ainda minoria no Brasil.

Breve histórico dos pankararu

O meu povo pankararu é de origem nordestina, localizada no estado de Pernambuco entre os municípios de Tacaratu, Petrolândia e Jatobá. Nossa área de origem é de 8.100 hectares, dividida em nove aldeias. A aldeia matriz é a aldeia Brejo dos Padres, na qual eu nasci e cresci. Temos em média 6.500 pessoas nessa área. Na década de 50, nós, pankararu, migramos em busca de sobrevivência e qualidade de vida, pela situação da escassez, seca e abandono dos poderes públicos em relação às comunidades indígenas do nordeste,



firmando-se um novo território no Estado de São Paulo, em especial na zona sul, bairro do Real Parque, na Capital.

Sofremos todo tipo de preconceito e discriminação possível, por conta da miscigenação que ocorreu com os indígenas do nordeste no processo de colonização, conforme já documentado por diferentes estudiosos e escritores. A Funai não queria nos atender como povo indígena, alegavam que estávamos fora da nossa área territorial. De outro lado, os parentes indígenas do interior de São Paulo também não nos aceitavam como povo indígena, mesmo sabendo com muito custo que nós éramos indígenas.

Em meio a tantos problemas, na década de 90 criamos uma instituição indígena, a Associação Indígena S.O.S. Comunidade Indígena Pankararu, existente até hoje, com a finalidade de buscar dentro dos setores públicos a garantia dos nossos direitos de indígenas, fora da área tradicional porém dentro do território nacional. Em meio de tantos processos e conversas com a Funai, a Procuradoria da República de São Paulo nos deu o direito de atendimento e assistência como outros indígenas do Estado recebiam. Para isso tivemos um grande apoio dos parentes indígenas guarani de São Paulo para que esse reconhecimento fosse realizado dentro dos setores, a partir de audiências públicas.

Após todos os acontecimentos e lutas em busca de maior qualidade de vida, do nosso reconhecimento como indígena no/do Estado de São Paulo, e ainda após a Saúde passar para a Funasa em 1999, também tivemos que nos reorganizar e hoje, no século XXI, garantir o atendimento à saúde conforme a Política Nacional de Saúde para Povos Indígenas.

Tradição como forma de resistência

Nós, pankararu, estamos sempre organizados segundo a nossa legislação, pois nos mantemos dentro do território nacional, mantemos nossas práticas cerimoniais religiosas, nossas danças e cantos, e mantemos as nossas crianças dentro da sua própria história, mesmo que até hoje o poder público não tenha se sensibilizado com nossa proposta de termos uma área indígena para o povo pankararu. Ainda nos mantemos em favelas, pela situação financeira precária.

Luta permanente

Considerando essa síntese histórica dos pankararu, acredito que existe algum pressuposto que leva o indígena à situação do alcoolismo ou qualquer outro caminho, pelo desespero e necessidade de sobrevivência. Por outro lado, ainda para fugir da difícil realidade, da forma precária de viver e morar em um lugar cheio de violência, entre outros diferentes fatores.



Posso dizer que meu povo briga muito para ter uma vida digna, mesmo morando em favelas. Precisamos que os setores de saúde e outros, nos atendam como qualquer outro povo indígena dentro do território nacional, sem qualquer discriminação ou preconceito, mas com respeito humano. Também somos filhos da Terra, somos indígenas e somos brasileiros, independentemente do poder do Estado.



Renato da Silva Mariano

Nome indígena: Uiramirim, “pequeno relâmpago”. Cacique da aldeia Pindoty, em Pariquera-Açu, representa o Vale do Ribeira no Conselho da Saúde local. Etnia guarani m’bya.

Psicólogos podem ajudar a lidar com o uso abusivo do álcool

A gente tem se preocupado muito com essa parte do alcoolismo porque a gente vê ao longo da história que essa dominação do alcoolismo vem de muito tempo, então há uma resistência muito grande e a gente vê como os antropólogos, que tem muita gente que trabalha com isso, com a etnia dos índios, nunca abordaram essa parte do alcoolismo. Eu acho que isso vem desde a época da invasão, contribuiu muito a influência do alcoolismo dentro da sociedade guarani. Então isso é uma coisa que a gente tem que trabalhar em conjunto com psicólogos, envolver os caciques, os pajés, porque na aldeia a gente tem os pajés que são como psicólogos formados, só que o alcoolismo é uma coisa que a gente não... ao longo do consumo a gente não... os indígenas, nós, eu vou falar a verdade, a gente nunca se preocupou em como combater, como evitar isso. E a gente tem a preocupação sim, da influência, da entrada do alcoolismo na aldeia, só que a gente nunca teve esse grupo de pensar com psicólogos, porque isso é de outra cultura, não faz parte da nossa cultura, só que está influenciando diretamente na cultura nossa. A gente tem que achar uma maneira de combater isso em conjunto, e de como falar à nossa etnia guarani, ela é muito grande, é uma população que ocupa uma área muito grande. Então, a gente tem uma dificuldade. Quando a gente pensa nessa parte, aí a gente tem que, primeiro, pensar, nós, caciques, como que vamos fazer com a ajuda de vocês, dos psicólogos, sentar e pensar em como isso vai ser trabalhado,



porque isso é preocupante para nós. Hoje eu sou uma liderança jovem ainda, mas eu já tenho essa preocupação, porque a gente tem várias formações dentro da aldeia, para formar outras lideranças, só que está ficando muito difícil hoje do jovem se interessar pela liderança, por que tem muitas facilidades da outra cultura, dessa sociedade, pela aproximação da cidade à aldeia.

A importância do respeito à tradição cultural e espiritual

Primeiro eu acho que hoje falta não sei se o respeito, ou de ver cada povo ser valorizado, porque nós, guarani, a minha formação eu comecei com treze anos e a espiritualidade do guarani me fez ser liderança e cacique. E todo tempo nós, guarani, a gente sempre pensou nessa parte da espiritualidade porque isso é que vai fazer de nós permanecer sendo o povo guarani, nós acreditamos muito nisso. Toda a cultura que envolve hoje a sociedade a gente respeita também, a gente não sabe, a gente não pode julgar a cultura da sociedade que está influenciando na nossa cultura. Ao longo da minha formação eu fui orientado por vários pajés, lideranças, e nós guarani é diferente, a gente não tem a formação da escolaridade, eu mesmo nunca estudei, eu acho que a maioria de nós aqui, Mariano, Celso, todos, a gente não tem a escolaridade. Só que a força da espiritualidade nos faz ser liderança, a gente dialogar, então isso é muito forte ainda hoje na sociedade guarani.

Contato intercultural, doença e a força da liderança

No final de abril eu viajei para os Estados Unidos, eu fui para Califórnia onde eu fiquei doze dias fazendo intercâmbio, fui para a Universidade, depois fui para áreas indígenas. Porque eu faço parte também da Comissão Yvy Rupa que a gente tem do Rio Grande do Sul ao Espírito Santo. Nessa Comissão, para cada evento a gente é indicado, e o meu nome foi indicado para um Fórum da ONU nos Estados Unidos, Nova Iorque. Só que eu viajei dia 30 para outro evento, e assim que eu voltei para cá, voltei dia 12 desse mês, eu cheguei e não me senti bem, não era gripe suína, mas não me senti bem. E aí eu fui para o pajé e ele falou que durante a viagem teve essa doença espiritual, então eu tinha que me fortalecer por meio da reza dele.

A minha viagem estava marcada para o dia 18 e aí o pessoal que apoia eles falaram: “Não, você tem que ir, tem que ir porque seu nome está lá no Fórum e não pode substituir”, porque já foi feito toda o processo de passagem aérea, o visto está no meu nome, eu falei: “Não, eu não vou...” então nessa hora a gente



tem que ver como que vai ser, você quer ser o índio ou pensar em outras coisas? O que aqui, nesse momento, eu vou valorizar? Será que é a minha viagem, da mordomia que eu vou ter lá, porque o pessoal falou assim que eu vou ter uma diária de duzentos dólares por dia, vou perder muita oportunidade boa, e aí eu falei: “Não, para nós indígenas, a gente não precisa de dinheiro para viver, eu vou respeitar o pajé porque ele falou, porque eu faço parte dessa cultura, eu faço parte desse povo”.

É nesse sentido que a gente vive, até hoje, se não houvesse necessidade de estar aqui ou falar em português, a gente nem falaria. A gente está aqui porque a gente precisa, há uma necessidade, por isso que a gente tem uma liderança, cacique, que se esforça para falar, porque português é muito difícil a gente falar, como o paciente falou para ele [psicólogo Cláudio Loureiro], “Seria muito bom que o psicólogo falasse na minha língua”. Tudo isso a gente tem que ver, encarar de uma forma conjunta, porque para vocês mesmos é difícil de entender a nossa cultura, isso é muito difícil, eu sei que é. Então isso eu acho que a gente só vai construir em conjunto e pra gente ter essa aproximação precisa dialogar, a gente explicar. E acho que isso vai levar tempo, é preciso haver paciência, porque a gente se esforça para levar a mensagem ou divulgar, explicar, e isso é muito importante.

Celso Aquiles Uiramirim

Liderança da aldeia Peguaoty, em Sete Barras. Uiramirim significa “pequeno relâmpago”. Etnia guarani m’bya.

União para lidar com o problema do alcoolismo

Também quero falar um pouco da minha preocupação, porque hoje o povo guarani existe muito, não só aqui no Brasil, mas até no Paraguai nós temos parentes guarani. Também eu vejo que hoje eu tenho 42 anos, então tem muitos jovens, tem muitos companheiros que já faleceram, já morreram por causa desses problemas trazidos pelo uso das bebidas alcoólicas, então eu vejo que a bebida alcoólica está mostrando que traz somente problemas. Porque agora existe também muita separação, traz muitos problemas em termos de famílias, então nós das lideranças sempre demos esses conselhos para os jovens e a gente tem isso de trabalharmos juntos com as demais lideranças, caciques, para que nós possamos resolver.



É difícil de controlar isso [o alcoolismo] somente nós, guarani, nós da liderança guarani, eu acho que nós temos que abraçar, temos que trabalhar juntos, como ele falou, os caciques de mais aldeias, para que nós possamos ajudar as pessoas que estão utilizando a bebida alcoólica. Então eu fico pensando, eu acho que é uma doença essa bebida alcoólica para quem consome, é uma doença, eu acho que nós sempre temos que dar um conselho às nossas comunidades, nossos jovens, e fazer esse trabalho seguir em frente.



Mariano Fernando

Liderança da aldeia Rio Silveira, em Boraceia. Etnia guarani m'bya.

Consciência, limpeza e higiene

Na aldeia do Rio Silveira, em Boraceia, nós temos um projeto de limpeza, higiene, nós tivemos essa parte. É difícil trabalhar em paralelo, levar os dois em conjunto, porque hoje não existe mais a alimentação orgânica, na época era mandioca, era milho, batata doce, então a casca era produto, era adubo, era orgânico. Hoje é lataria, você já não pode mais jogar que não se compõe na mata. Então nós trabalhamos com um projeto, nós falamos assim, “Nós vamos criar um grupo de limpeza dentro da área”, e o que aconteceu? Como a gente tem um grupo então as pessoas não se preocupavam de juntar lixo, não se preocupavam de jogar, porque sabiam que tinha um grupo limpando. Isso existe em qualquer comunidade, em qualquer sociedade existe isso. Então, o que a gente vai trabalhar agora é com outro jeito de projeto para que eles possam conscientizar, em primeiro lugar tem que conscientizar, trabalhar, explicar até eles entenderem. Para quem vem de fora, não entende como a política indígena funciona. Então hoje nós temos que trabalhar com política indígena, mas em conjunto, em paralelo com vocês. Porque hoje tem o vaso de lixo, mas quando eles pegam o pacote de plástico eles jogam fora em vez de colocar na lata de lixo, porque, por exemplo, se está comendo milho pode jogar no mato porque ele se decompõe, porque ele é adubo. Então, até colocar isso na cabeça, para falar assim: “Esse não se decompõe, não é adubo, tem que jogar fora”, até eles entenderem isso leva tempo, tem que trabalhar com a consciência.

Choque cultural: alcoolismo, consumo e tristeza

Desde a década de 50 que veio surgindo esse problema de alcoolismo para a população indígena. Por quê? Aí vem a pergunta: Por que isso está acontecendo com os povos indígenas? Até pouco tempo atrás, na década de 50, para fazer



amizade com o índio ele tinha que levar um litro de 51 [cachaça]. Isso não é amizade, para ter amizade tem que ter um diálogo, tem que conversar, não precisa o índio ficar bêbado para ele conversar. Eu fui formado representante dos povos indígenas desde os 15 anos, meu pai bebe, minha mãe bebe, eu não bebo, socialmente sim, não vou falar que eu nunca bebi, socialmente, porque eu entendo da parte de alcoolismo.

Às vezes as pessoas se assustam, “você é filho do fulano?”, “eu sou”, eu me orgulho de ser o filho de fulano, mas eu não faço parte, entendeu? Então, até o consumo de álcool vem a partir do momento que ele acredita que é minoria, quando vai na cidade vê uma coisa que ele não conseguiria ter aquilo. Isso também vem na cabeça do índio, fala assim “por que o branco tem e eu não tenho?”, então bate aquela tristeza no coração dele e ele vai por esse caminho. A própria cultura hoje tem que conversar muito, ter muitos conselhos com o próprio pajé e demais conselheiros. Porque isso vem pela força da mente, mexe muito com a mente.

Quando eu era criança eu falava assim, tinha medo de carro, tinha medo de tudo, tinha medo de branco, tinha medo de todo mundo, hoje eu vou para a sociedade. Hoje eu dirijo, hoje eu faço tudo o que o não-indígena pode consumir materialmente, coisas materiais. Por quê? Por força de trabalho, de tudo o que eu passei, por estudo e demais coisas. Então isso tem que estar na cabeça de todo o mundo, isso mexe na cabeça de toda a sociedade, e não é só nos povos indígenas, pela pobreza. Ele acha que ele é pobre, ele acha que não tem nada, mas na aldeia ele tem que saber que ele é rico, do ar que ele respira, da natureza, quer dizer, isso já é bastante.

De tudo o que ele vive ali, ele pode andar livremente, tomar banho no rio, pescar, caçar, fazer tudo o que ele tem direito e que na cidade não tem. Aí sempre eu falo assim: “Na cidade você paga até banheiro”, eu falo para eles, eu falo: “Aqui você vive tranquilo, você não paga nada, na cidade você vive porque você paga tudo que usa”, isso é vida? Não é vida. Você está preso, pelo fato de viver na cidade você já vive prisioneiro, então eu dou todo esse aconselhamento para o jovem, para ele entender.

Tecnologia, minorias e mentalidades

Hoje a mente dos mais jovens também muda, por quê? Porque na escola tem o computador, na casa dos alunos tem internet. Quando eu estudei, tinha que trabalhar muito a mente para responder as provas, hoje não, hoje é fácil, inclusive, quando a professora passa a prova tem gente que fala assim: “Eu



não vou fazer porque eu vou fazer amanhã”, porque ele sabe que vai lá na internet pegar a resposta e responde amanhã. Tem uma regra da aldeia, tem uma regra na cidade, até que ponto se pode ir a cidade a gente sabe, até que ponto você pode viver na aldeia também a gente sabe. Você tem que trabalhar o conjunto, tem que trabalhar os paralelos, a mente tem que estar com os dois paralelos, não é porque você fala tão bem português que fala assim: “Eu não sou mais índio, não”. Isso também trabalha a questão da mente das pessoas, porque quando você vai lá na cidade, você acha assim: “Eu sou minoria, eu não quero falar que eu sou índio”, ele vai falar assim: “Eu não quero falar que eu sou índio, porque seu eu falar que eu sou índio, eu vou ser desrespeitado”. Isso mexe com a cabeça do próprio índio.

Força interior para vencer a discriminação e valorizar a cultura

Quando eu fui estudante da escola, ninguém brincava comigo, eu falava assim: “Eles não gostam de mim”, mas não é que eles não gostavam, é que eles não entendiam o que eu falava, então a mente trabalhou assim. A partir da minha formação que foi em Botucatu, fui estudar no interior de São Paulo, fiquei lá quase um ano, então depois eu fiz amizade, depois que eu entendi que ele não brincava porque não entendia a minha língua. A partir daí eu comecei a trabalhar, eu tentei entender o que eles falavam para que eu pudesse ser igual a eles, conviver igual a eles, mas não totalmente igual a eles, fazer o que eles fazem. Então, o alcoolismo todo é bem de fora para dentro, mas nunca sai de dentro para fora o que o índio pensa, o que o índio sente, nunca é respeitado o que o índio pensa, o que o índio faz.

Quando o índio faz um evento como um batizado nunca é divulgado fora nem do município, agora, quando o índio faz errado aí é divulgado e nacionalmente. A partir do momento que nós tivermos respeito com a comunidade indígena, e os eventos que eles fazem são maravilhosos, os batizados, as festas dos povos indígenas, assim a gente vai fortalecer as culturas indígenas. Não pelo desrespeito do não-índio que vai acabar com as culturas indígenas, não pelo fato que tem Internet que vai cortar as culturas indígenas, por ter a Internet e as demais coisas que tem no progresso da aldeia, mas o próprio progresso tem que respeitar a cultura. Aí sim nós vamos pensar assim, o índio vai pensar assim: “Nossa, a gente tem tudo e a gente é respeitado”, a gente é visto como índio, aí sim nós vamos estar no caminho certo, tanto eu, quanto vocês.

Vocês vão estar ricos de cultura e nós também, nós estamos respeitando a nossa



própria cultura, nós não vamos ter problemas de falar a nossa própria língua, vai falar assim: “Eu não vou falar a minha língua, porque não é respeitada, não quero andar com cabelo de índio porque não é respeitado, vou pintar meu cabelo de louro, fazer meu cabelo ondulado para ser respeitado, para viver igual como a sociedade não-índio”. Toda essa parte mexe com a mente indígena, por que tem que usar piercing para se tornar igual, para ser respeitado igual eles dentro da sociedade, não precisa disso, entendeu? Só basta respeitar as culturas indígenas, só basta respeitar o que ele é, basta respeitar que ele é índio. É como o que escutei em uma reunião lá na Bolívia, um pajé levantou e disse: “Eu posso ser como você, sem deixar de ser quem sou eu”.

Luiz Karai

*Vice-presidente do Condisi do Litoral Sul, o Conselho
Distrital de Saúde Indígena. Etnia guarani m'bya.*

Sistema de Saúde Indígena

O SUS que atende a Saúde Indígena começou em 1999, antes de 1999 era Saúde Indígena da Funai, depois de 1999 passou para Funasa assumir a Saúde Indígena. Desde então, dentro desse contexto do subsistema, foi criado também o controle social dos usuários, e dentro desse controle social existe o Conselho Distrital e o Conselho Local de Saúde de cada região, no qual sou o Presidente Local da Saúde. E por indicação dos conselheiros locais hoje eu sou vice-presidente do Conselho Distrital do Litoral Sul que abrange toda a faixa litorânea do Rio de Janeiro até o Rio Grande do Sul. Então, a gente também tem feito o trabalho de acordo com a realidade de cada estado, ou seja, cada região. Eu estou aqui representando o Litoral que abrange de São Vicente até o início de Miracatu, devido a distribuição da equipe multidisciplinar que atende a Saúde Indígena. De Itariri para frente já começa o Vale do Ribeira, mas devido à distribuição do polo-base ainda pertence ao Litoral, por isso, eu moro em Miracatu, mas represento o Litoral devido a essa definição da equipe multidisciplinar.

Parcerias para as prioridades e necessidades

A gente tem feito trabalhos, pois a gente vem se preocupando muito, hoje está dando prioridade para adolescentes e jovens, a gente está tendo nosso 2º Encontro talvez no início de Julho, para a gente tentar realmente



conscientizar... Porque hoje a gente vem sofrendo muito, nos cinco estados onde eu atuo, a gente tem feito trabalho e está saindo pouco resultado. E a gente vai precisar realmente de alguém, de parceiro para estar junto com a gente sentando para discutir essa questão de como que vai ficar essa situação de uso abusivo de álcool. Então a gente tem que preparar as crianças para o futuro, dar sequência, dar continuidade no que hoje a gente vem fazendo, porque a gente tem que se preparar: hoje vive uma realidade, se um dia eu morrer e não preparei ninguém, não deixei ninguém para dar sequência de defender os direitos, vai acabar, vai cair por terra, então nós estamos trabalhando em cima do que é a realidade de hoje, visando o futuro.

Nós temos que pensar, formar equipes, grupos, chamar algumas pessoas competentes para poder chegar e conversar com a família ou com a comunidade que está tendo os problemas de saúde mental e alcoolismo. A gente já está levando essa discussão para dentro da comunidade, mas não achou ainda o início de como a gente vai fazer e com quem a gente vai começar e quais são as pessoas envolvidas. Antes de mais nada, nós temos que trabalhar com a prevenção dos problemas, o que pode levar a pessoa até o problema de saúde mental, quais são os riscos, o que representa o uso abusivo de álcool. Então nós temos que trabalhar na questão da orientação, porque não adianta você trabalhar só em cima do problema que já existe, você pode resolver aqueles problemas naquele momento, mas se não trabalhar com a prevenção, sempre vai estar vindo o problema, assim, nunca chega a acabar, então nós temos que tomar iniciativa mesmo, eu acho que nós estamos no caminho, podemos dar um bom início.

As duas realidades guarani e tupi-guarani

Aqui no Litoral existem duas realidades, tem a gente que é guarani e os tupi-guarani. Guarani é o povo que mais respeita sua cultura de acordo com a tradição, tem a língua falada, tem o jeito de ser, comportamentos diferentes, respeitando muito a saúde tradicional, como o parto normal, tradicional. Então a gente ainda consegue preservar isso, agora tem o outro povo que dá um pouco mais de dor de cabeça que é o tupi-guarani porque já é mais aculturado, o índio já é casado com branco, tem uma realidade diferente, uma visão diferente, situações diferentes. Então é uma coisa que a gente precisa ter um pouco mais de trabalho, que vai precisar realmente da parceria para estar buscando solucionar os problemas. Os tupi-guarani ficam em uma situação mais difícil de trabalhar, até mesmo dentro da aldeia, porque tem muitos vividos mais fora, na cidade, então depois que a Funasa



assumiu a saúde indígena, depois que eles vem sabendo que têm direito assegurado dentro da legislação, aí que o pessoal voltou a morar na aldeia, mas não voltou com aquele conhecimento da aldeia, já voltou com a visão de não-índio, de viver lá fora. Tem algumas famílias que a gente vê que tem um perfil de índio, mas em termos de fala, já não fala mais na língua. Agora os guarani, creio que aqui mesmo na região, ainda falam 100% a língua indígena guarani.

Parto tradicional e pajé: direitos assegurados

De acordo com a Secretaria do Estado, a gente conseguiu também preservar a questão do parto tradicional, que foi garantido dentro de uma lei estadual, e a questão de pajé também. Porque hoje a gente não encontra mais um pajé, um xeramõi dentro da aldeia, nas aldeias existentes aqui na região, então nós somos obrigados a buscar a pessoa de fora, tipo, os lá de São Paulo, de Boraceia, do Vale do Ribeira, do Rio de Janeiro, de Santa Catarina ou do Rio Grande do Sul, por isso que a gente considera hoje que para o guarani não existe fronteiras, se estou doente aqui e eu prefiro me tratar com o pajé próprio, dentro da cultura indígena, eu sou obrigado a ir até o Rio Grande do Sul, Espírito Santo ou Rio de Janeiro, onde eu preferir. A mesma coisa acontece com uma índia que vai para a puérpera, ela decide ir para um hospital ou faz dentro da casa mesmo, de acordo com a cultura, com o acompanhamento da parteira tradicional, então é uma coisa que ficou difícil.

Nós temos hoje assegurado dentro da Constituição Federal de 1988, o subsistema que garante o direito para a saúde indígena de modo diferenciado e de acordo com a cultura de cada um, está dentro do Estatuto do Índio e também está assegurado dentro do artigo da Constituição Federal, artigos 231 e 232. Hoje eu tenho conhecimento daquilo que é dos direitos, que é assegurado dentro da Legislação Nacional, para a gente levar isso até a comunidade indígena, até os adolescentes, para eles entenderem e discutirem isso dentro da escola diferenciada onde eles estão estudando, para que eles já cresçam com aquele conhecimento e já saibam que existe uma lei que assegura os direitos dos índios de acordo com a cultura de cada um.

Desafio da morte cultural

A gente já tem um trabalho feito com relação a isso, porque hoje, sempre eu falo, no passado os colonizadores acabavam dominando o índio, capturavam com os cachorros, matavam a tiro, hoje eles estão matando aos poucos,



politicamente. Então nós temos que nos preparar também em termos de conhecimentos para a gente se defender de acordo com o que é a realidade hoje, mas a gente já prevê também no futuro como será.

Necessidade de parceiros da sociedade envolvente

Nós temos que pensar, formar equipes, grupos, chamar algumas pessoas competentes para poder chegar e conversar com a família ou com a comunidade que está tendo os problemas de saúde mental e alcoolismo. A gente já está levando a discussão para dentro da comunidade, mas a gente não achou ainda o início de como fazer, com quem a gente vai começar e quais são as pessoas envolvidas.

Então estou aqui à disposição de vocês, para discutir a realidade nesses aspectos e espero que a gente tenha uma boa iniciativa e que tenha sucesso, e como sempre eu falo que não fique no papel, porque papel aceita tudo.

E para que a gente leve a discussão para dentro da comunidade, junto com a equipe, pode contar comigo, porque estou dentro do Distrito, se for o caso a gente leva essas propostas pra colocar dentro do Plano Distrital, que é um plano feito de acordo com plano de trabalho, plano de orçamento, essas coisas todas ligadas ao Ministério de Saúde, dentro da Funasa.

Importância da prevenção

Antes de mais nada, nós temos que trabalhar com a prevenção dos problemas, o que pode levar a pessoa até o problema de saúde mental, quais são os riscos, o que representa o abuso de alcoolismo. Temos que trabalhar na questão da orientação, porque não adianta você trabalhar só em cima do problema que já existe, você pode resolver aqueles problemas naquele momento, mas se não trabalhar com a prevenção, sempre vai estar vindo o problema, nunca chega a acabar com eles, então nós temos que tomar iniciativa mesmo, eu acho que nós estamos no caminho e podemos dar um bom início.

As preocupações que causam problemas psicológicos

O que eu vejo hoje também é que psicologicamente a gente está mais preocupado. Pelo nosso trabalho político a gente traz preocupação também sobre o que causa os problemas indígenas, não somente aquela parte das coisas que são próprias do ser humano. Hoje a gente chega a causar esse tipo de problemas para a comunidade indígena. Tipo, a política também chega na aldeia e essa discussão provoca um pouco, mexe um pouco com a psicologia dos indígenas, leva preocupação: “Será que eu vou ser beneficiado de tal coisa? A situação da terra vai ser regularizada, ou



não? Estou prestes, a qualquer momento, a ver baixar uma integração de posse e eu vou embora, ou alguém vai me expulsar...”

Então existe esse tipo de preocupação e a gente tem que trabalhar nesse sentido. A gente tem que trabalhar em conjunto, juntar todos os antropólogos e técnicos, para a gente sentar e discutir sobre qual é a melhor forma de lidar com esse tipo de pensamento, digamos assim. A gente tem trabalhado anteriormente mais com problemas de alcoolismo, o uso abusivo de álcool também leva a comunidade a desintegrar certas situações, mas hoje chegou a uma situação que não somente isso causa problema psicológico, que nem eu já citei, mas também a parte da política em várias instâncias, tanto a municipal, estadual como a federal. Tudo isso mexe com a comunidade indígena, então nós temos que ter um trabalho nesse sentido, e eu ajudo a buscar mais na parte política da Saúde voltada para a questão indígena, porque hoje a gente acompanha três esferas de governo: no município, estadual e união.

A necessidade de integração intercultural

Juntando isso, para a gente tentar levar esse conhecimento que a gente tem, levar da cidade para a aldeia e da aldeia para fora, para que todos os dois lados tenham entendimento do mesmo que a gente entende, para tentar realizar um trabalho para a comunidade indígena, porque se tivesse um trabalho mais em conjunto, creio que a gente está no caminho, claro que a gente não chegou ainda o ponto de a gente realizar um trabalho e finalizar. A gente está no início do processo de trabalho.

Mudanças nas políticas de Saúde Indígena

Hoje eu não vou me prolongar muito, talvez eu fique apenas até o horário do almoço, porque estou na correria. A gente está falando da Psicologia indígena e já mexeu com a minha parte psicológica, mas estou preocupado também com a questão da política de saúde indígena que está sendo discutida em Brasília.

Hoje a gente recebeu um documento dizendo que precisamos realizar todas as reuniões dos Conselhos locais do estado, sendo que a gente conta com cinco Conselhos Locais: Litoral, Litoral Norte, Sul e Vale do Ribeira, Capital e interior do Estado. Então, a gente tem cinco dias para correr, para a gente recompor os conselheiros locais e os distritais, para voltar à situação normal que era antes, para poder estar pleiteando a criação do Sesai. Isso nos últimos dias tem tomado muito do meu tempo, então como já havia me comprometido que estaria aqui hoje, para honrar minha fala eu estou aqui, mas não vou ficar o dia inteiro, vou ter que descer para o litoral para continuar essas articulações necessárias.



Marcos Tupã

Coordenador educacional do CECI - Centro de Educação e Cultura Indígena da aldeia Krukutu, membro da Coordenação da Comissão Nacional de Terras Guarani Yvy Rupá.

Participação política

A nossa luta é focada na questão da terra dos guarani na região, ou na Mata Atlântica, incluindo o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Espírito Santo. Nós fazemos parte desse movimento da luta política em relação à demarcação das terras indígenas guarani. Também faço parte da Comissão Nacional de Política Indigenista, criada por nosso presidente da república em decreto, no qual sou representante da região sudeste. Eu tenho participado de vários encontros em Brasília, inclusive, na proposta da criação do Conselho Nacional de Política Indigenista e outras discussões políticas em relação às terras, em relação à saúde. Enfim, todos os programas ou em todas as questões que abrangem a questão das políticas públicas em relação aos povos indígenas.

Valorização da tradição

Eu quero agradecer o evento, a oportunidade, e parabenizar a iniciativa, uma vez que essa discussão é complexa em relação à questão indígena, mas é de muita importância. Para nós, membros indígenas, é importante também o reconhecimento, mas também diferenciando a questão da valorização da cultura, valorização da questão da tradicionalidade dos povos da região sudeste ou do Brasil, no qual cada qual tem seu costume e tradição diferente.

As dificuldades psicológicas e tecnologia

O que eu quero aqui registrar primeiramente, quando nós falamos da questão psicológica, em específico, psicologicamente estamos passando por uma dificuldade, uma questão, um problema muito sério nesse momento na aldeia Krukutu, eu gostaria de registrar essa preocupação. Infelizmente, em algumas aldeias também somos afetados pelo apagão, por incrível que pareça. Nós na aldeia, a nossa aldeia é de 25 hectares, temos uma maior população de 210 pessoas, e como vocês sabem, teve o apagão agora na semana passada e nos atingiu diretamente. Na aldeia não temos rios, nós temos alguns córregos, mas o abastecimento da água é com poço artesiano, e quando voltou a energia, queimou a bomba do poço artesiano. Estamos há 3 ou 4 dias sem água na aldeia. Gostaria até que fosse registrado e depois



também pedir o apoio de vocês para estar solicitando, junto à Funasa, para que eles providenciem a troca da bomba imediatamente, o mais urgente possível, para que a comunidade tenha então uma tranquilidade, porque isso nos afetou e as famílias da comunidade estão prejudicadas na vivência, já também na questão psicológica com certeza, então estou registrando este fato aqui.

A Saúde Indígena e o parto tradicional

São vários pontos que quero levantar em relação à saúde indígena. Principalmente, às vezes a equipe de saúde muda muita coisa em relação aos atendimentos. Eu tenho visto em muitas regiões, muitas aldeias, quando vai a equipe de saúde (é importante sim a ida, a existência), mas eu tenho muito visto das famílias, inclusive as mães, perdendo um pouco principalmente na questão dos partos das crianças. Geralmente estão sendo muito encaminhados, muitos casos de nascimento de crianças de partos nos hospitais, com isso, algumas práticas tradicionais das parteiras, que assistem os partos, elas que também têm as ervas medicinais, estão deixando um pouco esta prática, então é uma área que eu tenho muito me preocupado e que eu tenho visto esta situação.

Um jeito de falar próprio da cultura

Em outras áreas também, em relação às vezes de ir nas aldeias, principalmente nos contatos e no jeito de trabalhar, porque nós, guarani, e eu acho que em todos os povos, **o nosso tom de voz é muito baixinho**, e às vezes muitas pessoas que vão para a aldeia falam alto, às vezes é próprio do jeito da pessoa. Às vezes muitas pessoas, muitas mães, acham que estão brigando, que estão discutindo, alguns parentes têm essa dificuldade, porque nós falamos muito baixinho, então não precisamos falar alto para que a pessoa do lado possa escutar, dialogar, conversar e comunicar.

Parcerias com os psicólogos

Eu acho que foi muito bem lembrada a questão da natureza, a questão das ervas medicinais, dos usos e da sua importância, a questão da terra, do espaço, do nosso costume indígena. A importância dessa parceria é que os indígenas possam estar participando, contribuindo para o enriquecimento das propostas para o VII Congresso Nacional da Psicologia e que toda a região participe. E também tentar buscar mais parceria com o município, para que se possa ter um trabalho conjunto, porque não é só a questão da



saúde, dos problemas mentais ou alguma coisa assim, mas principalmente a questão da terra, principalmente a questão das políticas públicas junto às aldeias.

Educação diferenciada

É importante sim a aldeia ter uma escola diferenciada e estudar, mas no propósito de ser realmente o que está garantido na Constituição, que é a educação diferenciada. Falam muito que está garantido na Constituição, mas na prática não acontece isso nas aldeias.

O sistema educacional às vezes é reconhecido, mas precisa ser mais articulado, mais programado, para que de fato seja uma educação diferenciada, reconhecendo as práticas tradicionais, a cultura, a vivência, o artesanato. Muitas vezes, diz assim: “ensino bilíngue”. Aí o que entra às vezes é uma parte da cultura, das danças, mas temos que ainda construir isto para que faça parte da grade curricular. Então, que essa discussão abranja toda a situação mesmo da questão indígena, para que possamos trabalhar juntos e, de fato, futuramente, que se tenha um olhar, um pensamento e um programa que abranja essa situação para as terras indígenas. E que o governo possa garantir não um programa que começa aqui hoje e acaba amanhã, mas que seja um programa permanente, para de fato constituir um programa e abranger toda a situação e toda a discussão que seja tratada e conversada com as lideranças indígenas, com os pajés, com as parteiras, com os professores indígenas. Para que tenham um programa amplo, para de fato respeitar e de fato valorizar os povos indígenas, permanecendo na nossa integridade física e cultural, e também a valorização da identidade que é importante para nós.

Restrições e desafios

Eu acho que principalmente a questão da terra é fundamental estar registrada como um referencial para essa discussão. Esse pensamento de um trabalho conjunto com os povos indígenas é um desafio muito grande devido a nossa cultura, a nossa tradição, os nossos saberes. É importante ter o diálogo, e também dizer já de antemão que nem todas as aldeias estarão abertas para receber. Então você tem que ir por via das pessoas, das lideranças, enfim, porque tem umas aldeias muito tradicionais no Guarani e nem todas estão abertas, porque tem um receio de invasão, além dos conhecimentos, dos saberes, pensam que estariam a fim de usar os conhecimentos para quais finalidades? Já de antemão aviso essa preocupação, mas também



que estarão sim algumas aldeias, algumas lideranças, abertas ao diálogo. Então, é importante depois, quando for formalizar melhor o tratamento, a estrutura, o projeto, enfim, fazer seminário e conversar melhor com as lideranças da aldeia, com os pajés, e aí sim fechar uma proposta.



Eunice Augusto Marins

Agente de saúde da comunidade indígena do Pico do Jaraguá. Etnia guarani m'byá.

Identidade, discriminação e abandono

Nas conversas aqui eu sei que não estavam praticamente falando comigo, porque parece que eu estou um pouco invisível, mas como ela estava fazendo umas perguntas, eu me senti como se ela estivesse fazendo essas perguntas para mim, como que é “índio e não índio”? Eu vivo em uma comunidade daqui no Pico do Jaraguá, que fica 15 minutos de carro do centro da cidade de São Paulo, então por nós estarmos morando no meio da comunidade branca, a gente se sente um pouco tímido, meio enjaulado, quando você passa assim, as pessoas ficam olhando, parece que é um bicho assim diferente, parece um animal.

Quando eles vão lá na aldeia visitar os indígenas, principalmente em abril, que aí eles lembram que os indígenas existem, que é o Dia do Índio, aí a aldeia fica cheia, aí eles ficam tudo admirando: “Nossa a criancinha está correndo ali peladinha, assim, na aldeia!” Fica como se fosse uma coisa extraordinária e eu acho que é muito ruim a gente se sentir uma coisa diferente. Porque a única coisa que eu sinto de vocês, é que eu tenho pele mais morena, tenho o cabelo liso, mas... eu acho assim que dentro, como se diz, eu não sei dizer muito essas palavras bonitas, mas é como se nós fossemos todos irmãos, somos todos parentes, somos todos iguais.

Religião

Se Tupã Nhanderú é Deus, como vocês mesmos falam... Apenas muda o nome indígena para português e tem vários nomes também, que tem em japonês não sei como que chama, tem vários nomes, então Deus é um só. Então, ela estava perguntando: “Qual é a diferença do índio?” Eu vivo em uma aldeia que no momento agora não é mais aldeia, porque agora é uma comunidade indígena, mas nós temos Pajé, temos Cacique, nós temos nosso ritual, nós temos tudo, tudo que nós tínhamos antepassado a gente tem até hoje.



Notícias ruins ou invisibilidade

As nossas casas também já mudaram, já não é mais aquela casa de pau-a-pique, de barro, porque nós já não temos, agora a gente tem assim algumas casas, eu acho que umas cinco casas, que o Mário Covas antes de falecer ele fez uma CDHU mínima, porque são cinco casas, e as outras casas a gente tem de madeira reciclável e telha reciclável, que a Prefeitura quem deu. E a gente, assim... eu moro lá há quarenta anos, às vezes eu estou conversando com as pessoas assim, e elas falam: “Nossa, eu nem sabia que existia índio aqui, eu nasci e me criei aqui e eu não sei”, eu não sei assim, como se diz, se seria falta de divulgação que nem ele falou, que nem o parente ali falou, que tem a festa dos portugueses, que é da Aquiropita, não sei lá como que fala, tem dos japoneses, tem várias e dos índios quando chega no dia dos índios que lembram, ou senão... Que nem aconteceu no Jaraguá, não sei se vocês estão sabendo, tivemos duas mortes de criança assim repentinamente dentro da comunidade, aí saiu, não sei nem se é na internet, mas pelo que eu fiquei sabendo, diz que saiu falando que uma criança morreu com a Influenza A, dentro da comunidade indígena. Então, nessa parte aí eles acham que tem os índios lá no Pico do Jaraguá, aí eles lembram que tem índio no Jaraguá, entendeu? E uma outra coisa também, se vocês vão trabalhar, eu não sei se vocês já estão trabalhando em uma comunidade indígena, é não generalizar a etnia indígena.

Diferenças étnicas, povos nativos e tribos urbanas

Que nem vocês falaram assim, os índios, nós temos culturas diferentes, nós temos hábitos diferentes, nós temos dialetos diferentes, não somos iguais, a vestimenta nossa também é bem diferente dos índios xavante, dos pankararu, dos kariri-xocó, dos funiô, nós também somos diferenciados dentro de uma comunidade, não pode generalizar todos iguais. Eu estive participando lá em Brasília sobre uma alimentação indígena, porque que a Funai, a Funasa, fornecem uma cesta básica para os indígenas. E o coordenador que distribui a cesta, ele falou assim: “Eu vou tirar o trigo da cesta básica, porque os índios não gostam de trigo e eles jogam fora a farinha de trigo”, aí eu levantei e falei: “O prato predileto dos guarani é o trigo” por quê? Porque eles fazem o tipá, que é um tipo de um pão, é uma comida sagrada para os guarani.

Então, se ele for cortar dos outros índios que não gostam, está cortando dos guarani, eu falei, “Você não pode tirar dos índios, você primeiramente, tem



que ir na comunidade indígena, se você trabalha com todas as comunidades indígenas, chega em uma comunidade e vê o que realmente ela gosta, se ela gosta de farinha, porque um gosta de farinha, outro gosta de trigo, outro gosta de fubá, outro gosta de farinha de milho". Aí ele falou assim: "Não, eu vou tirar, porque eu fui fazer uma visita em uma aldeia, ele estava demarcando o limite do campo com o trigo", e eu falei assim: "Mas ele não fez isso, o trigo é sagrado para ele", aí uma outra indígena levantou e falou assim: "Nós não comemos trigo, porque eu não sei fazer bolo", aí eu falei: "Não é problema de fazer bolo, é o problema do hábito da pessoa".

Então, eu acho que é isso que eu gostaria de falar com vocês, e também sobre o "povo nativo". Povo nativo também é assim, eu conheço um catalão, ele é o povo nativo lá da Polônia, acho que era Polônia, catalão que ele fala, da Espanha, aí ele fala assim, que ele é povo nativo lá, entendeu? Então, povos indígenas, etnia indígena, comunidade indígena, eu acho importante falar e uma outra palavra também que eu gostaria muito que não falasse, que eu estava conversando com a mulher ali agora, falar assim de "tribo", "que tribo que você é"? Essa palavra assim é muito... a gente não gosta.

Muitos indígenas até aceitam falar essa palavra "tribo", porque ele não sabe o que significa essa palavra tribo, porque se a gente for ver tribo são grupos de pessoas desordeiras. Por isso que existe a tribo dos carecas, o quê que eles fazem? Fazem bater nos outros, eles são preconceituosos, não gostam de nordestinos, não gostam de negros, não gostam de homossexual, essas coisas. Na minha comunidade eu nunca vi isso, mas não só por isso eu vou matar uma pessoa, porque eu não gosto da pessoa, a gente tem mais é que ajudar as pessoas e não fazer isso, não tirar a vida da pessoa porque a gente não gosta... A única pessoa que pode tirar a vida da pessoa é só Deus, que é o Tupã Nhanderú, ele que deu, ele que tira. Então, tem essas palavras que eu gostaria que vocês que vão trabalhar na comunidade indígena não falassem "tribo", falassem comunidade, etnia, nação indígena, isso é uma palavra boa, é só isso que eu queria falar, obrigada.



Antonísio Lulu Darã

Cacique da aldeia Tekoa Porã, em Itaporanga, foi vice-presidente e atualmente é conselheiro do Conselho Distrital da Saúde Indígena do Interior Sul. Etnia tupi-guarani.

Amplitude da atuação

É de extrema importância comparecer nessas reuniões que venham ajudar a nossa comunidade indígena. Eu trabalho com os kaingang, guarani, krenak e tupi-guarani no interior. Eu venho de longa estrada, de longa caminhada, mapeando cada região, por onde eu passo eu vejo a dificuldade e para onde eu vou eu levo a minha responsabilidade. Desde muito tempo, desde quando a minha mãe, meus avós e os meus primos, nós conhecemos esse mundo, até a data de hoje estou no presente batalhando por uma educação, saúde, moradia, terra e melhora nas comunidades indígenas. Eu quero deixar o meu abraço para os meus primos que estão presentes, que ao final da semana passada perdemos um grande amigo, um grande irmão, que é o meu primo Claudemir, que Deus o tenha em um lugar que Deus permitir. E desde já, eu quero também, onde ele estiver, que ajude nós naquela localidade da terra de Itaporanga e Barão de Antonina, foi tudo lá que começou a caminhada da aldeia Tekoa Porã e a aldeia Pyaú. Um abraço meu primo, onde estiver, muito obrigado.

A importância do pesquisador e o resgate cultural

Agora eu vou começar o meu discurso, eu não quero ser prepotente, nem tão pouco rude, nós estamos trabalhando juntos há muito tempo na saúde indígena. Tudo aquilo que os nossos colegas, os nossos parceiros falaram aqui é de tamanha importância para cada povo, para cada etnia, por quê? Quando o Robson Rodrigues (etnoarqueólogo) começou a mapear os territórios, falar da história, dos costumes, dos artesanatos tradicionais, ali eu me toquei e me localizei, é isso que nós precisamos nesse tempo em que estamos vivendo. Há muito tempo nós vínhamos precisando sim trabalhar com os nossos parceiros psicólogos, por quê? Há uma dificuldade muito grande dentro das aldeias: falta de território mais grande, mais amplo, falta também moradia. Muitas vezes temos moradia, temos terra, mas falta também a presença da cultura dentro da aldeia, e falta também materiais para nós trançarmos nossos artesanatos, falta muitas vezes os rios para a gente pescar e caçar. Os anos foram passando, nós fomos perdendo espaço, fomos perdendo os nossos antepassados, as nossas culturas e hoje eu creio que muitas aldeias estão resgatando a sua cultura, a sua comida típica, o seu artesanato, e também a sua dança tradicional.



Necessidade de falar e ser ouvido

Muitas vezes quando nós falamos de território indígena, o município não dá valor no território que tem dentro do seu município, pois se começa do município. O Prefeito dentro daquele município, ele é uma autoridade, ele é um governo dentro do município, ele deveria apoiar as comunidades indígenas, e muitas aldeias não têm apoio do próprio município. Nós não vamos falar só do governo do município, mas o governo do estado de São Paulo também tem a sua grande culpa, e também o governo federal. Queremos sim trabalhar juntos, mas queremos que vocês, não-indígenas, ouçam cada palavra que cada indígena vai discutir hoje aqui, em documentos para vocês, porque muitas vezes o índio é minoria.

Muitas vezes o homem branco fala mais do que o índio e não dá a chance do índio falar o que ele sente, o que ele quer expressar, o tempo é corrido, não é por aí. Se querem trabalhar, ajudar o nosso povo, tem que ouvir a base, tem que ouvir as comunidades, para depois sim, começar a trabalhar dentro das comunidades.

Vestimenta cerimonial

Porque cada comunidade tem uma realidade diferente, tem o seu costume diferente, tem a sua tradição diferente, na pintura, no idioma, na comida e no seu território. Muitos indígenas e não-índios que estão aqui se perguntaram na hora que eu sentei aqui: “Por que o cacique Darã está de terno e gravata?” É fácil eu responder vocês, muitos de vocês que são indígenas estão com esse pensamento. Para a gente caçar um leopardo, a gente indígena, eu sou indígena, eu também tenho que vestir a roupa do leopardo para poder caçar ele. Então, é por isso que eu estou aqui de terno e gravata, para mim aprender a caçar com os meus companheiros, poder alcançar o objetivo da minha comunidade.

Maus tratos provocam “doença diferenciada”

A minha preocupação dentro da Psicologia: hoje as doenças que estão dentro das aldeias indígenas, estão ferindo desde os mais novos até os mais velhos, são as doenças diferenciadas, o que é uma doença diferenciada? É maus tratos de não-índio com índio, é discriminação contra a sua cultura, contra o seu território, contra o caráter do índio. Vou falar um pouco, ontem quando a gente chegou, e nós estava tudo de penacho, o meu grupo estava de penacho, ia passando... Nós fomos jantar e tinha um não-índio lá, imitando o índio. Disseram que não poderia ser assim, porque o índio quando vê o não-índio, ele não imita vocês, nós consideramos, então isso é uma doença diferenciada.



Vocês não-indígenas que já estão acostumados a trabalhar dentro da comunidade indígena, acha até interessante... o índio sempre dando risada, não é? Não tem essa reunião que o índio não dá risada, então o índio está sempre sorrindo mesmo, porque o índio talvez não tenha maldade e isso vai proporcionar o trabalho de vocês dentro da aldeia, para que vocês possam conhecer a realidade.

Por que os psicólogos demoraram tanto?

Outra questão dentro da Psicologia, eu só tenho que fazer umas perguntas, o meu povo que estão aqui me ouvindo vai pensando: “Por que só agora vem dizer o órgão Funasa que está se propondo a trabalhar com os psicólogos dentro das aldeias? Por que não viu antes? Por quê? A minha pergunta é essa, por que só agora?” Desde 99 quando a Funai passou as demandas para a Funasa, por que desde aquela época já não montou um cronograma, que já precisava de uns psicólogos dentro da aldeia, por que só agora? Isso é a minha pergunta.

Demandas psicológicas e psicologia nativa

E gostaremos sim de ter as pessoas formadas em Psicologia para trabalhar dentro da comunidade indígena hoje, porque as comunidades indígenas estão evoluindo sim, há muita dificuldade em várias regiões do Brasil, questão de bebida alcoólica, questão de drogas, questão de outras doenças transmissíveis que tem dentro das aldeias, por isso os psicólogos vão ter que trabalhar muito, conversar muito com o nosso povo, com a nossa comunidade. Muitas vezes você vê na rede de televisão, imprensa escrita e falada, na região de Mato Grosso do Sul, na aldeia de Dourados há muitos suicídios lá dentro, porque falta terra, falta moradia, falta trabalho, falta material para o artesanato, falta um rio, porque para os nossos antepassados, a natureza era os nossos conselheiros e psicólogos, porque quando o índio está dentro da aldeia ele pega a flecha, pega o arco dele vai para dentro da mata e lá ele vai refletir. E hoje, como fazer isso? Várias aldeias não tem mais o rio, não tem a caça, não tem a mata, como fazer isso? Nós temos que aceitar sim os nossos parceiros não-indígenas, que estudaram Psicologia para nos ajudar hoje.

Definindo papéis

Outra questão que eu queria dizer: que vocês considerassem também que hoje está sendo um dia bastante importante para o nosso povo, mas nós não queremos participar só dessa primeira reunião, se vocês querem trabalhar com nós, dentro da nossa comunidade com a Psicologia, nós teremos que



formar uma comissão das comunidades indígenas, para estar participando de todos os eventos, não é só chamar uma vez não, não é só nós sair daqui, ouvir e esquecer, e nós indígenas tem que indicar também a nossa responsabilidade para ajudar o nosso povo.

Aqui tem muitas pessoas que trabalham na área de saúde e de todas as aldeias daqui da região. Mais do que nunca, os professores que estão presentes, eles também tem esse papel quando vai estudar em uma faculdade, eles estudam também a Psicologia, ele é um instrutor da comunidade, e os psicólogos tem que trabalhar com esses professores também dentro das aldeias. Com o pessoal que trabalha na saúde indígena, tanto o pai, desde um motorista, um agente, um enfermeiro, ele também é um psicólogo, porque todo dia ele está ouvindo o índio falar o problema que ele tem, como resolver, com o apoio dos nossos parceiros não-índios.

Outra questão: se forem para trabalhar junto com a nossa equipe, com o nosso povo, teria também que ter o nosso órgão instrutor que eu não estou vendo aqui que é a Funai, eu não sei quem veio aqui representando a Funai, porque os três poderes tem que trabalhar unidos, tanto Funai, Funasa e vocês todos que são nossos parceiros, então teria que ter também o pessoal da Funai, para ouvir também, porque eles precisam ouvir. Porque muitas vezes quando vai pedir autorização para uma faculdade ir trabalhar dentro da aldeia, tem que passar pela comunidade e depois passar pela Funai, temos que ter a Funai de parceira junto com a gente.

Nós não queremos fazer as coisas ser empurrada de guela abaixo, jamais, queremos fazer cumprir e fazer por merecer cada trabalho, de cada representante que está aqui. Nós temos hoje, aqui na região nossa, há dez anos nós trabalhamos com uma equipe só, há dez anos a equipe de saúde nossa é única, porque muitas vezes a chefe do pólo base é a nossa companheira, é nossa psicóloga, que esclarece o problema para nós, então isso nós temos que agradecer à nossa amiga, senhora Eunice, que está ali de frente, está junto com a gente, orientando, falando o que é o correto.

Quando nós queremos conseguir melhoria para a nossa comunidade, nós trabalhamos em conjunto, seja na saúde, seja na educação, e com vocês que são psicólogos, que estão aí ouvindo nós falar, queremos ser também parceiros de vocês. E o momento é agora, o momento foi para ontem, não foi para hoje, eu acho que chegou muito tarde, mas nada impede.



Política, evolução e preservação cultural

Tem essa pressão do Pré-sal, daquele negócio do petróleo lá, do Pré-sal que estão falando, então isso nós temos que aproveitar porque o recurso está destinado para a educação e para a saúde das comunidades carentes. Que o índio com tanta terra que ele tem, mas ele é carente, porque o governo não faz uma política, uma política de saúde sincera, uma política de saúde para a educação, uma política de demarcação de terra, da questão do diálogo, não faz uma política. E hoje nós indígenas estamos nos organizando para a política do município, na política das terras dos krenak. E isso vocês analisem bem, vocês que estão aí tentando nos ajudar: nós temos professores, temos enfermeiros, tudo, hoje nós temos que acompanhar a evolução, não adianta querer ficar no nosso passado, no nosso passado nós acaba acabando com todas as aldeias, nós temos que evoluir, mas não esquecer da cultura, da nossa origem, e lembrar também dos nossos antepassados, das histórias. Eu não sei qual das psicólogas falou, quando começa a falar dos antepassados com os indígenas é triste. Nós sabemos dos nossos antepassados, do que eles passaram e nós não podemos passar o que eles passaram. Hoje nós estamos em um mundo diferenciado, em pleno século XXI nós estamos em um mundo diferenciado, em pleno século XXI as comunidades indígenas estão ganhando e estão vencendo com o apoio dos irmãos não-índios e com o apoio do indígena.

A necessidade do índio e os profissionais da Educação

Depois que eu participei da primeira reunião lá em Tupã em que a gente discutiu, eu estava analisando e acho que primeiro de tudo, quando se trata de indígena, que vem a fazer parte desse trabalho, desse grupo de GT de Psicologia, primeiro de tudo tem que ter um diálogo com a comunidade, e isso está sendo feito com várias representações indígenas, isso está sendo feito. Isso está sendo importante para o nosso povo, tanto daqui do estado de São Paulo ou do Mato Grosso do Sul, porque você estava falando que também vieram os kadiwéu do Mato Grosso, e isso está sendo muito importante. Agora, a preocupação também nossa é a questão dos profissionais que estão dando aula indígena, de cultura indígena dentro da aldeia. Os nossos profissionais que são os professores, eles também deveriam ser chamados, porque eles têm que ter uma visão sobre a parte da Psicologia que também entra na escola indígena, eles têm que saber a parte psicológica de cada indinhu que está estudando ali, de cada curumim que está estudando ali. O professor, por ser indígena, eu acho que ele tem que se preparar sim, porque nós estamos no século XXI, o indígena tem que se preparar, seja ele de qual etnia for.



Precisamos de mais psicólogos

A minha preocupação também é a questão dos profissionais de saúde indígena, é outra preocupação muito grande, porque a parte de saúde indígena não é fácil. Luis Karaí toma conta do litoral, do interior do litoral, e eu do interior sul, tomo conta de quatro estados, desde o Rio Grande do Sul até o estado de São Paulo, então na nossa caminhada dentro dessas aldeias, a gente vê que a parte emocional, a cabeça humana, acaba mexendo com a parte psicológica dele. Isso é importante. Dentro desses fatores, eu acho que é um desrespeito, dentro desse contexto de saúde indígena, a Funasa dizer que tem uma pessoa que trabalha com a Psicologia, mas que nunca foi dentro da aldeia, nunca foi dentro da aldeia.

Se tivesse autoridade da Funasa aqui, eu falava na frente dele, porque eu não tenho medo de falar da realidade, eles falam que tem os profissionais, existem profissionais de Psicologia, mas só que as aldeias que tem no município, nunca foram atendidas por essa psicóloga. Isso nós temos que ver também, apoiar em algum contexto, para que eles melhorem mais a qualidade, incluindo a questão da Psicologia dos povos indígenas.

O respeito à tradição e a Psicologia Indígena

Sobre a cultura indígena, seja ela qual for a cultura, dança, rituais, a pajelança, com isso também nós temos que tomar um pouco de cuidado, quando mexer com a parte da cultura indígena, porque vai mexer na parte psicológica dos indígenas. Então, tem que tomar muito cuidado, a gente tem que ver uma forma para não apertar o pajé, não tirar a visão do pajé, senão acaba influenciando. Não que vocês estão errados, acho que a Psicologia tem que analisar a mente do ser humano e ver aquilo que é melhor para ele, é isso. É a mesma coisa de uma criança na escola, o professor não pode ficar batendo em uma tecla só, em uma matéria só, que a parte emocional da criança vai mexer, a parte psicológica da criança vai influenciar muito. Então, eu acho que na parte da cultura também tem que tomar um pouco de cuidado.

A parte de artesanato já mexe um pouco com a estrutura do ser humano indígena, porque o artesanato já faz parte do contexto da Psicologia. Quando está fazendo o artesanato, uma cerâmica, então ele já está direcionado a uma Psicologia, e os psicólogos chegando para interagir e ajudar, vai ser bom para que ele possa trabalhar com mais um objetivo naquela cerâmica, naquele artesanato, eu acho que vai ser muito bom. Nós temos que pensar também nessa parte, porque a cerâmica faz parte da Psicologia, cada cerâmica tem um formato diferente, cada artesanato tem a sua marca, vamos supor, o seu marketing registrado de cada etnia que tem o seu jeito de fazer.



A terra e o emocional

A questão que eu achei muito boa também, que está ali, foi quando se tratou de terras não demarcadas. Isso sim é um contexto que vem mexendo com a parte emocional de todas as tribos indígenas. Eu não sou acostumado de falar só do estado de São Paulo, eu falo do Brasil. Não adianta eu querer falar só do meu interior e não falar do Brasil, porque aqui se é um GT, se está brigando para ter um trabalho de Psicologia dentro das comunidades, quando fala das comunidades, então está falando do nosso território, do nosso Brasil.

Então, veja bem, quando se trata de terras indígenas é complicado, porque aí que mexe mais com a questão emocional do índio, porque ele está indo para aquela terra, ele já está indo com a parte emocional muito além do que ele imagina, é complicado. Por isso que muitas vezes, nós perdemos os nossos filhos, os nossos avôs, avós, porque mexe muito. Na minha situação e dos índios, de várias regiões daqui da Baixada, vocês veem que até agora tem mais de 20 anos que não foi nenhuma área demarcada, isso mexe com a questão psicológica de cada índio.

Na nossa região, estamos na luta da terra lá também, sem moradia digna, isso tem que pensar também, porque nós quando entramos dentro de uma terra que foi dos nossos antepassados, nós vamos com a roupa, chegamos lá e a gente faz um ranchinho de sapé.

Mas e a parte emocional daquela comunidade quando não se encontra um rio, uma mata? Um índio, tendo mata e rio para ele, fica feliz de tudo. Se não tiver um rio e uma mata perto da aldeia ele não está feliz. Eu falo por experiência, porque a gente estava na beira do Rio Itararé, o padre fez um acordo com a Funai e tirou nós, colocou nós a 16 Km longe do rio, e lá eu não sou feliz, já está mexendo com a minha parte psicológica. Nessa hora que poderia entrar os nossos parceiros que estudam a cabeça do ser humano. É nessa hora que nós precisamos, isso tem que ver aqui também.

O GT deve sempre ter um indígena

Eu estou gostando muito dessas palestras, pela palestra que eu participei pela primeira vez, e agora estou participando pela segunda vez, estou achando que é muito importante, igual eu acho na política da questão de saúde indígena. Parece que entrou no sangue e isso me influenciou muito depois daquela discussão que a gente teve lá em Tupã, isso me deixou bem mais legal para interagir e discutir isso, eu acho que é muito importante sim, esse grupo pensar bastante mesmo, pensar com carinho na questão indígena. Eu gostaria também de estar pedindo em nome das comunidades, igual eu



disse, não só do estado de São Paulo, mas do Brasil, que se pudesse colocar os indígenas também dentro desse GT. Eu gostaria de pedir, encarecidamente, que colocasse os indígenas também para estar junto com vocês aqui, seja ele de qual região for, mas ter um indígena aqui brigando por melhoria da qualidade de saúde, de mente melhor. Isso seria importante.

Discriminação e inclusão

O índio ainda no Brasil, não só o índio como o negro também, é discriminado. O índio porque é “vagabundo”, e quando aparece um negro na imagem é porque é “ladrão”. Isso mexe muito, tanto na parte psicológica dos negros e na parte dos índios também. Em muitos lugares tem pessoas que não gostam de conversar com indígena, ele não se sente bem conversando com indígena. E a parte que vocês estão fazendo do GT, do Conselho Regional de Psicologia, está sendo muito importante dentro do contexto indígena, seria bom estar discutindo com mais lideranças indígenas, mais profissionais de saúde indígena, professores, eu gostaria de pedir para incluir os professores também. Precisamos fazer união, nós estamos só começando essa união, porque aqui está ainda um filho de quatro anos. Para a gente ver ele crescer, nós temos que ir pegando mais pessoas dentro das comunidades e chamando para essa reunião, aí sim vai dar fruto, vai ficar mais alegre, então isso seria muito importante.

Insegurança mexendo no emocional

Bom, nós estamos aí nessa luta também da nova Secretaria, que vai tirar a Funasa para ir para a nova Secretaria, mexeu muito durante esses anos aí que a gente faz parte do GT lá em Brasília, que a gente está viajando direto para lá. Então, mexeu muito com a parte psicológica dos índios, que ia municipalizar a saúde na época, e os índios ficaram todos revoltados, e vai dali, aí a gente conseguiu derrubar essa Portaria e começamos a fazer um trabalho de fazer uma nova Secretaria de Saúde Indígena ligada direto ao Ministério da Saúde e ao Governo Federal, estamos esperando aí sair o resultado, ainda está mexendo com a parte da questão emocional dos índios. E a questão de vários transtornos que tem dentro das aldeias. Eu estive na região do litoral visitando, eu e o meu amigo e parente, Luis Karaí, tirando fotos da parte do saneamento que tem dentro da Funasa, e isso também mexe muito com a questão do nosso povo, mexe muito com a questão do nosso povo, isso seria importante também estar discutindo aqui dentro desse contexto, aqui no CRP.



Preocupação ecológica

Então, vamos lutar por uma saúde melhor, vamos viver melhor e também pensar que vocês, já que são psicólogos, precisam conversar com não-índio, para não destruir a natureza, que hoje nós estamos passando por uma dificuldade tão grande. Se nós não cuidarmos do nosso planeta, daqui a 10, 30 anos, vocês vão ver... Nós não vamos chegar, eu espero que eu vá chegar, mas muitos de nós não vamos chegar a ver o que vai acontecer. Cuide do quintal de sua casa, planta pelo menos um pezinho de árvore para poder respirar. E o índio lá dentro da natureza, ele vai cuidar também, tenho certeza que ele vai cuidar.

A questão da identidade

Quando se trata da etnia indígena na questão de território brasileiro, realmente quando se diz “povos da floresta”, “nativo da floresta”, a gente tem que olhar, essa questão tem que analisar, porque **dentro da floresta tem vários povos mas só o índio é indígena**. Estão todos, tem os ribeirinhos, tem os pescadores, tem os caboclos, então a gente tem que pensar. Dentro daquele contexto, daquele mapeamento, dentro daquela área, se existe indígena tem que dar uma diferenciada.

A polêmica da Saúde Indígena e os desaldeados

Outra questão que eu quero levantar, que foi muito polêmica: a questão da saúde indígena hoje no município vem deixando a desejar, porque falta informação das pessoas, de um modo geral, das pessoas que comandam cada região, principalmente dos secretários da saúde. O secretário da saúde não busca informação de saber que aquela região tem uma comunidade, o município também não interage, quando tem uma comunidade no município, o secretário não tem aquela responsabilidade de saber o direito que o índio tem ali dentro. O índio que tem que buscar esse direito, não está sendo o não-indígena, nós falamos “o branco” mas é não-indígena que a gente fala, que são vocês, com todo o respeito, porque nós somos todos iguais.

Então, nós, que estamos na frente da questão indígena, tomando conta do nosso povo, nós que estamos passando as informações para vários secretários de saúde dos municípios, eles não conhecem a lei que o índio tem, que é a Lei 80/80, que é a Lei Arouca, que nós temos dentro do município. Vocês também têm essa Lei Arouca, só que é diferenciado dentro do subsistema SUS. Nós temos que pensar em um modelo diferenciado, que é a saúde indígena. Nós temos que pensar que esses prefeitos, secretários de saúde, podem passar essas informações para os hospitais, para os postos de saúde,



porque muitas vezes ainda há uma discriminação, ainda há um preconceito contra os povos indígenas. Ainda mais quando o indígena mora na cidade, vamos supor, aqui em São Paulo: tem várias etnias de indígenas e isso nós precisamos trabalhar, pensar com carinho como conduzir isso, porque muitas vezes ele vai buscar o recurso que é de direito dele, de tratamento, e ele não consegue. Nós temos que pensar em uma forma de rever esse conceito, mas a questão também é que quando se fala “índios aldeados” e “índios desaldeados”, vira mais polêmica ainda, porque muitas vezes a própria Funasa não quer dar o direito que ele tem, quando “desaldeado”. A gente está brigando dentro do Conselho de Saúde sobre isso, sobre essa questão, nosso parente tupi-guarani, guarani, kaingang, terena, pankararu, pancararé, ou Funiô que tem aqui, são tudo indígenas, uma parte que deixa a desejar é a Funai. A Funai, junto com a Funasa, deveria fazer um mapeamento daquele povo, a documentação daquele povo, fazer uma carteirinha daquela comunidade, porque se eu sair daqui do Brasil e ir para fora, eu sou índio do mesmo jeito... Não adianta eu querer pintar o meu cabelo, que não é a minha cultura... Você tem que estar junto, interagir junto, não é porque eu estou vestindo terno, se eu estou de gravata, eu não deixo de ser índio, sou índio do mesmo jeito dentro da minha comunidade.

Representação política

Apesar de tudo, nós estamos fazendo a política que vocês, não-indígenas, estão nos ensinando e nós estamos aprendendo com vocês e vocês aprendendo com nós também. Muitas vezes já se vê um político indígena, **nós** temos 78 vereadores, temos 8 prefeitos, vice-prefeito, só que nós não temos ainda candidatos a Deputado Estadual, Federal, a gente não tem, mas já saiu em uma revista, que tem vários candidatos indígenas, em vários estados, saiu na reportagem da Funai em uma matéria, que têm vários. Isso é a forma do índio mostrar que ele é indígena e que ele também tem capacidade de lutar por um país melhor, uma sobrevivência melhor, não só dos indígenas, mas do nosso povo que são os brasileiros.

Identidade, mídia e discriminação

Foi muito bem lembrada a questão também de que quem estava no Brasil primeiro eram os indígenas, não quero discriminar os portugueses, sejam bem vindos no nosso país, estão aí, mas uma questão eu digo com sinceridade, é uma sacanagem do Governo do Estado de não reconhecer as nossas tradições, a nossa cultura, o nosso costume, por quê? Desculpe a sinceridade, eu sempre gostei de falar abertamente, não gosto sair daqui e ficar falando para os outros.



Você vê, nós vemos hoje, tem tudo quanto é evento dentro de São Paulo, não é discriminação. Vamos começar por uma que tem a parada gay, que é vista no mundo inteiro, tem as festas dos nossos colegas japoneses, que é visto no mundo inteiro também, a festa dos portugueses, dos alemães, dos africanos, e a do índio? Se o índio não correr atrás da reportagem, levar para dentro da aldeia para mostrar a cultura, o Governo não está nem aí, a população nem sabe que tem índio aqui no estado de São Paulo e isso é a minha revolta, vou ser sincero com vocês. Então, tem que mudar esse contexto, tem que mudar e fazer valer, quer dizer, esse preconceito de não querer mostrar os índios do estado de São Paulo, porque na realidade do estado de São Paulo, hoje nós temos 47 aldeias. Se o índio não for na mídia aí, alguém de vocês saberia que tinha todo esse tanto de aldeia?

Não sabia, então isso é uma revolta do nosso povo aqui do estado de São Paulo, e isso tem que ser trabalhado dentro desse grupo de GT da Psicologia, tem que ser trabalhado esse contexto, mostrar mesmo, o verdadeiro brasileiro, que levanta a sua bandeira, o dia-a-dia. Hoje, se você pega o litoral, são os nossos parentes guarani quem preserva mais a natureza hoje, aqui no estado de São Paulo. São os indígenas e eles não são queridos ainda, muito da opinião pública castiga o índio em palavras, a gente ouve muito, tem vezes que a gente tem que ficar calado, para não causar indiferença. Isso dói dentro do nosso povo e as nossas crianças sofrem também. Por que hoje nós temos escolas diferenciadas? Porque muitas palavras de ofensa nossos filhos já viram na escola não-indígena, até mesmo dentro da Saúde.

Esses dias eu estive em Santa Catarina com o prefeito e ele falou: “Eu não vou mandar carro para esses bugres, não”. É uma palavra que dói dentro da gente, vocês são psicólogos, o que é essa palavra bugre, fala para mim? A palavra bugre é uma pessoa que não tem vontade de vencer na vida, que não tem valor, é uma pessoa qualquer, que não tem cultura, que não tem tradição nenhuma, bugre.

Para ser aceito na aldeia

Então, quando vocês forem dentro da aldeia, já vou até alertar, para trabalhar com nós índios, vocês vão ter que pegar o nosso jeito de trabalhar. É igual o que Marcos Tupã estava falando, vai ter aldeia que vai se fechar e se vocês chegarem com uma palavra dessas dentro da aldeia, acabou.



Índio é ser humano

Outra questão: se você tem dentro de você um pouco de sangue indígena, nunca se fala dentro de uma comunidade, que a sua avó foi “pega a laço”, seu parente foi “pegado a laço”, porque machuca. O índio não tem chifre, o índio não é de quatro patas, o índio é um ser humano igual vocês, então é isso que eu quero passar para vocês, essas questões nós temos que analisar muito bem analisado. Então, nós temos que tomar muito cuidado, até eu queria também sugerir, aproveitando essa oportunidade, de nós fazer reuniões com todos os caciques, com professores e com profissionais de saúde indígena, para ir divulgando esse trabalho.

Vergonha e oportunismo

Outra coisa: tem muitos indígenas na região do Nordeste que têm vergonha de ser índio, muitas vezes nós temos que tomar cuidado. E lá em Brasília, nas câmaras dos deputados, a gente já tem um caminho, um espaço aberto, então muitas vezes tem pessoas que falam que são índios, para aproveitar dessa situação. Isso é outro contexto que eu quero deixar para vocês, que tem que tomar muito cuidado. Tem muitas pessoas que falam que são indígenas para aproveitar da ajuda que os nossos governantes dão para a Funasa, para a Funai. Então, tem que tomar muito cuidado sobre isso, na mesma hora ele não é índio, e quando ele precisa, ele é índio.

E também quero deixar bem claro para vocês: pelo censo do IBGE, tem 65.805 indígenas de todas as etnias aqui no estado de São Paulo, e para frente vocês vão saber o trabalho que o Daran vai fazer para tentar ajudar esse povo, tá bom? Muito obrigado, Nhanderú protege cada um de vocês, até a próxima, se Deus quiser. Tchau.

Jazone de Camilo

72 anos, 25 dos quais como cacique da aldeia Ekeruá, terra indígena Araribá, em Avaí, SP. Etnia terena.

Preocupação com o esvaziamento da tradição

Eu vou falar da minha aldeia porque os caciques estão lá e a gente conhece os caciques, então eu vou falar da minha aldeia e da minha origem. Eu sou terena, minha origem é de Mato Grosso, a gente tem trabalhado bastante tempo com



os indígenas, até hoje ainda está com esse trabalho aí. Hoje está bem adiantado, por causa dos estudos, não é? Na minha época era diferente, mas eu tenho preocupação aí nesse estudo, porque o que acontece com a minha preocupação? É porque a aldeia esvazia. Então, vai abrir a escola, vai tudo para a cidade e como é que fica a aldeia? Eu estou de acordo, como cacique, estou de acordo dos indígenas estudar, aprender mais da cidade e depois que se formar, retornar para as aldeias, para ensinar os mais jovens que tem dentro da aldeia.

A questão da terra

Aí a situação nossa está difícil, porque nós temos a terra, uns 200 alqueires mais ou menos, aí a terra não dá, nós somos 42 famílias, 157 pessoas, é pouquinho. Mas se for algum de nós melhorar de vida, então o que acontece? Aí o índio que melhorou vai para pegar 10 alqueires, aí quando for somar tudo por alqueire, pela quantidade de família não vai dar, então por isso que ficamos na balança, ninguém tem mais e ninguém tem menos, então é isso.

Exercendo a liderança, vencendo o medo

Eu falo pouco por que é difícil eu ir em uma reunião, às vezes dá uma tremedeira, por que as vezes a gente não sabe o que falar, mas como a gente é convidado, então estamos aqui. Eu não sei se eu vou falar certo ou vou falar errado, eu não sei, mas o que eu pretendo falar, eu vou explicar.

Valorização da cultura e interferência do branco

Nós temos que falar o nosso idioma, porque nós somos índios, nós vamos morrer índio, nós não podemos por máscara para trocar a feição, para trocar o cabelo, não pode, nós vamos morrer índio. Então, eu gostaria que os índios ficassem na deles mesmo, falando idioma, fazendo a cultura, ficar na sua aldeia, ficar dentro da aldeia, por quê? Porque o índio legítimo tem que morar na sua aldeia, tem que morar na sua aldeia. Então, o que acontece? Antigamente, a turma morava tudo na aldeia, porque ficou assim essa mistura? Porque os brancos chegaram se apresentando: “Olha, nós vamos fazer isso, nós vamos fazer aquilo”, então o que acontece? Quando a gente vê as pessoas, as meninas e os meninos, a gente tem um interesse, não é? Então, o que acontece dentro da aldeia é isso aí, e eu fico preocupado com essa parte, por quê? Porque aí vem as pessoas de fora, os brancos, e vai misturando.

Então, isso aí não é o certo, o certo é o cacique ter voz ativa lá dentro, ter pulso firme lá dentro, combater com a sua comunidade e falar sério com aquelas meninas, e falar sério com os rapazes, para que não aconteça, por quê? Porque



fica difícil, não é? Fica difícil, depois uns vem, depois outros. Mas se eu estou na minha aldeia, eu estou fazendo força para casar com o próprio parente. Esse território é garantido pelo governo. Essa parte aí sobre o pajé, como que fala? nós temos pajé lá, sabe? Então, isso aí é direito do índio, tem que ter seu pajé que é dono da aldeia. Eu acompanhei a minha mãe, acompanhei meu avô, porque nós somos católicos, mas nós temos as nossas... Lá tem benza, cura, pajelança. Mas que nem agora com o negócio da Funasa, qualquer dor de dente é Funasa, qualquer dor de cabeça é Funasa, vai vomitar é Funasa.

Então, cadê o pajé? Cadê o remédio do pajé? Será que não tem? Não é isso, porque antigamente, bem antigamente, os índios não precisavam correr pra cidade, 100 km, 100 léguas... Foi mordido de cobra, o pajé está ali para curar, mordida de mosquito, o pajé está ali para curar, e hoje não, hoje modificou. Então, eu acho que nessa parte não é certo, mas como evoluiu e a gente deslocou, então a gente também tem que se consultar com eles, é um direito que a gente tem hoje.

Necessidade de trabalhar para o branco

Na minha aldeia, lá em Avaí, aqui em Tereguá, nós temos o projeto do meio ambiente. O que aconteceu lá? Acabaram com a nossa aldeia, hoje nós temos que sair três horas da madrugada para catar laranja, para cortar cana. Temos terra sim, mas não tem dinheiro, não tem recurso para tocar. Inclusive, nós podemos plantar cana, mas a Funai não autoriza, a Funai não autoriza plantar laranja, por quê? Por causa dos venenos, tal, tal, então ficamos com os braços cruzados, então nós temos a terra mas estamos com os braços cruzados, porque a Funai não deixa a gente plantar, por causa dos venenos. Então, é isso aí, eu acho que a minha fala é isso, muitas vezes a gente perde até a fala. Muito obrigado a todos.

Gerson Cecílio Damaceno

Cacique da aldeia de Vanuíre. Etnia krenak.

Rememorando o mito krenak

Vamos falar um pouco para muitos que não conhecem sobre a minha vinda e do meu povo krenak, que estão aqui no estado de São Paulo e na aldeia Vanuíre. Nossos tios viram aqui na década de 40, chegaram os índios krenak aqui. É uma história bonita a do povo krenak, eu vou contar a história de como



surgiu o povo krenak. Então, o povo Botocudo era muito perseguido, muito perseguido inclusive por causa do ouro, então uma índia foi, por meio do pajé, ela foi ganhar uma criança, um indinho que chegou. E o pajé falou, a parteira levou ela em um lugar onde ia fazer o parto dela, e lá ela ficou de cócoras e a criança nasceu e bateu a cabeça na terra, aí o pajé deu que tirasse o nome dos índios botocudo por perseguição, então colocasse krenak, por quê? “Kre” é cabeça, “Nak” é terra, a criança bateu com a cabeça na terra, então aí ficou krenak, é uma história muito bonita.

Então, a gente vinha de lá pra cá, porque a aldeia ali do Vale do Rio Doce foi totalmente tomada, toda tomada a terra toda. Colocaram os índios para onde a Daniela falou e levaram os povos krenak, eu vi muita morte.

Uma aldeia multiétnica

Agora dia 12 eu vou fazer 53 anos de idade, nessa luta pelo nosso povo e viemos aqui para a aldeia Vanuíre, que foi retomada a terra de volta, eu como já tinha a minha esposa, meus filhos e meus netos, não queria voltar mais para lá, não voltei. Fui escolhido 18 anos como cacique dos krenak, aqui tem os Pankararu, aqui tem os pankaram aqui no nosso meio, tem índio aticum no nosso meio, terena também está no nosso meio. Lá na aldeia de Vanuíre são 6 etnias e a gente está ali, na maior alegria.

Território insuficiente

Nós estamos ali com essas seis etnias, nós estamos com 260 alqueires de terra, não sei mais para onde nós vai, as terras estão aquelas terras fracas, você vai fazer análise da terra, cada alqueire vai ter que por 4 mil quilos de calcário, é assim por diante, a terra é fraca, então a onde nós vai? Nós não temos mais como plantar, nós estamos com 120 alqueires de mandioca plantada, não tem mais para onde a gente expandir a nossas terras, a região inteira sabe que ali Vanuíre está um espaço muito pequeno. Está aumentando muito índio ali dentro, então vai chegar um momento que nós vai ter que mudar os passos, porque a intenção do índio é aumentar e assim por diante. Então, com esses trabalhos, com essas coisas tão bonitas que a gente viu aqui, da Bianca, da Daniela, do Robson, o que falou, e a Lumena... Então, o que a Lumena falou aqui, isso é muito importante. É um espaço que a gente está vendo, é uma contribuição de vocês com o povo indígena que está tendo, então é hora de nós ir a luta, se esforçar para que isso aqui venha acontecer, é para o melhor. São Paulo é um Estado muito grande, muito rico, e nós estamos lá em um pequenininho lugar, praticamente dizendo a vocês sobre o sofrimento. Cada



cacique está aqui representando a sua aldeia, e nós temos 210 índios dentro da aldeia. Em cada coração de vocês, em cada olhar, em cada pensamento, e cada um dando a mão, nós vamos vencer. Eu não tenho muito o que falar gente, sinceramente, eu estou impressionado mesmo com esse trabalho, é um trabalho muito lindo, eu não esperava isso daqui de jeito nenhum, é uma coisa muito linda, uma equipe dessa aqui só tem que ganhar, só tem que vencer, e nós vamos vencer juntos.

Limitações impostas à tradição

Eu esqueci de um pequeno e um grande detalhe que o Robson me cobrou aqui agora.

Lá da aldeia de Vanuíre há vários índios que já foram presos por pescar lá no Rio Aguapeí, são processados, eu vi índio algemado. Sinceramente, aquilo me cortou o coração. Como acabou de falar o nosso parente ali, tem que ter espírito forte para nós não fazer besteira, porque a pior coisa que tem é o homem e a mulher fazerem uma besteira que depois é tarde. Eu vi inclusive um menino de menor e um de maior, andando na rua algemado, porque matou uma capivara para sustento da sua casa. A gente vai pescar no Rio Aguapeí, a gente sai da nossa aldeia, na nossa aldeia não tem rio, não tem mata, está tudo desmatado, deixaram praticamente a terra ali pelada, sem nada, então de vez em quando a gente tem vontade de pescar, mas tem medo.

Há muitos anos, eu tinha 13, 14 anos, tanta gente ia pescar, e a gente era barrado por pistoleiros. Ia pescar, era a gente só correndo e eles atirando em nós. E hoje nós estamos dentro da aldeia com as nossas mãos amarradas.

Precos de socorro

Então, tem uma coisa que a gente está ali dentro pedindo: “Senhor, ajuda nós” porque em Vanuíre a parte espiritual a gente busca no Criador, porque o Senhor é verdadeiro e ele é espírito de verdade. E tanto como índio, japonês, todo ser vivente na terra, humano, nós somos irmãos por Cristo. Então, a gente tem que estar muito acertado com Deus, como o cacique falou, para buscar tudo de uma vez a gente não aguenta, porque o Senhor, ele é o Senhor do que é certo, não é? Ele é tudo.

Cultura tradicional

Nós temos uma cabana também que toda segunda-feira tem a cultura, e todos os dias nós temos dois professores, um kaingang e um krenak, ensinando os nossos filhos. Todos os indiozinhos lá falam dois idiomas, o



krenak e o kaingang. Então, gente, é assim: nós estamos vivendo em um lugar ali que muitos chegam, acham que está tudo bem, mas está dentro do nosso coração: nós sabemos o que nós passamos, e nós precisamos. Hoje eu vejo uma coisa linda, que já foi falada aqui, e eu torno a dizer para vocês: eu creio que Deus vai nos abençoar nessa luta, nessa guerra, ou seja, que Deus do céu abençoe todos nós. Obrigado.



Roberto Carlos Indubrasil

Cacique da aldeia de Icatu. Etnia kaingang

Falando de tristezas e alegrias

Nós estamos aqui agradecidos pela oportunidade que nos ofereceram nesse dia, para estar juntos discutindo. Isso é um motivo de alegria para nós, porque estamos sendo vistos, e é como se diz: antes nós tínhamos um passado com fartura, hoje nós temos que sair das nossas aldeias para buscar a caça, buscar a pesca fora das aldeias, e para nós isso é muito triste. Por isso estamos aqui apelando para que venham não só a nós e nossas aldeias, mas o conjunto de outras aldeias. Eu tenho certeza que nós vamos conseguir o objetivo que é a ampliação das terras, porque essa é uma necessidade muito grande e contamos com ajuda. Temos certeza que a nossa história está pela metade, hoje era para estar aqui a dona Catarina contando a história lá atrás, porque lá de trás nós não sabemos nada, o que nós sabemos é de 35 anos para cá. Então, hoje, para nós é uma alegria, porque estar aqui junto com cada um, buscando um objetivo que é melhorar, tenho certeza que todos juntos, nós e os caciques, as lideranças, o povo da saúde, juntos temos certeza que nós vamos atingir nosso objetivo. O que eu tinha para falar é só isso, muito obrigado.



Ranulfo de Camilo

Chefe de posto da Funai na aldeia Icatu. Etnia terena.

A importância do psicólogo na prevenção

Bom dia a todos, eu quero agradecer a Deus que está no meio de nós, quero agradecer a presença das autoridades e dos parentes também. Bom, para mim é muito importante essa palestra, estou participando pela primeira vez.



Queria dizer que a importância do psicólogo na nossa aldeia é muito grande, por quê? Porque a gente tem que prevenir as situações que prejudicam as nossas lideranças, principalmente no conflito familiar, tem que ter diálogo, união, apoio, planejamento familiar e dinheiro. Violência verbal, física, sexual e violência contra idosos, bebida alcoólica também temos que prevenir, causando preocupação familiar, causando problema nas comunidades e fora da comunidade, porque quando o índio está embriagado na cidade, ele cria briga e a gente tem que estar apoiando na cidade. Então, para nós é muito importante estar desenvolvendo esses trabalhos dentro das aldeias. Nós temos também profissionais da saúde da Funasa, que sempre está atuando dentro das comunidades indígenas, nas aldeias. Temos também o setor profissional que está sempre auxiliando: o doutor Marcos, Silvia, os auxiliares de enfermagem do local, e também o pessoal do município que sempre está apoiando a gente e a nossa aldeia.

Trabalhando com os mais velhos

Eu vi o pessoal falando muito das aldeias, então não é que eu esteja engrandecendo a minha aldeia, mas eu tenho um trabalho dentro da Icatu e eu trabalhei sempre junto com os mais velhos. Vai fazer um mês que a gente perdeu a dona Catarina que era uma senhora de idade, a única senhora de mais idade, a mais velha da nossa aldeia, que nos ensinou a fazer as comidas típicas. Então, isso deixa a gente muito emocionado na nossa comunidade, mas, por outro lado, ela deixou o exemplo para nós.

Reconhecendo necessidades

Precisamos de muita terra o pessoal falou, precisamos mapear nossa terra, porque nós temos 120 alqueires só na aldeia, nós estamos com 220 pessoas lá dentro, então precisa muito de apoio das pessoas não-índio para ficar ajudando mesmo a nossa comunidade.

Eu ouvi o Robson, que é uma pessoa de luta e sempre trabalhou com nós desde o dia que a gente se conheceu, passando esse mapa das aldeias que estava aí, e nem o índio mais antigo tem o conhecimento de como está esse mapeamento, então a gente precisa muito de apoio do não-índio para estar auxiliando mesmo as nossas lideranças. Vou deixar minha mensagem em meu idioma, porque eu sou índio terena, para poder me retirar. O meu muito obrigado.



Juraci Cândido Lima

Liderança da aldeia Pýaú, em Barão de Antonina.

Falando de dores e preocupações

Eu tenho 57 anos, eu alcancei um pouquinho do tempo do SPI ainda, então eu vi vários índios antigos, que hoje eu não gosto nem de lembrar. Essa parte da Psicologia que fala que a tristeza vai batendo até roer a órbita, então eles faleceram desses problemas aí. Então, principalmente o problema nosso é cultural, porque hoje nós não temos mato mais, nós não temos rio, que é a nossa alegria, foi acabando tudo, até eu mesma cheguei a tomar remédios antidepressivos de pensar nessa parte, principalmente nos meus antepassados, meus bisavós, meus avós que já faleceram tudo. E uma grande perda que nós tivemos agora, há pouco tempo, foi do Claudemir Marcolino, uma liderança muito firme que batalhou muito em cima desses problemas aí, porque hoje nós temos saúde, educação e ele ajudou muito. Eu agradeço a ele, aos irmãos que estão ali, e onde ele estiver, que Deus o tenha lá junto com ele. E principalmente com a parte da saúde nossa das aldeias, os jovens, adolescentes, eu tenho muito medo porque eles podem trazer muitas doenças lá de fora, as doenças transmissíveis, a gente tem muita preocupação com os jovens da aldeia.

Com esse trabalho que vocês estão fazendo, ajudando a gente, a gente agradece muito e que faça funcionar dentro das aldeias. Faz quatro anos que eu estou ali no Barão de Antonina e eu nunca vi um trabalho como o de agora dentro da aldeia. Tem eu e meu filho, o Reginaldo, que já chegamos a tomar remédios antidepressivos por causa do problema de terra, da parte cultural, principalmente da nossa cultura. Então, a gente fica muito triste... Eu creio que todo mundo das aldeias fica triste, os nossos parentes que estão trabalhando nesse sentido do resgate da nossa cultura, que nem eles estavam falando agora, que a gente perdeu.

E quero agradecer também a Eunice que está ali, que é uma pessoa que sempre ajudou a gente na parte da saúde, continua ajudando e eu creio que ela vai ajudar ainda nessa parte, agradeço muito a ela também. O que eu tinha para dizer é isso, eu não sou de falar muito, eu não participo de reunião, é a primeira vez que eu estou participando aqui com vocês, estou muito emocionada das palavras das meninas aí, nosso histórico que foi contado na parte do trabalho do Robson.



O sagrado, espiritualidade e cura

Na parte do sagrado nosso é que você vê a influência do não-índio na aldeia, o que fez com que a gente deixasse um pouco assim a cultura de lado. Hoje eu não faço minha reza aqui na presença, em público, porque isso é uma coisa sagrada nossa. Aí a gente fez músicas para as crianças cantar, porque eu não gosto, vou falar sinceramente, eu não gosto de rezar assim em público, porque essa parte cultural nossa é sagrada para nós, para mim principalmente, sei lá se vai sempre ser também, não é? Mas é muito importante para nós essa parte, eu não sei nem como explicar isso, porque a gente tem as crianças dentro da nossa aldeia e a gente está passando para eles o que os antigos passaram e que hoje a gente sabe.

Eu convivi com muitas pessoas de mais idade, então a gente lembra como é importante a cultura, principalmente a espiritualidade nossa dentro da aldeia. Antigamente, nós tínhamos o pajé, o Nhanderu, porque eu não falo pajé, eu falo Nhanderu, o nosso Nhanderu que eu falo é o nosso rezador dentro da aldeia, que é o que curava, fazia remédios, que nem ele falou assim que hoje a gente corre atrás da Funasa, corre... Eu sou uma pessoa que eu tenho uma menina, ela está aqui comigo, a Célia Regina, e na parte da espiritualidade minha, eu curei ela com remédio caseiro, que ela teve uma anemia profunda, a menina tinha dois anos de idade e não governava o pescoço mais, e naqueles tempos do SPI não tinha enfermeiro dentro da aldeia, não tinha ninguém. Então, o que eu fiz? Me apeguei ao Nhanderu, falei: “O Nhanderu que vai ajudar eu” e eu aprendi com meu avô, ele já tinha falecido, eu sei que nessa parte eu tenho fé que eu vou curar ela, aí eu fiz o remédio para ela, ela tomou, e hoje ela está aí, é mãe, tem 5 filhos.

Então, por isso que a parte espiritual nossa é muito importante para nós, que a gente carrega no coração, e a gente na idade que eu estou, já vai passando para os outros como é importante a nossa parte espiritual. E o remédio caseiro até hoje eu uso, porque tem um problema de gripe aí, o pessoal tudo ficou com medo, porque veio matando todo mundo, na minha aldeia queriam proibir de entrar gente estranha, então eu falei: “Nada disso, vocês não tem fé em Deus?” Aí o que eu fiz? Deu lá em umas crianças pequenas, até o menininho que está aí comigo, o Nicolas que é meu neto, nem levamos para médico nenhum, vamos dar remédio aqui em casa, eu tenho fé em Deus que isso não é nada, isso aí é a parte espiritual nossa, eu fiz aquele remédio para ele e ele está aí brincando. Então, por isso que a gente preserva muito a parte espiritual nossa. É só isso que eu tenho a falar e que Deus abençoe todo mundo, meus parentes e meus irmãos que estão aqui, e todos vocês. Muito obrigada.



Claudino Marcolino

Cacique da aldeia Nimuendaju. Etnia tupi-guarani nhandéwa.

Espiritualidade

Nessa parte da espiritualidade, minha gente tem até o tiramuin que eu trato lá na minha aldeia, que é o homem mais velho que conhece de raiz, que conhece a parte de passado nosso. Hoje eu tenho 40 anos, então a gente trouxe ele para dentro da aldeia justamente para colocar essa parte. Então, é uma parte espiritual que a gente tem dentro da aldeia que a gente não leva para as pessoas não-índio, é entre os próprios índios lá de dentro. Então, dessa parte espiritual eu estava só esperando uma oportunidade para mim falar, porque eu sou o cacique, eu falei que devo explicar isso ao povo que está aqui, agradecendo por essa reunião aqui.

Psicologia e preocupação

O que eu entendo por Psicologia: há muito tempo atrás, há 500 anos que os índios vêm sofrendo dentro das aldeias, e hoje as pessoas não entendem como é a mente do índio, o índio ele vive o dia-a-dia preocupado. Igual ela falou do meu irmão falecido, hoje está fazendo 7 dias, ele se preocupava muito e falava para nós a respeito disso, ele queria conseguir a área indígena, a terra, a ampliação da terra para o seu povo, e morreu com problema até de diabete, essa doença que veio depois que o índio começou a conhecer coisas de não-índio. Minha avó morreu com 115 anos dentro da comunidade indígena, ela vinha comendo a comida natural, mas tudo isso nós viemos perder dentro da comunidade. E isso é a parte da Psicologia, porque o índio foi obrigado a mente dele a acompanhar o não-índio dentro da população dele e isso vem batendo na mente indígena.

Valorização da cultura

O que hoje a gente busca dentro da comunidade é a cultura e nós temos o centro cultural na aldeia indígena de Nimuendaju, na qual eu sou cacique. Todas as vezes a gente leva as crianças para lá e eles se sentem felizes, eles não estão no meio de encrenca, fazendo nada, então eles estão com a cabeça tranquila, estão fazendo artesanato, estão fazendo o trabalho deles sem pensar e sem forçamento, vocês entenderam? Como eles estudavam fora, agora eles ocupam a mente deles e a mente vai voltando para outra coisa.



Percepção psicológica

Tem isso tudo dentro da aldeia, da área indígena, e os psicólogos que estão aí já entendem esse problema porque eu vi ali, pelo que deu para perceber, que eles já estão sabendo que a mente do índio é diferente do não-índio, porque eles são já nascidos e criados para negócios, para a inteligência. O índio não, a mente dele é para pesca, caça, artesanato, coisa que já não temos matéria prima dentro da área indígena para nós fazermos. Então, tudo isso é uma preocupação, hoje eu estou com 40 anos, mas pra mim eu já estou com 50, porque o cansaço é muito, eu luto para a comunidade, para conseguir isso e às vezes é difícil encontrar pessoas para nos ajudar. Eu agradeço por isso, porque vocês estão aqui tentando nos ajudar, mas eu quero pedir de coração que vocês procurem entender primeiro a mente dos nhandéwa que são os índios. Os índios guarani, terena, todos passam por esse processo difícil da vida, então é isso que eu queria falar.

Voltando ao espiritual

Da parte espiritual é duro até a gente falar, porque a gente tem sentimento, a gente mexe com os antepassados da gente, que era muito forte, e hoje a gente está buscando devagar. Não pode chegar assim e buscar tudo de uma vez, a emoção é muito grande, quando acaba nós não aguentamos, você entendeu? Então, é devagar que a gente vai buscando, primeiro a cultura indígena no trançado, na língua e depois Nhanderu, que nem ela falou, é Deus, vai buscar o resto para nós, então é esse o objetivo nosso. Agradeço por essa oportunidade, obrigado.

Anildo Lulu

Cacique e professor indígena da aldeia Tereguá. Etnia terena.

Cuidados ao entrar numa aldeia

Eu sou o cacique da aldeia Terena e queria pedir aos companheiros da Psicologia muito cuidado com o trabalho e a questão de Psicologia quando for trabalhar em aldeia indígena, nas áreas indígenas. Nós temos diversas aldeias, cada aldeia tem a sua etnia que tem a sua cultura, e também tem os seus regimes internos, e muito cuidado.



Desmonte cultural

Parabéns pela colocação do cacique Jazone, porque a nossa cultura e as nossas etnias estão se desmanchando devido a esse sistema que está sendo trabalhado na questão das áreas indígenas, temos que ter muito cuidado porque nós indígenas mudamos sim, a gente evoluiu sim, mas por quê? Devido ao esforço, devido ao crescimento, a tecnologia. Hoje os nossos parentes tem que trabalhar muito, ele tem que vestir seu filho, ele tem que ter água encanada, ele tem lá um celular para o seu filho, ele tem que ter lá televisão para o seu filho, tem que ter lá um computador para o seu filho, mas não deixou de ser índio, foi bem colocada essa questão, mas só que isso vem trazendo um estresse aos mais velhos, como disse o cacique Jazone. É difícil entender, porque nossos antepassados não tinham tanto essas preocupações, mas hoje temos, por meio do estresse temos a hipertensão, temos aí a diabete por meio da alimentação, toda essa mudança. Então peço o maior cuidado, um carinho especial no trabalho de Psicologia, no trabalho do psicólogo na questão indígena, seja na educação, na saúde ou trabalho familiar.

Planejamento familiar

Uma questão que me preocupa muito é a questão do planejamento familiar, que nossos indígenas estão ficando, os mais velhos estão ficando um pouco também, estão deixando um pouco a questão familiar que antigamente a gente tinha 7 ou 8 filhos... Entendemos também que a questão cultural era de bastante filho e hoje nós temos planejamento familiar devido a situação. Hoje o que nós não podemos é criar nossos filhos como antigamente, porque o nosso psicólogo, como disse o cacique da Darã também, era a natureza, era a água, o vento, a chuva, era o peixe, era a caça, eram os passarinhos. Então, tomar muito cuidado nessa questão, eu peço encarecidamente esses cuidados, talvez na fala, no silêncio dos nossos parentes, só isso que eu queria dizer.

Preocupações com a educação nas aldeias

Para contribuir um pouco com a questão de atuação da Psicologia nas áreas indígenas, eu acho que, melhor que eu, estão presentes aí os nossos companheiros, diretores de escolas das aldeias, que também poderiam falar. Isso é muito importante porque eu observo a mudança de comportamento das nossas crianças hoje na aldeia, e a gente precisa muito de acompanhamento nesse trabalho do psicólogo na área de educação. Hoje nós não temos esse



acompanhamento, não sei se algumas áreas dos municípios oferecem esse tipo de acompanhamento devido ao comportamento de alguns alunos, crianças, que hoje observamos não é como antigamente.

Hoje, o comportamento dos nossos alunos, dos nossos filhos, pela questão de celular, televisão, computadores, a gente vê mudanças visíveis de comportamento dos alunos na área indígena. A educação oferecida hoje, em vez da escola fora da aldeia, hoje ela atende dentro da aldeia. Tem professores, merendeiras, diretores, vice-diretores na aldeia e foi bem visível essa mudança da educação. Em algumas aldeias retornaram os alunos da cidade para a aldeia, e hoje pelo que a gente observa, eu trabalho dentro da área, eu sou o cacique, eu participo da educação, saúde, sempre estou envolvido no meio.

A gente observa que aqueles que vieram da cidade trouxeram um pouco de problema para a educação dentro da aldeia, porque ele mudou o seu comportamento de fora para dentro da aldeia. Quando o aluno sai fora da aldeia há uma mudança muito grande em relação àqueles que ficaram na aldeia. Então, é uma preocupação muito grande a questão da educação, dessa mudança nesses alunos e o acompanhamento do comportamento das nossas crianças, dos nossos filhos, dentro das salas de aulas.

Eu acho que esse acompanhamento seria muito importante, porque já que o Estado oferece educação, precisa dar esse respaldo do trabalho do psicólogo, para estar acompanhando esses alunos, inclusive aqueles que retornaram para a aldeia com mudança de comportamento. É importante o acompanhamento desse profissional, é importantíssimo estar acompanhando essa área da Educação. Essa é a minha contribuição sobre a dificuldade dos professores que atuam na área de educação.



Júlio César Pio

Vice-cacique da aldeia Ekeruá. Etnia terena.

Projeto ambiental nas comunidades

Eu sou terena, minha mãe é guarani e meu avô kaingang, então eu tenho uma mistura aí. Sou vice-cacique da aldeia Ekeruá e tenho vários trabalhos, projetos ambientais de recuperação da mata ciliar. Esse trabalho eu faço não só com a minha comunidade mas também com a comunidade da outra aldeia. É um trabalho que a gente vem desenvolvendo junto às crianças e jovens da escola, também com os idosos, de estar dando importância



para a nossa mata no nosso dia-a-dia, no nosso convívio. Por que a gente está preocupado? Porque antes nós não tínhamos essa preocupação de não ter água para o futuro, então eu, como coordenador dos projetos, estou preocupado com os nossos jovens, com as futuras gerações, para que eles não tenham essas preocupações que a gente está tendo hoje, o perigo de acabar a água.

Foi comentado aqui que não tem mais água naquela nascente lá do Vanuíre, por quê? Porque falta mata ciliar e falta também espaço, porque no espaço que tem na aldeia, a gente tem que plantar no máximo das nossas terras. Aí que a gente vê o quanto tem que ser ampliadas as nossas terras, e a gente tem que cuidar bem das nossas nascentes para que a gente não venha a perder essas nascentes que são tão importantes.

Eu estava fazendo uma palestra lá em Avaré sobre esses projetos e essa preocupação que a gente tem sobre a mata ciliar, então levantou o prefeito lá, que foi presidente do Comitê de Bacia, também dando a importância das matas, das nascentes e dos rios. Esse processo a gente está fazendo com as crianças para não que venham a se preocupar só quando estiverem adultas, mas que se preocupem desde a idade escolar. Então, é um processo que a gente tem que antecipar, entendendo a importância do que a gente está fazendo com as crianças da escola.

Formação de jovens multiplicadores

Eu vou fazer a apresentação do trabalho que a gente está desenvolvendo na terra indígena de Araribá. É um projeto em parceria com a Funai, Funasa e a ONG “Instituto de Defesa do Meio Ambiente Indígena”, uma ONG indígena que a gente tem lá. O nome do projeto é “Saúde Ambiental da Terra Indígena de Araribá” que a gente almeja alcançar em parceria com a comunidade, com a escola, a saúde e de um modo geral os moradores e todo mundo da aldeia. É um projeto que tem o significado de fortalecimento da terra e do corpo. Ele abriu as portas também para a gente entrar no Comitê, eu faço parte da diretoria do Comitê de Bacias.

Nas atividades de educação ambiental, a gente fez com os jovens concursos de frases voltado ao meio ambiente, cujo prêmio foi uma bicicleta. A frase que foi classificada foi a do Paulo Mateus, que ganhou com essa frase o concurso das camisetas: “Quem não respeita a natureza, não se respeita.” No começo os jovens não estavam entendendo o que estava acontecendo, então a gente faz palestra para eles entenderem que o que é voltado para o meio ambiente não é só mata, não é só rio, tem vários setores que a gente



dá palestra para eles. As crianças da escola e os moradores fazem mudas e as mudas são trocadas como dinheiro para comprar uma roupa, para comprar um calçado, um brinquedo, que são doados pelas escolas, universidades, temos várias parcerias também. Teve também um bazar do meio ambiente que a gente fez lá na aldeia Ekeruá. Algumas pessoas que trabalharam com nós foram a Maria Luisa, que é assistente social da Funasa, a Regina e o Vadão, que é motorista e agente de saúde.

Quando a gente vai para campo fazer a restauração da mata ciliar, a gente primeiro faz uma palestra para os alunos, para ensinar a importância do que eles estão fazendo. Se a gente só pegar e levar eles para mata, para restauração da mata ciliar, vai ser complicado, a gente tem que passar a importância do que a gente está fazendo. O resultado esperado do nosso trabalho é desenvolver o meio ambiente, com a efetiva participação dos professores, dos alunos e dos adultos nas atividades, então a gente procura envolver todo mundo para que cada uma dessas pessoas seja um multiplicador do conhecimento.

Identidade indígena

Eu queria comentar também sobre a convivência de não-índio nas aldeias, pelo que falou a Bianca. O não-índio entra lá e quer ser índio, o outro não quer ser índio, ele deixa de ser índio ou não é índio? Então, eu acho que não... Para nós que somos índios, a gente é índio ou não é índio. Pode entrar qualquer um lá e falar “Olha, eu sou índio também”, mas não é assim que a gente vê, não é? Por isso que o cacique Anildo colocou bem, tem que ter essa preocupação do que estar falando, de tomar muito cuidado do que a gente fala, por que eu estou falando isso? Porque a gente tem vários jovens na aldeia, então pode até se casar com um rapaz lá de fora, aí ele vem e aprende a falar o idioma e fala “eu também sou índio, eu tenho meus direitos” mas e o sentimento do índio, ele tem o sentimento do índio? o branco é um sentimento diferente de nós. Então, a gente é índio, a gente pode morar no apartamento, morar na cidade, a gente pode fora do Brasil, que a gente continua sendo índio. É isso que eu queria falar para vocês.



Cláudio da Silva Félix

Liderança terena, professor indígena representante do NEI – Núcleo de Educação Indígena.

O Núcleo de Educação Indígena

Eu sou representante do NEI, hoje estou atuando como vice-diretor, sou professor, no caso, de Educação Infantil. Nós não temos lá o Ensino Médio, só o Ensino Fundamental, ainda não implantamos o Ensino Médio, mas eu percebo assim que, representando o NEI que é o Núcleo de Educação Indígena do Estado de São Paulo, represento a etnia terena e também as outras comunidades que acabam representadas nesse Conselho.

Necessidade de psicólogos educacionais

Bom, para contribuir, eu vejo que os nossos alunos hoje precisam muito do apoio dos psicólogos, a Psicologia hoje na educação indígena é fundamental, tanto para o desenvolvimento dos nossos alunos, quanto para ter um entendimento, para ter um convívio melhor, no sentido de, no caso do retorno dos alunos quando saem para a cidade e depois voltam para estudar na aldeia, tem que ter muito jogo de cintura dos professores, tem que estar bem preparados, dar uma aula de qualidade. Esse é o desafio: preparar os nossos professores indígenas para dar uma aula de qualidade. Esse é o desafio, para que os nossos alunos, em cima disso, possam estar reivindicando e acima de tudo saber quais são os direitos deles e os deveres também. Então, é importante a parceria, no caso a Psicologia estar envolvida na educação indígena e em todos os âmbitos da educação e também da vida de cada aluno, de cada indígena nas suas comunidades. Então, eu penso assim, à maneira que os nossos caciques, nossa liderança disseram no início: é fundamental ter cuidado de como entrar, de como fazer as questões. Os nossos alunos, como a gente percebe, eles são bem mais, como é que eu diria? Se falar assim: “Vamos falar em público, vamos falar no que vocês estão pensando”, não é fácil coletar essas informações, é o hábito do indígena, são poucos que gostam de falar no microfone, falar em público, mas isso daí vem da escola também, de estar preparando esses estudantes, para cada vez mais usarem a caneta como arma para estar reivindicando e sendo respeitado nos seus direitos. Espero que tenha contribuído no sentido de estar pedindo a parceria dos nossos psicólogos.



Alício Lipu

Professor indígena e vice-diretor de escola da aldeia Ekeruá, etnia terena.

Cuidados ao lidar com as comunidades indígenas

Eu não sei se vou contribuir para esse momento que a gente está vivendo aqui, peço licença para os caciques e lideranças que estão aqui presentes. Eu também trabalho na área de educação escolar indígena, mas eu gostaria de chamar a atenção para os profissionais, os psicólogos que estão aqui trabalhando, para a elaboração desse texto que a gente está vendo aí, é preciso ter muito cuidado, porque afinal de contas estão lidando com a comunidade indígena, de diferentes etnias, pensamentos diferentes. Então, é preciso levar mais tempo, amadurecer a ideia para que não venha mais um trabalho que venha prejudicar a nossa comunidade, porque eu vejo assim: nós estamos tratando de uma questão muito séria, da saúde indígena, como é que se fala assim de pensamento dos índios, como é que tudo isso mudou? Então, precisamos fazer essa pergunta para nós mesmos, por que a saúde do indígena mudou tanto? Será que foram eles que fizeram, foram eles mesmos que levaram para ter essa saúde não-bom que eles tem hoje? Então, nós precisamos de pessoas, profissionais atuando na área indígena, de uma forma que ele venha contribuir com a comunidade, tenha uma contrapartida. Eu vejo assim: nós não temos mais rio para pescar, não temos mais a mata para caçar, então é aí o ponto de partida de uma discussão do por que a saúde dos povos indígenas está desse jeito.

Falta de recursos enfraquecendo as tradições

Agora mesmo eu estava fazendo uma pergunta aqui para mim, que eu sou vice-diretor da escola. Chega o intervalo, aí os meninos pegam a bola, ficam ali batendo, aí eu vou lá falar para eles: “Você não pode fazer isso aí, vai jogar lá no campo”, mas eu acho que está errado isso daí. Como educadores a gente também tem que refletir sobre essas coisas, e nós temos que tomar outros cuidados com a gente que está trabalhando com as crianças. Por parte dos profissionais que circulam aí, eu vejo assim, nós temos tantas preocupações hoje, os caciques sabem disso, não se tem recurso para trabalhar. Os índios estão trabalhando por fora aí, colhendo laranja, outros não sei fazendo o quê, então é um serviço pesado, o indígena não tem mais tempo de estar na sua aldeia, de estar conversando com a sua esposa naquele dia-a-dia ali, de transmitir alguma coisa da parte da cultura com sua família, com a sua comunidade. Vamos pensar nas outras atividades, de fazer farinha, praticar confecção de colar, de cerâmica, então isso está difícil na comunidade, como que isso tem que acontecer hoje?



Psicologia no fortalecimento das comunidades

Por isso que é bom que os psicólogos atendam na área indígena, mas pensar de uma maneira de contribuir com os indígenas também para que eles tenham aquele contato com a sua própria comunidade, com aquela alegria de não ter preocupação de que amanhã eu vou precisar disso, vou ter que correr atrás daquilo. Procurar buscar seu próprio sustento, com a sua terra, então falta isso, nesse sentido por alguns indígenas eu acho, então nós temos que pensar muito nisso, e ouvir muito os caciques, as lideranças quanto a isso.



Mário de Camilo

Liderança terena da aldeia Ekeruá.

Estranhamentos iniciais

Quando eu cheguei aqui, eu fiquei surpreso com a frase que vi ali fora, aí pensei: “Será que nós somos loucos ou será que tem alguma coisa... Será que estão botando alguma coisa na cabeça do índio, nossos parentes?”. Porque quando falaram da Psicologia assustou a gente ali, porque eu vi uma frase ali da questão da mentalidade indígena, mas ouvindo esse debate de cedo até agora, aí eu compreendi que realmente nós estamos buscando uma nova caminhada, um novo parceiro, para que nós possamos entender mais o trabalho e mais um profissional que venha contribuir com os nossos passos do dia-a-dia. Eu acho que está muito claro aqui que a vinda de mais um profissional para a área indígena, para qualquer situação da nossa caminhada, da nossa condição de indígena, é muito importante que seja bem vindo, desde que sejam respeitados os direitos de cada comunidade indígena, porque muitos falaram ali e repetiram que cada aldeia tem uma situação diferente.

Nós já tivemos vários desencontros em debates, nas reuniões, muitas vezes, nossas comunidades hoje, sempre está faltando alguma coisa dentro da aldeia. A atuação do pólo base de Bauru, a gente entendeu que está caminhando muito bem, a gente entende isso, mesmo assim vou perguntar para todo mundo, também falta nosso interesse de questionar, perguntar, para as nossas famílias lá, que moram na aldeia, a gente não sabe se é 100% mesmo. Mas em outra localidade, que a gente tem contato com outras lideranças, está muito fraca e muito ruim a atuação da Funasa nas áreas indígenas, e a gente não sabe o porquê. Será que é por falta de intercâmbio,



por falta de fazer reunião que nem a que nós estamos tendo hoje? Também tem que ser levantada essa questão do porque não anda bem em alguns lugares e porque em outros está bom.

Psicólogo como parceiro

O profissional psicólogo para a gente é muito importante, por várias razões, como falaram os professores e diretores nossos. Na educação é importante, na saúde é importante, na comunidade indígena, na base, para nós que somos lideranças, também é importante porque nós temos aí vários lugares onde nós estamos identificando nossa área, nós estamos retomando o nosso território. Para isso é mais um profissional que vem colaborar com os antropólogos, ou outros profissionais que estão trabalhando com a demarcação do nosso território, então para mim é muito importante.



Creiles Marcolino

Professora indígena da aldeia Nimuendaju. Etnia guarani m'bya.

Problema do atendimento psicológico fora da aldeia

Na minha escola a gente teve, no ano passado, a perda de dois irmãos, o mais novo e o outro do meio, e esse ano infelizmente a gente perdeu o nosso irmão mais velho.

E com essas perdas, os filhos desses meus irmãos tiveram que passar por psicólogos, só que ali teria, vamos dizer assim entre aspas, um “problema”, porque eles teriam que se deslocar da aldeia até a cidade de Avaí.

Então, isso era um problema porque eles teriam que deixar de participar da aula dentro da aldeia, para poder ir participar lá fora com o psicólogo, para ver se o psicólogo entende a cabeça dele, do por que ele ficava revoltado, do por que ele ficava esbravejando com o professor, com o diretor, com a mãe, com os seus parentes.

Então, isso eu achava que era errado e continuo achando que é errado, porque o aluno tem que perder um dia de aula para poder conversar lá no máximo uns 10, 20 minutos com o psicólogo e ficar o dia todo na rua, sendo que na aldeia ele estaria aproveitando melhor o seu tempo.



Homenagem a Claudemir

A gente pediu para fazer um canto, mas a gente ainda está escolhendo qual, porque a gente tem vários. De momento, a gente tem um que o meu irmão Claudemir, falecido há sete dias, que lutou muito por muitos índios que estão aqui presentes, fez em homenagem aos nossos antepassados, pessoas que vieram e se foram, como ele também, infelizmente. Então, a gente vai fazer esse encerramento e eu gostaria de convidar todo mundo para ficar em pé, todo mundo aqui é uma família, somos todos iguais, independente de cor, raça ou outras coisas. O nome desse canto é “Manduá”, em guarani.

Vamos fazer o possível para que todo mundo fique a par dessa homenagem que a gente está fazendo para o meu irmão, que foi quem deu início aqui à terra de Itaporanga e Barão de Antonina. Ele foi uma pessoa que lutou muito não só pela aldeia de Araribá, mas por outras também, como o meu primo Darã já disse. Que fique guardado na memória de quem o conheceu, e quem quiser conhecer ele em fotos e depoimentos, fica aqui um convite a todos para irem até a aldeia de Ekeruá, que fica junto ao município de Avaí.

Claudemir fez essa música com um pouco de reza, por isso que essa parte a gente faz um pouco triste, é bem inspirada a parte da reza.

É como se ele tivesse feito um pouco para deixar a gente ter saudade dos nossos antepassados, como ele tinha. Ele fala que ele era criança e cresceu de uma forma diferente da que a gente cresce hoje. Hoje a gente está resgatando um pouco da nossa cultura, querendo voltar a como era antes, mas não por intermédio dos não-indígenas, por serem civilizados. Hoje a gente volta como era antigamente, a gente tem uma meta de chegar a pelo menos metade do que era com os nossos antepassados

“Em uma aldeia eu nasci, sou índio guarani.

Quando era criança eu vivia feliz, junto com o pajé, eu cantava assim.

Hoje lembro com saudade, já não sei mais.

Foram embora e me deixaram.

Hoje o que me resta é cantar assim.”





contribuições de outras ciências

antropologia, saúde e povos indígenas

Rinaldo Sérgio Vieira Arruda

Professor do Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais da PUC-SP, coordenador do Núcleo de Estudos de Etnologia Indígena, Meio Ambiente e Populações Tradicionais; atua em pesquisas e projetos com povos indígenas na Região Amazônica ligados aos temas da territorialidade, identidade e dinâmicas sócio-culturais.

Minha experiência na área de Saúde é uma experiência de segunda mão. Fui da diretoria de uma entidade indigenista do Mato Grosso, a Opan, Operação Amazônia NATIVA, por duas gestões até 2006. A Opan tem um convênio com a Funasa para atendimento de saúde em um conjunto de áreas indígenas do Estado do Mato Grosso. Acompanhei um pouco as vicissitudes deste trabalho e acabei tendo contato com várias equipes de saúde que se formaram nestes anos.

Quero começar a falar um pouco da própria Antropologia, porque a minha experiência nesse campo já é um pouco assim: “Olha, ele é antropólogo, então ele sabe todas as respostas com relação aos povos indígenas”. Antropologia sabe tudo, um antropólogo é capaz de encontrar qualquer indígena e já penetrar na sua mente. Estou brincando um pouco, exagerando, mas essa é uma ideia que se forma, que antropólogo sabe tudo, quando, na verdade, não é isso.

A Antropologia, como uma área do conhecimento, se formou na expansão europeia sobre o resto do mundo, num momento em que a Europa se achava o máximo da evolução humana. A Antropologia no seu início se desenvolveu dentro dessa visão, estabelecendo uma escala de atraso e avanço, de inferioridade e superioridade entre os povos, mas já no início do século XX toma outro rumo.

A partir do conhecimento, do contato que se estabelece, se percebe que essa é uma visão equivocada. Na verdade, são muitos rumos que a humanidade tomou, muitas experiências diversas ao longo do tempo, e concluiu-se que é impossível se estabelecer uma relação de superioridade e inferioridade. São muitos caminhos, diversos, e a questão a que a Antropologia continua se dedicando é justamente entender essa diversidade do ser humano.



Nesse caminho, se desenvolveram muitas teorias, mas, pelo menos no campo da Antropologia, ficou estabelecida esta ideia que, de fato, todos os povos têm a sua racionalidade, quer dizer, todos os povos têm a sua inteireza, constroem uma visão de mundo própria.

É claro que uma pessoa formada em Antropologia terá muita informação sobre muitos povos diversos, terá provavelmente uma experiência de primeira mão de convivência com um ou outro povo, o qual conhecerá melhor. Entretanto, nem a Antropologia nem nenhum antropólogo têm esse poder de penetrar na alma do outro imediatamente e resolver todas as situações.

O que a Antropologia tem é uma experiência de pesquisa, vamos dizer, dentro de uma postura... Talvez no campo da Psicologia a postura que mais se aproxime da postura de um antropólogo ao investigar outro povo seja a de Carl Rogers. Ele propõe uma postura de empatia sem julgamento, preconiza o ouvir-aprender com o outro. Essa é a postura ideal que o antropólogo também procura desenvolver e, eventualmente, essa postura ajuda a você entender melhor o outro.

Eu queria falar um pouco sobre o campo do atendimento à saúde indígena. Todos que estão aqui de alguma maneira devem ter um grau de envolvimento com isso, mas acho que nunca é demais afirmar isso. Primeiro, é importante ressaltar a enorme diversidade de povos indígenas no Brasil, são cerca de 220 povos, mais ou menos 180 línguas. Há ainda vários grupos indígenas autônomos que não foram ainda envolvidos no cenário nacional, que vivem em várias partes da Amazônia. São povos de tradição sociocultural muito diversa, mas foram igualados dentro desse contexto de dominação, onde eles estão, foram igualados por um único nome: índio.

Então, como a gente aqui, moradores da cidade, representantes dessa sociedade que os envolveu, nós acabamos muitas vezes esquecendo essa enorme diversidade e achando que todos são iguais. Não são, são vários povos.

Quando falam para um antropólogo: “Ah, manda um antropólogo ver”, às vezes é como se o antropólogo ele fosse um especialista na China e fosse ter contato com o francês, quer dizer, é uma coisa muito distante. Então, essa distância existe também entre os povos indígenas que vivem no Brasil.

Em segundo lugar, o contexto onde se desenvolve, onde está o campo de saúde indígena, é esse contexto marcado por quase que um esquema de colonização mesmo. São todos povos que foram envolvidos pelo histórico nacional, eles estão de diversas maneiras sempre num campo de conflito, seja por não terem seus direitos totalmente reconhecidos, a terra, o direito de viverem sua própria civilização etc. Mesmo quando têm o seu território



demarcado, esse território em geral está invadido, está pressionado pelos interesses econômicos e políticos regionais e nacionais.

Então, esse campo social das relações da sociedade nacional com as sociedades indígenas é um campo sempre conflituoso, é um campo permeado por relações de poder, e todas as equipes de saúde que entram nesse campo participam dessas relações de poder. Isso também é mais um elemento que deve ficar claro para todos que trabalham nesta área.

Este tipo de envolvimento decorrente da expansão do domínio dos Estados-nações sobre os territórios indígenas causa inicialmente um choque epidemiológico enorme, em todos os povos contatados, com raríssimas exceções. Eu conheço um povo cujo contato se deu de uma maneira muito boa, muito interessante, são os enawene-nawe, um povo indígena do Mato Grosso. Eles não tiveram esse choque epidemiológico, pois os que o contataram tiveram o cuidado necessário para evitá-lo.

Mas é o único povo que eu conheço que não teve esse choque. Em geral, a regra é que ocorra esse choque epidemiológico e que este provoque uma grande mortalidade, uma desestruturação da sua forma de vida, uma perda territorial e, posteriormente, uma reorganização. Mas já no plano de uma vida mais sedentária e totalmente dependente do atendimento do Estado para suprir uma série de necessidades.

Nossa sociedade convive com um conjunto de microorganismos nocivos e não nocivos, dos quais as sociedades indígenas não tinham proximidade. Ou seja, existe um novo quadro de saúde para eles. Há também outras perdas, mudanças drásticas da dieta alimentar, enormes dificuldades para reproduzir seu modo de vida num território menor e outras condições impactantes.

Há de fato um outro meio ambiente epidemiológico, no qual os conhecimentos desses povos ao longo de toda sua história e com os quais faziam frente às questões de saúde muitas vezes se mostram inoperantes nesse novo contexto. Existe, portanto, a necessidade, a dependência da medicina ocidental, que também é dada.

Gostaria ainda de comentar um outro assunto cuja compreensão é fundamental para os que trabalham no campo da saúde indígena, embora inicialmente possa não parecer. Dizem que “os seres humanos são seres culturais”, que todo mundo tem a sua própria cultura. Mas o que significa dizer que o ser humano é um ser cultural? Qual a profundidade disso?

Já há um conhecimento estabelecido que mostra que, antes mesmo do ser humano se tornar o *Homo sapiens* cerca de 100 mil anos atrás, com as características físicas que temos hoje, a nossa especificidade como ser



cultural já aparecia. Muito tempo antes, dizem os especialistas, cerca de três a quatro milhões de anos atrás já havia uns seres pequeninos, com cérebro de 500 cm^3 (o nosso tem 1500 cm^3), os *Australophitecus*. Esses seres já produziam elementos que a gente chamaria de culturais. Já caçavam em grupos, já tinham uma forma de comunicação estruturada, já faziam alguns instrumentos de pedra lascada. Ou seja, temos pelo menos 3 milhões de anos de evolução biológica já sofrendo interferência de elementos da cultura, isto é, de elementos que não são passados geneticamente, são passados pela comunicação entre as gerações.

A própria evolução biológica, entrelaçada e sofrendo influências do crescente aparato cultural ao longo desses milhões de anos, vai redundar num ser biológico, que somos nós, com este corpo que temos, com estas imensas capacidades, mas capacidades que não têm um direcionamento preciso no nosso campo instintivo. Ocorreu como que uma retração dos nossos instintos. Não que eles deixassem de existir, mas houve uma retração, uma indeterminação de sua atuação, de maneira que a gente não sabe o que fazer de modo muito definido frente a situações na vida.

Um peixe, quando nasce no aquário, já sabe o que fazer. Ele tem que correr da mãe porque a mãe vai comê-lo. Ele já nasce sabendo tudo o que tem que fazer, como reagir frente a cada situação que se apresenta. Mas nós, ao contrário, nascemos sabendo nada. Todo o nosso comportamento é dado por estas informações que vêm da nossa convivência. Alguns dizem que até dentro da barriga da mãe a gente já está aprendendo, se formando.

Portanto, o que significa a diversidade cultural? Significa que as pessoas, como nós, se formam dentro de um ambiente muito específico, dentro do qual a gente aprende a dar respostas mais precisas a cada situação vivida. A cultura não é só racional, ela é também todo o nosso quadro sentimental, emocional, a gente aprende o que é certo e errado, o que é bom, o que é ruim, tudo que é classificado no mundo está associado a um tipo de sentimento, um tipo de valor, um tipo de moral, e isso está enraizado no nosso ser. Está tão enraizado quanto as características biológicas estão.

Por outro lado, é claro que as culturas não são totalmente apartadas, elas se comunicam. Partilhamos de uma enormidade de fluxos culturais, ainda mais no mundo de hoje, mas há uma especificidade na incorporação destes elementos simbólicos que formam a pessoa. Então, quando se fala que há uma diversidade de cultura, que as culturas são diferentes, significa que as pessoas são iguais em um certo sentido porque somos todos da mesma espécie, partilhamos de muitas coisas em comum. Mas há a incorporação



de uma racionalidade muito particular para cada grupo humano. É uma incorporação enraizada na pessoa, não adianta querer mudar só intelectualmente, é algo muito mais profundo.

Um antropólogo francês, Bruno Latour, escreveu uma vez que a tolerância, o relativismo antropológico, é muito pequeno, que, na verdade, os antropólogos, no encontro com os povos indígenas, com os povos não ocidentais, aparentam ser supertolerantes, aceitam todas as diferenças culturais, entendem o que é diferente, mas não mudam o que pensam da realidade.

Então, o que se aceita de diferente? Dizem: “Ah, tem ritual, tem a língua, tem um enfeite, mas, a realidade eu já sei o que é”. Teve um indígena xavante que me falou uma vez o seguinte: “Antropólogo é aquele cara que vem do Canadá, vem de avião, depois pega barco, depois anda, chega na aldeia e fica quatro, cinco, seis meses, aprende a língua e volta para terra dele pensando igual ele já pensava”.

Quer dizer, então, que o nosso relativismo não coloca em cheque o que a gente considera que é real e o que não é real. Isso no campo da saúde fica muito evidente, é aí que reside o principal conjunto de dificuldades.

Vou colocar só alguns problemas que eu vi nesse campo da saúde. A formação do médico, da enfermeira, do auxiliar de enfermagem, dessa equipe básica de saúde, é em geral uma formação voltada para um trabalho em ambientes urbanos e em uma estrutura hospitalar. Nesse ambiente existe uma hierarquia estrita, uma definição de funções muito precisa. Agora, como você vai para uma aldeia, em geral os médicos não ficam o tempo todo, não há médicos para tantos povos indígenas e nem que se disponham a viver seu cotidiano por muito tempo. A enfermeira costuma ter uma presença maior mas também não é o tempo todo. Quem fica na aldeia mesmo, na maior parte do tempo, são os auxiliares de enfermagem e mais ainda são os agentes indígenas de saúde, que são formados ali e lá vivem.

Muitas vezes as coisas acontecem ali sem que haja um especialista presente para diagnosticar. Às vezes o auxiliar de saúde, o auxiliar de enfermagem, o agente de saúde veem-se frente a situações que não podem esperar, eles têm que diagnosticar, têm que encaminhar. Vai encaminhar para o hospital, vai dar um remédio, o que fazer? E, na aldeia, existem também os especialistas indígenas locais.

A primeira questão é: o que está acontecendo? E, aí, caímos nesta problemática: qual é a noção de saúde e doença que se tem? O que é doença? O que é saúde? Nos deparamos com concepções de mundo muito diversas. É claro que cada povo vai ter uma configuração própria, uma cosmologia,



uma visão de mundo própria, mas há certas instituições, denominação utilizada na Antropologia, que são comuns a muitos povos, cada um desses desenvolvendo-as de uma maneira específica. Uma delas é aquela que chamamos de Xamanismo.

Esse especialista, o xamã, a gente tende a comparar com o médico, mas na verdade são muito diferentes. O médico trata do corpo, mas o xamã é em outro alcance. Ele é uma figura que só encontra sentido em sociedades que não fazem essa distinção que a gente faz, entre o natural e o sobrenatural. Tudo existe entrelaçado no mesmo universo, não existem essas duas dimensões separadas.

Na verdade, a vida para certas sociedades se processa em mais de uma dimensão. Nós pensamos na vida em que estamos como estando vivos ou, então, se morremos não estamos mais aqui, não somos mais, não fazemos parte da vida. Bem, há os que acreditam em outro mundo, há os que não, os ateus, os agnósticos. Mas muitas sociedades veem a vida se processando em várias dimensões.

Os enawene-nawe, um povo do Mato Grosso, entendem que as pessoas têm vários elementos internos, vamos dizer assim. Quer dizer, a alma não é uma só, é uma composição de elementos. Quando a pessoa morre, esses elementos se desfazem, o laço que os une se desfaz, então uma parte do ser humano vai para outra dimensão, onde vivem os enore nawe, que são entidades, são seres, são elementos, são forças benfazejas, que apoiam os seres humanos, esse é um lado bom, e a própria direção é a celeste. E há uma parte dos próprios seres humanos, que são os iacairiti, que vão para as profundezas, são perigosos e podem fazer mal aos humanos, mas que, ao mesmo tempo, são os que permitem a fertilidade da terra e permitem a vida. São outros e são eles ao mesmo tempo.

Quando a pessoa está doente, o que aconteceu do ponto de vista deles é um desequilíbrio na relação das pessoas vivas com esses outros seres. Desequilíbrio por quê? O que desequilibra? Desequilibra porque ou ele está se afastando de um certo modo de proceder no mundo – já que o modo de proceder ideal é o que também ajuda no equilíbrio global do mundo, então, se ele está procedendo mal, fazendo muitas coisas erradas, ele cria desequilíbrio - ou pode ser também um malefício de outra pessoa que está sendo jogado sobre ele.

Quem transita nessas esferas é o xamã, é uma pessoa que já passou por provas, já quase encarou a morte, já esteve desse outro lado e voltou. E como ele foi e voltou, ele consegue fazer esse diálogo. O xamã vai trabalhar nessas outras esferas e tentar trazer esse equilíbrio. Nada a ver com médico, porque é uma outra coisa que está acontecendo.



No cotidiano da saúde, eu dei um exemplo dos enawene nawe, mas há muitos exemplos de outros povos, de outras situações.

Por exemplo, os tabus referentes à menstruação, ou à ideia vigente em muitas sociedades, de que o pai e o filho compartilham uma mesma substância essencial. Neste caso, o que ocorre quando o filho é recém-nascido? O pai tem que ter um regime alimentar restrito. Se o pai vai matar um animal feroz, se ele vai viver essa emoção tão forte, tão pesada, ele não pode, deve evitá-la, porque a criança vai sentir imediatamente. Isso é uma conexão de essência, e a criança ainda está totalmente se alimentando, vivendo dessa essência paterna. Por isso o pai repousa, se poupa de grandes esforços e de situações de risco. É o costume da “couvade”, assim chamado pela Antropologia.

O pai tem que se poupar, não é? Não é um vagabundo que está na rede porque a mulher teve filho. Que não vai caçar um bicho bravo. Não. São tantos os elementos que intervêm e definem os comportamentos das pessoas. Cada cultura vai elaborar a realidade e vai agir conforme essa elaboração. São muitos os costumes.

Somos tão seguros da nossa noção de realidade que muitas vezes falamos: “Não, mas isso é bobagem, tem que mandar uma injeção no cara lá e acabou”. Mas não é assim. Vocês, da Psicologia, mais do que todos, sabem desta conexão entre corpo e mente. Então, tudo isso tem que ser levado em consideração e tem que ser compreendido.

Qual é a solução? A solução é criarmos os caminhos do diálogo, os caminhos da conversa, da troca. É infantil também a gente achar que: “Não, não vamos introduzir nada, vamos respeitar totalmente...”, não é esta a questão. A questão é que você tem um campo epidemiológico ali que é perigoso, que mata as pessoas. A vacina tem que ser dada, o antibiótico eventualmente tem que ser usado. Enfim, todo nosso conhecimento também não é bobagem, é um conhecimento construído e tem seu grau de eficiência, assim como o de outras sociedades.

Primeiramente é preciso relativizar nossa noção de realidade, nossas certezas sobre o que é real e o que não é, e de fato se abrir para um diálogo no qual a gente possa eventualmente mudar parte do que a gente pensa ser ou não uma realidade. No fundo, devemos é levar a sério as outras pessoas. Todos são adultos, todos se comportam, descobrem coisas, sabem o que fazer. Então, é se levar a sério mutuamente e conseguir estabelecer protocolos. Isso é muito interessante, mas há dificuldades. Todo o sistema de saúde é nacional, há uma burocracia que exige procedimentos, formas de registro. Há protocolos a serem cumpridos. As pessoas ficam pouco tempo em uma



área, existe uma rotatividade muito grande. Elas ficam um, dois anos trabalhando em uma área, e, quando a pessoa começa a se ambientar, ela sai. Aí, chega um outro que não sabe nada, tem que começar tudo de novo. É preciso criar bancos de dados, informações sobre cada povo, cada contexto de trabalho que facilite a entrada de novas pessoas. Devem-se criar, portanto, todas as maneiras de conseguir estabelecer este contato, este diálogo e aprendizado mútuo.



programa tamoromu: uma experiência em promoção de saúde indígena e prática interdisciplinar na Casai-SP

Vanessa Caldeira

Bacharel em Ciências Sociais pela UFMG, mestre em Ciências Sociais pela PUC-SP; membro das ONGs indigenistas Cedefes, Opan e CPI/SP; coordenadora do Programa Tamoromu da Casai-SP/Funasa/Ministério da Saúde.

Primeiramente, gostaria de registrar aqui meu agradecimento ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP SP) pelo convite para participar do ciclo de encontros promovidos desde novembro de 2008 e pela oportunidade de diálogo.

O texto ora apresentado se constitui em uma síntese de minha participação em dois diferentes encontros promovidos pelo CRP nesse período: *Colóquio Psicologia e Povos Indígenas*, em São Paulo, em 28 de novembro de 2008 e *Encontros Interdisciplinares sobre Psicologia e Povos Indígenas*, em São Sebastião, em 29 de maio de 2009. Em ambos os eventos, minha participação tinha como objetivo compartilhar uma reflexão acerca da experiência da prática interdisciplinar desenvolvida pela equipe responsável pelo *Programa Tamoromu* na Casa de Apoio à Saúde do Índio de São Paulo – Casai-SP – unidade vinculada à Funasa (Fundação Nacional de Saúde – coordenação regional São Paulo), órgão pertencente ao Ministério da Saúde. A partir do conteúdo preparado para esses dois diferentes momentos, é que organizei o presente texto.

Acredito ser importante iniciar com uma apresentação breve sobre o que são as Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai) e em que consiste o *Programa Tamoromu*, desenvolvido na Casai de São Paulo.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as Casas de Apoio à Saúde do Índio devem: a) receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; b) prestar assistência de enfermagem 24



horas por dia; c) marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; d) providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso; e) promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades (Funasa, 2000: 15).

De acordo com dados da própria Funasa, até novembro de 2009, o órgão dispunha de 57 Casas de Apoio à Saúde (Funasa; 2009: 35), localizadas em diferentes municípios do país. A Casai de São Paulo é uma das poucas de referência nacional, que atende pacientes de todo o território brasileiro para tratamentos considerados de alta complexidade. Em função dessa característica, a Casai-SP atende um público diverso, que, em sua maioria, demanda tratamentos longos e retornos periódicos.

A longa permanência na cidade de São Paulo e a ociosidade que a maioria dos indígenas pacientes e acompanhantes viviam nesse período mobilizaram uma equipe técnica multiprofissional, coordenada pelo médico Armando Guzzardi¹, que em 2004 trabalhava na Casai-SP, a elaborar o projeto “Atividades Cotidianas para os Indígenas da Casai-SP: Ações de Humanização do Atendimento e Promoção de Bem-Estar para Melhor Reabilitação dos Pacientes Indígenas”.

Como desdobramento de tal projeto, sua equipe executora (Vanessa Caldeira – antropóloga, Joana Garfunkel – psicóloga e Maria das Dores Pereira do Prado – indígena pedagoga)² elaborou o Programa Tamoromu – lugar da diversidade, em curso na Casai-SP desde outubro de 2007.

Em que consiste tal Programa? A apresentação de Joana Garfunkel no Colóquio, em novembro de 2008, teve como objetivo responder tal questão e seu texto permite ao leitor conhecer, de forma primorosa, o trabalho que desenvolvemos na Casai. Portanto, apresentarei apenas em linhas gerais tal trabalho, enfatizando aspectos que julgo relevantes para a abordagem que aqui me proponho.

O Programa Tamoromu tem como objetivo geral potencializar a estrutura de acolhimento da instituição e auxiliar no tratamento e recuperação do bem-estar dos pacientes indígenas. Para alcançar tal objetivo, a equipe apostou no dispositivo

¹ Além de Armando Guzzardi, a equipe era formada por Edson Benedetti (antropólogo), Maria Carolina Toledo (psicóloga), Regina Brotto (educadora física e artista plástica) e Uirá Montovane (comunicólogo). Apenas Armando era funcionário da Casai no período de elaboração e aprovação do citado projeto (2004/2006).

² Regina Brotto foi a única profissional que elaborou e participou da execução do referido projeto. Contudo, no momento da elaboração do Programa Tamoromu ela não mais compunha equipe. Desde fevereiro de 2008, a equipe conta com a colaboração da artista visual Larissa Isídoro Serradela.



metodológico das oficinas. São oferecidas 10 diferentes oficinas (seis semanais e quatro quinzenais), que foram agrupadas em três diferentes categorias: reflexão (que são as oficinas de Vídeo; Leitura de Matéria sobre Povos Indígenas; Educação em Saúde; História; e Cultura e Linguagem); artísticas (Artesanato; Cerâmica; Reciclagem); e as lúdico-corporais (Jogos e Brincadeiras; Passeios).

A escolha por esse dispositivo metodológico ocorreu já com a equipe elaboradora do projeto piloto que deu origem ao *Programa Tamoromu*. Contudo, a nossa equipe investiu em estudos a respeito do tema, refletiu sobre a experiência de 12 meses de execução do projeto, e optou então por continuar a investir nessa forma de atuação.

Acreditamos que as oficinas, como *modo de intervenção*, se constituem em um importante *instrumento terapêutico*. Acreditamos que ao expressar-se, por meio de diferentes linguagens, o indivíduo pode encontrar caminhos de elaboração e transformação da realidade, caracterizando, assim, o espaço das oficinas em um espaço terapêutico em potencial.

A nossa função como equipe coordenadora é acompanhar e participar ativamente do movimento do grupo e estimular a convivência, buscando criar possibilidades múltiplas de comunicação (Galletti; 2001). A partir dessa proposta, nas oficinas não há quem sabe e quem não sabe – todos são produtores de conhecimento. Não há uma hierarquia de saberes nem tampouco uma cristalização de papéis.

O objetivo é estimular encontros, criação, interação. Participa quem quiser, da forma como deseja. Não há um tempo rígido nem tampouco uma forma. O tema é apresentado, sugerido. O grupo se apropria ou não. Nesse caso, as oficinas são espaços por excelência de escuta, de descobertas, de conexões, onde o protagonismo indígena pode encontrar vazão. Nesse sentido, elas se constituem em um potente espaço de promoção de saúde.

Além das oficinas, atividade principal do Programa, a equipe realiza: atendimentos psicológicos aos indígenas; acompanhamentos de casos; atividades com funcionários; e reuniões (de equipe, entre equipes, e com instituições parceiras). A atuação interdisciplinar permeia todas essas atividades, posto que a própria equipe Tamoromu é multidisciplinar. Todavia, as atividades desenvolvidas pela equipe intensificaram a atuação interdisciplinar na instituição porque, além de aumentar a variedade de áreas de formação, o Programa Tamoromu iniciou atividades que convidam para o diálogo e para a atuação conjunta.

Contudo, se por um lado a atuação interdisciplinar, para muitos, potencializa o trabalho, por outro, sua realização não é nada fácil. É muito menos trabalhoso dialogar com nossos pares. O exercício de compreender outra forma de pensar



é cansativo, principalmente, quando vivido no cotidiano. E como Joana bem destacou em seu texto, essa dificuldade é vivida em sua radicalidade, quando compartilhada com indígenas – pessoas que, muitas vezes, possuem outra referência cultural ou, pelo menos, uma trajetória histórica e uma memória social orientadas por um sentimento de pertença referenciado em um contexto muito específico: o da dominação.

É sobre esse contexto, das dificuldades e das conquistas da atuação interdisciplinar na Casai, que gostaria de falar um pouco. Ressalvo apenas que tudo que apresento aqui são impressões de um trabalho recente desenvolvido na Casai-SP e por uma profissional da Antropologia que, apesar de alguns anos de experiência com a questão indígena, pouco tem de atuação no campo da saúde.

A interdisciplinaridade na equipe: interfaces entre a Antropologia e a Psicologia

Com uma formação multiprofissional (antropóloga, psicóloga, pedagoga e arte-educadora), a equipe faz da interdisciplinaridade uma experiência necessária. O início, como qualquer começo, foi suado, difícil. Quatro diferentes áreas de formação, quatro profissionais que não se conheciam, sendo uma delas, inclusive, indígena Pankararu (Dora – pedagoga), e um Programa que propõe uma nova forma de oferta do serviço. Cada profissional com sua “bagagem”, com seu “olhar”, com suas expectativas e preocupações. O encontro entre nós não foi sereno, nossa chegada na Casai não foi tranquila. Contudo, rapidamente, o trabalho, os indígenas, as outras equipes nos mostraram como era fundamental a nossa equipe ser multiprofissional. O exercício da Antropologia na Casai solitariamente seria muito pouco aproveitada. A “leitura” do contexto institucional, da situação vivida por cada paciente, da complexidade de cada caso, ficaria limitada apenas com o olhar e ação antropológicos. A potência (termo muito utilizado pela psicologia) do Programa, em minha opinião, está na formação e na atuação interdisciplinar da equipe.

Julgo mais fácil dialogar com antropólogos sobre as questões indígenas por compartilharmos um conhecimento. Ainda que discordemos (pois são várias as linhas teóricas e posições entre nós), é mais fácil saber por onde passa a divergência, quando compartilhamos um modo de saber. Daí a razão da interdisciplinaridade ser tão difícil: ela exige mais de cada profissional, ela “cansa” mais a gente. Contudo, vencida a dificuldade inicial das diferentes



formações acadêmicas, entendo que há uma ampliação na visão do trabalho. Consequentemente, há uma nova forma de percepção, que não é antropológica, nem psicológica, nem pedagógica, nem artística.

Entretanto, para a equipe atuar em equipe de fato, não há como negar o quão cansativo ainda é esse exercício de ouvir, pensar e elaborar o que é apresentado pela colega. Às vezes, é difícil acompanhar o raciocínio. Às vezes, é difícil “enxergar” o que está sendo “enxergado” pela colega. Muitas vezes, nossas reuniões semanais são muito longas por isso – por demandarem um exercício enorme, outro “olhar” e uma discussão de valores, percepções, prioridades, entendimentos.

Mas juntamente com esse esforço, esse intercâmbio, essa “negociação” amplia visões, proporciona aprendizados e certamente tem potencializado nossa atuação. Deste importante exercício da interdisciplinaridade na equipe, gostaria de destacar uma reflexão sobre a minha experiência de trabalho em parceria com Joana Garfunkel, psicóloga da equipe.

O encontro com a Psicologia, por meio do trabalho com Joana, tem sido um rico aprendizado e um prazer enorme. Pelo trabalho conjunto, temos conseguido pensar questões que sozinhas não daríamos conta ou, se fôssemos fazê-lo, o faríamos de forma restrita, recortada, limitada. Questões trazidas por Joana produzem questões nunca antes pensadas por mim. Nesse sentido, a Antropologia se “abriu” e tem sido gratificante compartilhar questões e construir conjuntamente um “olhar” para casos e situações vividas.

Esse diálogo profícuo com Joana, me fez pensar em interfaces possíveis entre a Psicologia e a Antropologia.

A partir da experiência na Casai, referente à promoção em saúde dos povos indígenas, entendo que há um primeiro e principal ponto em comum entre essas duas áreas de conhecimento, que permitiu esse fértil encontro: a valorização da *prática da escuta*. O antropólogo deve partir do pressuposto de que não conhece o modo de vida daquele grupo com quem ele vai iniciar um diálogo. Penso que o psicólogo também tem esse lugar da escuta como o primeiro lugar da sua atuação profissional. Nesse sentido, ambas direcionam o sujeito a reconhecer a existência do outro.

Nesse caso, eu entendo que tanto a Psicologia quanto a Antropologia são áreas de conhecimento que *convocam a alteridade*, ou seja, convocam a diferença. Essas duas áreas atuam de modo a dialogar com o outro não imaginando que sabe tudo sobre ele. Eu acredito que isso, em consultórios de psicologia, acontece, como acontece quando o antropólogo realiza um trabalho de campo com os grupos que se propõe a atuar.



Um dos grandes equívocos é achar que sabemos mais sobre uma pessoa do que ela mesma. Nesse ponto é que acredito que há uma interface muito importante entre as duas áreas de conhecimento. Ambas direcionam o *sujeito a apropriar-se de sua própria história*.

Outra característica que entendo que ambas as áreas possuem em comum é a *valorização da subjetividade*. Não existe verdade absoluta nem tampouco uma única forma de expressão do pensamento humano. Para a Psicologia e a Antropologia, os mitos, os sonhos, entre outras, constituem linguagens, discursos que expressam o modo de ser, estar e pensar de um povo. O discurso racional, cientificista, neste caso, não direciona o diálogo. Outros discursos, outros saberes são reconhecidos. Tanto a Psicologia como a Antropologia valorizam e não imprimem, em seu princípio, um olhar hierárquico para os diferentes modos de conhecimento.

O último ponto que entendo em comum entre psicólogos e antropólogos é que ambas as formações são *contrárias à universalização do sujeito*. O fenômeno da “globalização”, a comunicação em rede (internet), os mercados comuns, a facilidade de deslocamento, a velocidade e o acesso às informações proporcionaram uma impressão equivocada de que no futuro próximo as diferenças culturais seriam amenizadas: todos teriam acesso a tudo. Evidentemente, essa “previsão”, essa opinião senso comum que se disseminou, constitui uma ilusão, um desejo para alguns, uma ideologia para outros. Para a Psicologia e para a Antropologia, acredito, não há homogeneidade do sujeito, individual ou social. Ainda que haja uma homogeneidade de informações e instrumentos, cada sociedade, cada indivíduo recebe, elabora e utiliza tais instrumentos a seu modo.

Se a Psicologia por excelência lida com indivíduos e pessoas, e a Antropologia com grupos sociais e suas reivindicações, acredito que as duas conseguem dialogar muito bem por esses pontos em comum que possuem: são duas áreas que desejam conhecer o outro (indivíduo ou coletividade) a partir do outro.

Interdisciplinaridade na instituição e com entidades parceiras:

O *Programa Tamoromu* propõe algumas atividades de atuação conjunta com outras equipes da Casai ou de instituições parceiras. Na Casai essas atividades são: reuniões mensais entre equipes, reuniões ampliadas para discussão de casos, passagem de plantão interdisciplinar e acompanhamentos de casos. Com parceiros, participamos de reuniões mensais com a equipe do



Ambulatório do Índio/Unifesp, entidade responsável pelo atendimento à saúde indígena na cidade de São Paulo; e reuniões bimestrais com a psicóloga responsável técnica pela área de Saúde Mental da Funasa, regional São Paulo. Destas, gostaria de destacar as reuniões mensais entre equipes na Casai e as reuniões com parceiros em função dos resultados e ou de avanços que estas têm proporcionado no campo da atuação interdisciplinar.

A Casai é formada por 7 diferentes equipes: Tamoromu, Enfermagem, Administração, Manutenção, Motorista, Vigilância e Cozinha. Pelo fato de ser uma casa de apoio, os profissionais e o público atendidos possuem um convívio intenso. Assim, além do contato em razão da prestação de serviço que cada equipe e profissional oferece, estes e indígenas se identificam e criam laços de amizade, cumplicidade, afinidade.

Dada tal característica, a equipe acredita na importância de um trabalho direcionado aos funcionários e um diálogo constante entre as equipes para discutir alguns casos ou situações do cotidiano da instituição. Se entre profissionais de áreas diferentes, mas que possuem como linha condutora do seu trabalho um mesmo programa já é um desafio a prática da interdisciplinaridade, este desafio se intensifica quando pensamos em profissionais com distintos papéis e funções.

Se todos interagem com os indígenas, criam e emanam opinião sobre os mais diversos assuntos (desde casos específicos de um paciente até aspectos da cultura de um povo), difícil fazer dessa interação e opiniões material de trabalho, de reflexão e atuação conjunta.

A Casai possui o equivocado entendimento de que fazer reunião significa não trabalhar. A prática do serviço se sobrepõe à reflexão do mesmo. Nesse aspecto, a equipe Tamoromu atua na “contramão” do fluxo institucional e se mantém firme na execução de reuniões semanais de equipe para pensar conjuntamente o trabalho. Em função da compreensão e valorização do importante lugar da reflexão na oferta do serviço, a equipe propôs a realização de reuniões mensais entre representantes das diversas equipes para falar sobre o trabalho.

Nossa função nessa atividade é propor um cronograma e apresentar sugestões de pauta. O objetivo é proporcionar um espaço de apresentação do trabalho de cada equipe, das dificuldades vividas no cotidiano, das opiniões sobre a instituição, de sugestões para melhorias no serviço e de discussões de casos. A meta dessas reuniões é potencializar o trabalho em rede na Casai.

Apesar da dificuldade em realizar tal atividade com a periodicidade proposta, a chefia assumiu a condução dessas reuniões juntamente com a equipe Tamoromu, o que foi fundamental para sua existência. Considerando que essa é uma prática



nova; que há uma necessidade de clareza nas funções e papéis de cada um, que no cotidiano, muitas vezes, em qualquer instituição, tornam-se necessárias adequações; e que há uma dificuldade, em qualquer instituição, em coordenar uma atuação conjunta entre suas várias equipes; entendemos que essas reuniões têm produzido resultados. Elas têm se constituído em um importante exercício e espaço para uma mudança estrutural do modo de atuação. Nelas é possível perceber a resistência da maioria em participar, mas também é possível perceber que a existência de um lugar para falar sobre o trabalho tem sido gradativamente compreendida e, conseqüentemente, valorizada. Alguns desejam falar das dificuldades do seu trabalho para que as demais equipes reconheçam e facilitem sua atuação, que necessita do trabalho em rede. A partir dessas reuniões, as reclamações “nos corredores” ganharam lugar específico e apoio para elaboração – a reclamação, a insatisfação foi acolhida antes de ser apresentada isoladamente para chefia e tornou-se material de reflexão do grupo, que se apropria das questões.

Um segundo aspecto já perceptível como resultado dessa atividade, é a valorização do funcionário. Ao ser convidado a manifestar sua opinião, a falar sobre o que julga relevante, há aí mais um espaço de valorização do funcionário, que extrapola a execução cotidiana de sua função.

Um terceiro e último aspecto dessa atividade é a interação entre as equipes. Por meio das reuniões, tem sido possível conhecer melhor o trabalho de cada um, suas limitações, seus esforços, bem como o funcionamento geral da instituição. Nessas reuniões, o grupo se apropria de questões até então entendidas como do outro e constrói coletivamente propostas. Ao transformar tais questões em material de trabalho para todos, a adesão para execução das mesmas é conseqüentemente maior – o grupo torna-se propositivo e não mais reativo.

Outra atividade interdisciplinar que participamos são as reuniões mensais com a equipe do Ambulatório do Índio. Estas nos permitem um contato direto com médicos, enfermeiros e eventualmente alguns outros profissionais da área da Saúde (nutricionista, odontólogo, por exemplo). O objetivo dessas reuniões é a promoção de discussões interdisciplinares sobre alguns casos considerados mais complexos, de difícil análise e ou intervenção.

A larga experiência da Unifesp no atendimento à saúde dos povos xinguanos proporciona à equipe do Ambulatório do Índio a possibilidade de realizar um dos mais difíceis exercícios: a relativização do saber (e conseqüentemente da hierarquia entre saberes e papéis).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza a articulação entre os conhecimentos tradicionais indígenas e a Biomedicina.



Portanto, em tese, há o reconhecimento oficial da existência de outros sistemas de conhecimentos e de outros modos de cuidados com a saúde, além do conhecimento científico. Contudo, em “tempos modernos”, as sociedades capitalistas ocidentais têm dificuldade em reconhecer outras formas de conhecimento, principalmente quando se trata do tema Saúde. Vivemos sob a égide do pensamento científico. Por meio dele, as sociedades ocidentais fazem sua leitura da vida. E nesse contexto, a tendência é identificar outras formas de conhecimentos e práticas como credíes, superstições ou fragmentos de um pensamento “menos evoluído”, cuja eficácia é questionável.

Muito recentemente apenas, antropólogos brasileiros começaram a conceituar a Medicina indígena e a Medicina popular como sistemas médicos e não como vestígios de um passado folclórico, bem como relativizaram a Biomedicina (ou Medicina “científica”) ao analisá-la como um conhecimento produto de uma época, de processos sociais, históricos, políticos e culturais como todo e qualquer conhecimento (Langdon, 2004: 35).

Contudo, relativizar a nossa Biomedicina, bem sabemos, ainda é um desafio. Poucos são os profissionais que reconhecem que a forma como cuidam da saúde é apenas uma entre as várias formas existentes e que o seu conhecimento não é o mais eficaz.

O médico Marcos Pellegrini entende que a Antropologia auxilia substancialmente os profissionais de Saúde na elaboração de tal relativização. Segundo ele, *A Antropologia pode proporcionar uma abordagem com enfoque na percepção e utilização de serviços profissionais de assistência à saúde, permitindo aos profissionais entenderem que sua prática não é o único recurso em casos de doença, que sua eficácia é social e culturalmente delimitada, assim como refletirem sobre seu papel, ao encarar a doença como um evento que acomete a vida e não só o corpo das pessoas* (2004: 237).

A área da Saúde na Biomedicina é marcada, em sua organização e modo de atuação, por hierarquias: entre as categorias profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar, entre outras); entre paciente e médico (paciente como passivo, doente, ouvinte, receptor; e médico como curador, santo, doutor). Nossa cultura reverencia os médicos, respeitosamente chamados de doutores. Nossa conduta, normalmente, é de escuta, obediência às orientações e poucos questionamentos. Por atuarem diretamente com a promoção da vida, muitas vezes, temos por eles grande gratidão, enorme admiração.

Essa relação somente se construiu assim porque compartilhamos o mesmo sistema de conhecimento – o científico – e porque consequentemente



confiamos, então, no modo de atuação desse profissional. Não os questionamos porque confiamos no conhecimento que possuem. É o sentimento de confiança que nos possibilita tal relação.

Quando essa atuação médica é reproduzida em sociedades que não compartilham o mesmo sistema de conhecimento e que sobretudo possuem uma relação histórica de dominação (indígenas e não-indígenas), essa relação não se estabelece.

Muitos são os povos indígenas que não possuem no conhecimento científico sua forma de compreensão do mundo (nem tampouco do corpo, da vida). Os povos indígenas viveram conosco uma história de colonização, expropriação e imposição. Difícil estabelecer uma relação de confiança com uma sociedade dominadora que se norteia por um conhecimento que não é compartilhado.

Isso posto, evidenciamos aí duas grandes dificuldades: a resistência da nossa sociedade, sobremaneira dos profissionais da saúde, em relativizar o seu conhecimento e atuar em conjunto com outras formas de conhecimento (e assim relativizar também o seu lugar e o seu papel no contexto da promoção da saúde); e a resistência indígena em confiar em nós e no nosso modo de cuidar da saúde.

Ter consciência de tais dificuldades é um primeiro e importante passo para uma mudança desse contexto. Acredito que a experiência da Unifesp, conveniada da Funasa na promoção da saúde indígena, permite aos seus profissionais o exercício da relativização dos seus saberes e o reconhecimento de uma pluralidade médica.

As reuniões mensais realizadas pela equipe do referido Ambulatório e as equipes da Casai (Tamoromu e enfermagem) são uma oportunidade também para esse exercício, ainda que com outros interlocutores. Nessas reuniões, diferentes áreas de conhecimento pensam juntas.

A equipe de saúde do Ambulatório do Índio reconhece a importância de outras áreas do conhecimento para uma atuação na promoção da saúde dos povos indígenas, o que demonstra a relativização do lugar da Medicina e da Enfermagem – elas não são únicas e há uma percepção da complementaridade entre as áreas para a produção de um “olhar” sobre a saúde de um povo.

Tais reuniões são espaços ricos para o exercício da relativização do saber, dos papéis e para reflexão sobre o contexto intercultural. Elas se constituem como espaços que devem ser cuidados e preservados. Como atividade ainda com pouco tempo de existência, ela vive seus percalços e dificuldades. Ora, há dificuldade de escuta de um, ora há resistência de outro; contudo, sua potência é inquestionável, sua proposta é fundamental.



Para a transformação de uma relação histórica com os povos indígenas, para o acesso a esses diferentes modos de conhecimento e para um diálogo efetivo com este outro, ainda temos muito que avançar e estes espaços para a reflexão interdisciplinar se constituem em um importante passo nessa trajetória.

O papel do antropólogo na atenção à saúde dos povos indígenas

Diante do exposto, é inegável a relevância da colaboração da Antropologia na promoção da saúde indígena. Em 2001, quando da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, a necessidade de capacitação dos profissionais para trabalhar com outras culturas e a ampliação das equipes de saúde que atendem as áreas com participação de antropólogos tornou-se consensual e oficial. Contudo, qual deve ser o papel do antropólogo ainda é algo em construção, em negociação.

Segundo o antropólogo Renato Athias, *o campo profissional dos antropólogos na área de Saúde Indígena está se desenvolvendo em decorrência de demandas específicas dos gestores, principalmente quanto à organização dos serviços de Saúde, e tem como enfoque principal o entendimento da cultura indígena como peça-chave na melhora da qualidade dos serviços de Saúde oferecidos às comunidades indígenas. Tais demandas estão situadas na área de treinamento e capacitação de profissionais de Saúde. Em geral, o papel dos antropólogos tem sido compartilhar informações etnográficas, ou seja, falar sobre as culturas indígenas para os profissionais, com o objetivo de adequar os serviços de Saúde às culturas locais e, conseqüentemente, desenvolver de modo mais ordenado as questões culturais que envolvem a assistência e a prática médica entre os índios* (2004: 220).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Ministério da Saúde, 2000) e as Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena, aprovado pela Portaria nº 70/04 apresentam em seu texto o compromisso de *articular as práticas de Saúde Indígena com as da Biomedicina*. Esse compromisso (articular as formas de autocuidado das populações indígenas com a Biomedicina) *exige* que os profissionais de Saúde sejam capazes de *compreender os modos de vida dos povos que atendem*. Daí a importância e as demandas de gestores da Saúde Indígena por capacitações e treinamentos em Antropologia para as equipes de saúde.

Segundo Athias, as atividades de capacitação e treinamento, de um modo geral, já vêm demonstrando resultados bastante efetivos. *Com essas atividades de treinamento, pode-se perceber a necessidade de enfatizar, para os profissionais de Saúde,*



que os índios possuem um sistema médico com lógica própria que a Biomedicina deve respeitar, ou seja, compreendê-lo e fortalecê-lo com o intuito de garantir a sobrevivência cultural dos povos indígenas dessas regiões. Em outras palavras, lutar contra o preconceito e o processo de medicalização que todos os distritos sanitários especiais indígenas estão vivenciando. Mesmo que não tenha dados empíricos que o comprovem, posso afirmar que os processos de capacitação que contaram com o trabalho de antropólogos possibilitaram a permanência de profissionais nas áreas indígenas com certo grau de compromisso e sobretudo maior sensibilidade para os interesses do movimento indígena na região (Athias, 2004: 219).

Segundo a antropóloga Esther Langdon, é fundamental o investimento em uma *competência cultural como parte de uma competência clínica*, pois somente assim será possível uma articulação de fato entre os saberes e não apenas a oferta de um serviço da Biomedicina.

A necessidade de uma preparação específica dos profissionais da Saúde para uma atuação em contexto intercultural compõe uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Entretanto, de modo geral, essa preparação ainda não é ofertada, o que a meu ver reflete a nossa resistência em aceitar o outro como diferente, em superar a relação histórica de dominação junto aos povos indígenas e em relativizar o saber da nossa medicina. O investimento em uma competência cultural não garante, mas certamente facilita a superação de tais barreiras.

Apesar de extremamente relevantes capacitações e treinamentos em Antropologia no investimento da nossa competência técnica, o médico Marcos Pellegrini destaca que essa ainda seria uma ação pontual do antropólogo. Segundo ele, se a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi formulada com o propósito de favorecer a superação de fatores que tornaram esta população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros (Funasa; 2000: 12); se ela preconiza o respeito às especificidades culturais destes povos (Funasa; 2000: 05); se ela solicita a utilização de levantamentos socioantropológicos e a oferta de acompanhamento de antropólogos aos índios inseridos num processo de formação profissionalizante (Funasa; 2000: 13-15); ela *requer* a participação sistemática de antropólogos nas equipes de saúde (Pellegrini; 2004: 235). Contudo, ainda são raros os momentos em que os antropólogos são solicitados a colaborar. Segundo Langdon, uma razão para isso é que os benefícios de sua colaboração nem sempre são claros ou percebidos como úteis pelos profissionais de Saúde.



Vários foram e são ainda os conflitos vividos entre esses profissionais e os antropólogos, muitas vezes por concepções diferentes sobre qual seria a colaboração destes. Para Langdon, há uma necessidade de *negociação aberta* sobre a natureza da colaboração interdisciplinar entre os antropólogos, equipes de Saúde e comunidades indígenas (2004: 44). Em função do pouco investimento da Funasa nessa negociação, pouco temos avançado neste campo. Daí, a importância do registro, divulgação e diálogo sobre as poucas experiências existentes.

Ainda que de forma não consolidada, em alguns casos, o antropólogo tem sido convidado a compor equipes de Saúde Indígena. Como um especialista em questões interculturais, seu trabalho nessas equipes tem sido o de *buscar sentidos de outro contexto cultural* a fim de tornar mais amplo o entendimento de questões que envolvam a saúde e o bem-estar dos povos indígenas, auxiliando-os no entendimento de que sua prática, não é o único recurso em casos de doença, que a eficácia do seu conhecimento é social e culturalmente delimitada (Athias; 2004: 222).

Sua função, portanto, não deve ser confundida com a de tradutor de programas da Biomedicina para os indígenas, no sentido de convencê-los a aderir a tratamentos médicos. Sua função não é assegurar uma resposta positiva dos indígenas a esses programas, mas, sim, de facilitar a expressão da comunidade sobre suas próprias necessidades (Langdon; 2004: 46).

Chamar a atenção para as práticas e concepções nativas faz parte da tarefa do antropólogo nos serviços de atenção à Saúde Indígena. O antropólogo não é um mediador entre dois campos opostos: o indígena e o não-indígena. Ele possui uma postura crítica e reflexiva, reconhece que o saber médico e os serviços são construídos historicamente e politicamente e que há pluralidade de atores e vozes presentes no contexto intercultural.

Segundo Langdon, suas pesquisas devem ir além do grupo-alvo dos serviços e incluir uma análise da cultura da administração, dos profissionais e dos serviços. Também os assuntos pesquisados precisam ir além daqueles tradicionalmente vistos como específicos da Saúde. As redes sociais, os caminhos para o poder, a liderança e as percepções da comunidade em relação às suas necessidades são novos temas a serem explorados pelo antropólogo voltado para questões de Saúde Indígena (2004: 46).

Em um cenário com muitas intervenções, pontuais ofertas de formação para atuação em contexto intercultural, e poucas reflexões sobre a prática do serviço oferecido, equipes de Saúde que possuem antropólogos em seu quadro representam a prática existente nesse campo. Nesse contexto, a Casai-SP marca sua contribuição ao contratar recentemente profissional dessa área para



compor sua equipe, ao investir numa atuação interdisciplinar e ao registrar e divulgar o trabalho.

O importante papel da escuta

Gostaria de finalizar com uma discussão que julgo fundamental: o importante papel da escuta para a realização de um trabalho em contexto intercultural. Em minha apresentação em São Sebastião, esse foi o enfoque.

Pode parecer obviedade falar sobre a “escuta” em uma apresentação e publicação direcionadas a psicólogos. Contudo, entendo que em um trabalho direcionado a povos indígenas, essa postura necessita ser exercida em sua radicalidade, como antes mencionado.

Se partirmos do pressuposto de que cada indivíduo é único e por isso o estranhamento quando do encontro entre duas pessoas ocorre, esse estranhamento é intensificado quando essas duas pessoas não compartilham a mesma cultura ou origem.

Esse estranhamento radical pode ser vivido como uma barreira ou como um convite a uma escuta cuidadosa sobre o que o outro irá dizer de si. O que percebo é que a sociedade brasileira, de modo geral, tende a viver esse estranhamento como uma barreira. Em minha opinião, isso ocorre porque nos falta ainda uma postura de escuta a esses povos.

Historicamente, silenciámos os povos indígenas. No passado colonial, nos relacionamos com esses povos com o objetivo de extermínio e ou escravização. Posteriormente, nos relacionamos com o objetivo de integrá-los à sociedade e transformá-los em um igual.

Não é fácil conviver com a diferença. Daí, a razão de o País possuir tantos grupos excluídos, que vivem à margem da sociedade. Apenas muito recentemente, há 20 anos, o Estado brasileiro reconheceu aos povos indígenas o (estranho) direito a eles de ser quem são. Somente com a Constituição Brasileira de 1988 foi reconhecido aos povos indígenas o direito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Até esta data, ainda tínhamos como política governamental a integração.

A nossa relação histórica com esses povos é marcada por violência, expropriação e dominação. A transformação dessa relação somente deu seus primeiros passos. Reconhecemos o direito dos povos indígenas a serem diferentes. Contudo, ainda não conseguimos dar conta dessas diferenças. Mudamos nossa percepção com relação a eles, mas ainda não mudamos nossa postura. Ainda falamos por eles, porque acreditamos que não são capazes de falarem por si.



A imagem senso comum do que é ser “índio” (cabelo preto e liso, morador da floresta, falante de uma língua exótica) ainda dita quem julgamos serem os indígenas no Brasil contemporâneo. Em 1997, tive a oportunidade de ouvir o indígena boliviano Carlos Intimpampa falar a respeito dessa questão. Segundo ele, quando os europeus chegaram à América, encontraram diferentes povos com diferentes hábitos e crenças. Mediante o violento processo colonizador, disseram que esses outros hábitos e crenças não eram “certos” e que era necessário que os indígenas falassem o seu idioma, rezassem para o seu Deus, comessem o seu tipo de comida, usassem o seu tipo de vestimenta.

Após cinco séculos de imposição, indígenas usam camiseta, falam português, comem alimentos industrializados, usam celular. No entanto, não é mais isso que se deseja dos povos indígenas. Deseja-se que eles retornem àquele modelo e imagem de cinco séculos atrás. Segundo Carlos Intimpampa, os não-indígenas historicamente definem como devem ser os povos indígenas, o que revela a constante postura dominadora. Segundo ele, para os povos indígenas reverterem essa histórica relação, é necessário ser dado a eles o direito de dizer quem são, o que desejam e como desejam viver sua indianidade.

Para os povos indígenas poderem ter voz, é preciso que exista quem os escute. Daí, a dimensão do lugar da escuta no trabalho com os povos indígenas. Não podemos continuar falando por eles nem tampouco acreditar que eles necessitam entender o nosso modo de ser, a nossa medicina, os nossos tratamentos, a nossa forma de cuidar da saúde. Precisamos sair desse lugar etnocêntrico e aceitar que somos nós quem precisa entender esses povos. E não vejo outra forma para alterar essa relação histórica (colonizado e colonizador, dominado e dominador) a não ser um investimento intenso na construção efetiva da nossa escuta.

Essa tarefa não é fácil, posto que somos produtos dessa história. Muitas vezes é extremamente desconfortável ouvir os indígenas. Como prestadores de serviço para o Estado, como representantes da sociedade nacional, a nós, comumente, é direcionado sentimento de revolta, desconfiança, desprezo. Superar esse primeiro encontro, que normalmente é duro, requer compreensão da nossa história e uma escuta sobre o que eles têm a nos dizer.

Investir numa competência cultural como parte de uma competência clínica não deve se restringir a consultar dados etnográficos sobre cada povo. Tal competência se conquista principalmente com uma postura de escuta. Os antropólogos podem fazer pesquisas etnográficas para colaborar e auxiliar no trabalho, mas todos necessitamos ter postura de escuta. Sem ela, reproduziremos cinco séculos de história pretérita.



Bibliografia

- ATHIAS, Renato (2004). *Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas*, in GARNELO, Luiza e Langdon, Esther (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria e Associação Brasileira de Antropologia.
- FUNASA. *Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas*, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- FUNASA. *Lei Arouca: 10 anos de Saúde Indígena*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
- GALLETTI, Maria Cecília. *Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo: PUC-SP, 2001.
- LANGDON, Esther Jean. *Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século*. Antropologia em Primeira Mão, nº 41. Santa Catarina: UFSC, 1999.
- LANGDON, Esther Jean. *Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde* in GARNELO, Luiza e Langdon, Esther (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria e Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- PELLEGRINI, Marcos. *As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena*, in GARNELO, Luiza e Langdon, Esther (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria e Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

a concepção de mundo como substrato na atenção à saúde dos povos indígenas

Maria Dorothea Post Darella

Mestre em Sociologia Política (UFSC, 1989) e doutora em Ciências Sociais/ Antropologia (PUC-SP, 2004), pesquisadora do Laboratório de Etnologia Indígena/ MU/Secarte/UFSC, atua com índios guarani em aldeias do litoral catarinense, com ênfase na confluência temática terra-território-territorialidade-territorialização e sustentabilidade. Estuda o impacto socioambiental de projetos de crescimento econômico para a população indígena. Orienta pesquisas que relacionam etnologia indígena e agrobiodiversidade. Integra a Comissão de Apoio aos Povos Indígenas (Capi) e a Comissão Interinstitucional para Educação Superior Indígena (Ciesi).

O sentimento inicial que eu gostaria de compartilhar com todos é o de alegria que, aliás, para os Guarani é um sentimento fundamental para se ter saúde. A saúde também vem com o substrato de alegria. Para mim, há alegria em estar aqui no município de Itanhaém pela primeira vez na minha vida. Este município, que já tantas vezes pude conferir via mapa, cônica da presença das aldeias Guarani e agora Tupi-Guarani, nesse grande território de ocupação e mobilidade Guarani que eles chamam Yvy Rupa.

Itanhaém passa a fazer parte da minha vida presencialmente e ontem me apressei a conhecer o mar, esse mar que também tem importância cosmológica fundamental para os Guarani.

Então, com essa palavra “alegria” eu quero compor o meu agradecimento. Venho da Ilha de Santa Catarina, cidade de Florianópolis, para compartilhar. Esta semana internalizei fortemente: “Vou para Itanhaém, a convite do Conselho Regional de Psicologia, um desafio enorme para mim”. Saibam todos, eu vim aprender. Estar aqui com essa multiplicidade de profissionais, poder beber também das palavras de Carlos Alberto Coloma, para mim,



podem estar certos, compõem um dia digno de festejo porque, sei bem, sairei daqui com novas efervescências, novos enriquecimentos nesse caminhar que é o meu caminhar de pesquisa e atuação junto ao povo Guarani, mais especificamente no litoral de Santa Catarina.

Isto posto, eu queria dizer que, para o além do agradecimento, fui me colocando a par desses movimentos do Conselho Federal a partir do Encontro de Lusiânia, em 2004, e dos movimentos do Conselho Regional de Psicologia. Quero justamente parabenizar o Conselho Regional por este caminhar, que, no meu ponto de vista, está sendo extremamente fértil. E é nesse caminhar que eu fui colocada, a convite do CRP, para compartilhar, para enfim avançar.

Penso ser um dia de significativos avanços para mim. Eu procurei ver quem já tinha estado nos eventos anteriores. Encontrei o nome de Rinaldo Arruda, professor da PUC-SP, que foi meu orientador no doutorado. A Vanessa Caldeira, antropóloga, participou em outra oportunidade e inclusive indicou meu nome, sendo que lhe agradeço. Também foi convidada a Maria Inês Ladeira no ano passado, essa baluarte no que tange aos trabalhos com os Guarani, uma guerreira. Houve a presença do cacique Davi, em outra oportunidade, a quem eu conheço. E hoje estou conhecendo Luis Karaí, o que para mim é uma alegria também.

Tento compor entendimento dos encontros: afinal o que são esses eventos e como eles estão sendo pensados e compostos a partir da categoria dos psicólogos? Assim, organizei um arquivo Power-point e eu penso que a gente poderia passar para ele. Durante a apresentação vou explicitando questões nas quais tenho pensado, as quais eu justamente gostaria de compartilhar aqui neste evento.

Trata-se de arquivo composto por dezenas de slides, que incluem fotografias de diversas aldeias, mapas, desenhos e textos. Versa sobre pessoas e famílias, seus movimentos no território, aldeias, agricultura, habitação, entre outros aspectos da cultura Guarani. A apresentação de slides se dará de forma interativa, visando possibilitar diálogo com os presentes. Refiro-me aqui à importância da agricultura, das casas cerimoniais, dos rios, da mata, da fauna, da flora. Vamos ver também como esses aspectos são colocados no papel pelos Guarani, ou seja, como os desenhos podem nos mostrar o que lhes é referencial.

Temos preceitos essenciais na agricultura, como as assim denominadas sementes verdadeiras. Aparece o pindoete, a palmeira, fundamento na cosmografia, cosmogonia e cosmologia Guarani.

Neste slide, temos um desenho muito interessante, pois os Guarani não fazem apenas desenhos de como as aldeias se compõem atualmente, mas também como eles pensam sua aldeia no futuro, tomando o que precisa ser conservado da mata, qual é o espaço necessário para que se possa viver de forma Guarani.



Esse outro slide advém de um livro organizado por Maria Inês Ladeira e Priscila Matta, um livro do Centro de Trabalho Indigenista (CTI)³, que mostra esse território tradicional Guarani. Mostra, a grosso modo, aldeias desde o Uruguai, Argentina, Paraguai e no Brasil, do Rio Grande do Sul até o Espírito Santo. Claro que hoje essa composição já está incompleta, visto que o livro data de 2004 e hoje, cinco anos após, já se registram várias outras aldeias.

No mapa de Santa Catarina tem alguns pontos vermelhos, pois tentei assegurar uma região maior de ocupação. Assim, temos presença Guarani no litoral, no Alto Vale do Itajaí, no meio-oeste, oeste e extremo oeste do Estado, o que confere uma presença extremamente significativa.

Registram-se hoje 19 aldeias no litoral da Santa Catarina, que é um litoral de aproximadamente 500 km. Há também moradas desaldeadas. No Alto Vale do Itajaí, temos duas aldeias; na região oeste, igualmente duas, sendo que uma comunidade no oeste é a de Araçaí, cuja terra possui portaria declaratória assinada pelo Ministro da Justiça em 2007, mas a comunidade ainda não pôde reocupar essa área até hoje. Trata-se de uma situação fundiária extremamente complexa no oeste de Santa Catarina, todavia, é a primeira terra Guarani garantida, regularizada naquela região, tendo ocorrido recentemente a morte de Clementino Barbosa, pai do cacique Pedro Barbosa.

A região do extremo oeste, nas proximidades dos rios Peperi-guaçu e Uruguai, é referencial no território de ocupação tradicional, anotando-se presença Guarani ali e igualmente em Treze Tílias.

Falo de uma população de aproximadamente 1.300 pessoas no Estado atualmente, sendo que no litoral há cerca de mil pessoas nos municípios de Imaruí, Palhoça, Biguaçu, Canelinha, Araquari, Balneário Barra do Sul, São Francisco do Sul, Garuva. A aldeia que se situava em Morro Grande, no litoral extremo sul, existia até recentemente.

Então, quando a gente fala em aldeias, totalizamos 19 aldeias no litoral, como anteriormente falado, mas a ocupação Guarani ocorreu em inúmeras áreas em tempos pretéritos.

Em 2008, a equipe dos estudos de impactos sócio-ambientais da duplicação da rodovia BR 280, trecho São Francisco do Sul-Jaraguá do Sul, compôs mapa do litoral nortecatarinense, apontando locais ocupados em tempos diversos, a partir de estudos recentes e anteriores, de registro de histórias de vida de famílias e grupos Guarani. Tal composição fortalece o processo de garantia de terras indígenas. No

³ Trata-se do livro *Terras Guarani no Litoral: As matas que foram reservadas aos nossos antigos avós* = Ka'aguy Oreramói kuéry olou rive vaekue y. Maria Inês Ladeira & Priscila Matta (Orgs.). São Paulo: Centro de Trabalho Indigenista, 2004, 116p.



entanto, existe uma região de ocupação muito maior, o que faz com que a gente acentue justamente essa trajetória dos antepassados, tão cara aos Guarani.

Seguindo com mais fotos. Um dos slides faz pensar na importância das expressões povos indígenas, sociedades indígenas, populações indígenas. Fala, por exemplo, nos Guarani, que compõem o maior povo indígena no Brasil. Porém, é preciso sublinhar que, mesmo assinalando aldeias, grupos familiares, comunidades, existe um pressuposto, um elemento central: o(s) indivíduo(s) e suas experiências, experiências que moldam pensamentos e ressonâncias distintas. No senso comum, imagina-se: “Todos os Guarani pensam igualmente”. Mas a realidade é que os Guarani não pensam todos da mesma forma. Tomar essa diferença nos próprios grupos indígenas com os quais a gente trabalha é essencial.

Vejamos essas diversas onças talhadas em madeira, parte do artesanato que os Guarani fazem hoje para comercialização. São todas onças, mas a arte, advinda da leitura e talento individual, e o fazer específico precisam ser tomados em consideração.

Meu trabalho nos últimos anos tem sido direcionado a Direitos Territoriais. Tenho tentado compreender melhor justamente essa categoria: território de ocupação e mobilidade tradicional. Tenho, portanto, feito um exercício que conjuga terra, território, territorialidade, territorialização. Creio que compreender a noção de mundo específica e a questão territorial é central para qualquer pessoa que queira efetivar um trabalho com os Guarani.

Embora não seja um território exclusivo, ele é pensado como um território, um mundo, o segundo mundo, por isso a apresentação de Carlos Coloma foi tão embasadora. O fato é que há esse ponto central para que nós possamos compreender a existência de lógicas distintas.

Porque, embora nóse, rasamente, muitas vezes diga que somos da sociedade ocidental envolvente, englobante ou que palavra utilizarmos, temos que ter clareza de que essa também não é uma sociedade única, mesmo que por vezes ela seja colocada no singular. Ou seja, vamos ver que as diferenças também são múltiplas, inclusive de linguagem.

Quantas palavras nós temos na Língua Portuguesa que são, por exemplo, do Tupi-Guarani? Que são de outras línguas, do árabe, inclusive? Quantas influências nós temos de outras culturas? Isso é basal também no que tange ao trabalho com outras culturas.

Tenho trabalhado e me dedicado à questão ambiental porque não há possibilidade de trabalhar território e terra indígena, Direitos Territoriais excluindo a questão ambiental. E essa questão ambiental vai, por sua vez, trazer embasamentos importantíssimos aos estudos de identificação e delimitação de terras indígenas.



Lembrando de falas da antropóloga Maria Inês Ladeira: na década de 1970, os grupos Guarani que chegaram e que estavam aqui no litoral de São Paulo, por exemplo, não pensavam em demarcação de terra indígena, porque isso não faz parte da cosmovisão dos Guarani, visto a terra pertencer a Nhandruete, ser indivisível e não ser passível de cercamentos. Não obstante, as décadas passaram e hoje os Guarani sabem ser indispensável o processo demarcatório, do contrário não haverá espaços onde viver. Conheço alguns mais velhos que ainda se opõem a essa prática de delimitação de terras indígenas, mesmo sabendo das dificuldades de existência sem o procedimento demarcatório, função que, via-de-regra, ficou sob a responsabilidade de lideranças mais jovens. Falaremos disso logo mais.

Tenho participado e composto equipes de estudo de impactos sócio-ambientais. Trouxe esse, que é o último elaborado, relativo à duplicação da BR-280. A equipe necessitou de vários meses para sua efetivação, o que demandou pesquisa de campo, pesquisa documental e bibliográfica, dentre outros procedimentos. Esse estudo tem em seu cerne uma postura política dos Guarani que vem se fortalecendo com o passar dos anos.

Há pouco tempo, no início da década de 1990, os Guarani diziam: “Nós somos pacíficos. Os nossos interlocutores que trabalham com a gente devem fazer as frentes com as instituições”. Hoje os Guarani têm uma postura distinta. E nesse estudo de impacto sócio-ambiental, os Guarani de nove aldeias do litoral norte-catarinense estão falando para as instituições que é preciso cuidar do futuro, que os conhecimentos dos Guarani no que tange, inclusive, ao meio ambiente podem auxiliar para a conservação deste mundo.

Porque, vejamos nós, os Guarani têm uma tarefa atribuída pelas divindades de conservação desse segundo mundo e essa tarefa ficou cada vez mais difícil de ser concretizada. Como então viver entre a responsabilidade e o compromisso assumido com as divindades, com as dificuldades cada vez mais complexas da conjuntura atual? É disso que nós estamos falando.

Qual é o exercício que nós e os Guarani estamos fazendo para melhor trabalhar e melhor viver neste mundo? Eu falo “nós” das diversas instituições, nós formados nas mais diferentes profissões, porque, se nós estamos nos sentindo desafiados, os Guarani estão igualmente sentindo-se desafiados a dar respostas, e as respostas são complexas, esse exercício conjunto é efetivamente um exercício complexo.

Tenho lidado também com o curso Licenciaturas dos Povos Indígenas do Sul da Mata Atlântica – Guarani, Kaingang e Xokleng. Esse é um projeto encaminhado ao MEC na semana passada. E qual é o eixo norteador desse



curso? “Territórios indígenas, questão fundiária e ambiental no Bioma Mata Atlântica”. Esse é o eixo norteador do curso Licenciaturas dos Povos Indígenas que estamos compondo na Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com várias outras instituições. Todavia, não sabemos se será aprovado⁴.

Qual a razão para a existência de um curso superior de Licenciaturas Indígenas? Existe farta legislação em relação a isso no País, existem várias licenciaturas já em andamento em diversas instituições de ensino superior, existe efervescência quanto à educação escolar indígena. E hoje, para que os professores indígenas possam ser docentes no ensino médio, em escolas indígenas, a legislação exige que eles tenham formação superior. Essa é a legislação da sociedade brasileira à qual, digamos assim, as sociedades indígenas se submetem.

É preciso lembrar, porém, que Educação Escolar Indígena é uma categoria nova e disso muitas vezes a gente não se dá conta. Não se trata de educação indígena. Os Guarani dizem que educação já existe desde sempre e que nessa educação as pessoas fundamentais são os mais velhos, os tcheramói, as ttheadjari, ou seja, os avós e avós, os antepassados.

Hoje há movimentos de jovens os quais têm me chamado a atenção, porque o nosso foco muitas vezes são os mais velhos. No entanto, como os mais jovens estão se posicionando diante de tantas demandas externas, inclusive? Que vida eles estão encontrando? Como viver o nhanderekó – que é como os Guarani exprimem quanto a “nosso costume”, “nossa cultura”, “nossa tradição” – nos contextos vividos hoje?

Anotei também algumas outras questões que eu considero de importância para a gente relembrar, porque estão colocadas para todos. Uma delas é a Constituição Federal. De vez em quando a gente lembra do texto constitucional, de 1988, sendo que o texto nos assegura vivermos numa nação reconhecidamente multiétnica e plurilíngue. Parece que isso está dado, mas, não, o texto precisa criar corpo na sociedade brasileira e as instituições estão responsáveis por “n” aspectos. Eis porque também estamos aqui.

Os trabalhos junto com populações indígenas – o próprio Conselho Regional de Psicologia já nota isso – estão se dando muitas vezes, e infelizmente, ainda na maioria das vezes, de forma desarticulada nos Estados. Por essa articulação clamam os povos indígenas, embora já tenham entendido que eles vão lidar com os profissionais que vão às aldeias ou eles nos órgãos em diferentes áreas, embora a sua visão do mundo seja global, inteira. Então, como dar conta dessa questão? Trata-se de um exercício para todos nós.

⁴ O projeto foi aprovado pelo MEC em agosto de 2009.



O que é importante para ter saúde? Eu falava já alguns aspectos: terra, nascentes, matas, fauna, flora, agricultura, a possibilidade da pesca, da caça, do manejo agroflorestal, garantia dos Guarani poderem continuar sendo Guarani nesse mundo.

Essa articulação de fato é muito difícil, mas eu entendo que seja um exercício constante da nossa parte trabalhar por ela.

Em 2005, nós fomos procurados pelo Pólo-base de Araquari para ajudar a compor a reflexão e a atuação daquela equipe de Saúde no que tange à desnutrição infantil diagnosticada em aldeias situadas no litoral norte catarinense. Estava colocado o desafio: como trabalhar a questão da desnutrição infantil no atual contexto? Chamou minha atenção a fala contundente, na época, do cacique da aldeia Pindoty, em Araquari, Félix Brissuela, que hoje tenho notícias de estar aqui no litoral do Estado de São Paulo. Ele dizia para uma série de profissionais: “Quem disse para vocês que o peso das nossas crianças e a estatura delas vai ser igual às estatísticas de vocês?” “Quem disse que peso é sinônimo de qualidade?” “Para nós leveza é fundamental” (não falava exatamente com essas palavras, mas eu anotei a fala desse cacique quase na íntegra). Daí a centralidade da palavra *agudjevete*, relacionada à plenitude, à leveza do ser. E isso consta dos escritos etno-históricos, etnográficos em relação ao povo Guarani. Quantas vezes ouvimos, nós que trabalhamos com os Guarani, essa palavra *agudjevete*. Ela é referencial.

Outro exemplo que eu queria dar é a de um professor de Microbiologia. Ele contava a respeito de uma oficina efetivada com os Guarani, estudando sobre doenças contagiosas, transmissíveis. Durante a oficina, pediu para fazer uma lista de doenças contagiosas e uma lista de doenças não contagiosas. Chamou a atenção desse professor que os Guarani colocaram por último o alcoolismo como doença contagiosa. Como pode ser contagiosa? É contagiosa pela forma de o Guarani entender o mundo, pois o elemento que está fazendo uso abusivo de bebida alcoólica na aldeia contagia outro a fazê-lo. Daí a importância do tratamento nas próprias aldeias, inclusive por aqueles que fazem as curas, os xamãs. Mas isso não tem que ser tomado separadamente, pois as questões sociais precisam ser consideradas, amplitude explicitada por Carlos Coloma. Entendermos essa amplitude ou pelo menos nos aproximarmos dessa amplitude é um desafio diário nosso, lembrando que cada comunidade é uma comunidade distinta, mesmo sendo Guarani, por exemplo.

Para compreendermos temos que estudar, não parar de estudar sobre aqueles com os quais a gente trabalha, o que faz parte desse campo apresentado no texto por duas psicólogas que eu estava lendo ontem, que fala sobre a ética da pesquisa.



Eu penso que eventos como esse trabalham sensibilidades, mentalidades, questões a serem sofisticadas incessantemente.

Finalizarei dizendo que me surpreendeu positivamente quando, no ano passado, ao fazer o trabalho do estudo de impacto sócio-ambiental, um coronel com quem nós lidamos dizia: “Agora eu consegui compreender a questão do território Guarani, como que o Guarani pensa o território e ocupa esse território”. Lembrou de um artigo da revista *Veja*, datada do ano retrasado, que mencionava a aldeia de Morro dos Cavalos, no litoral de Santa Catarina, apontando ser a aldeia formada de índios advindos do Paraguai. A matéria era assim intitulada: “Made in Paraguai”. Esse coronel contava: “Encontrei um outro coronel, que dizia: ‘Esses índios são do Paraguai, portanto, não têm direito à terra...’”. E o coronel expôs: “Eu expliquei para ele como é para o Guarani o território Guarani e a territorialidade”. E é assim que dia após dia a gente faz um exercício de composição, de conjugação de esforços, visando avanços de entendimento e resultados.

Por isso, volto a falar da minha alegria de estar aqui, porque esse exercício me ajuda a fazer essa composição, porque para mim é novo também o universo dos psicólogos lidando com essa questão. Fica a indagação: Como em Santa Catarina podemos trabalhar com os psicólogos para nos ajudarem nos grupos de trabalho interinstitucionais, nessa articulação, o que é um grande desafio, como já falado? Como vamos tomar os trabalhos com a população indígena de forma articulada? Estou segura que os psicólogos podem ajudar.



a interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas

Carlos Alberto Coloma

Médico (Córdoba, Argentina), com Ph.D. em Antropologia, formação em Antropologia Médica e Etnopsiquiatria (Universidade de Montreal, Canadá); epidemiólogo de Intervenção, trabalha com a população indígena desde 1976 em países do continente americano; é gerente da Área Técnica de Saúde Mental do Projeto VIGISUS II – Ministério da Saúde.

Introdução

Este texto trata a questão da interculturalidade na perspectiva da experiência em andamento para a implementação da Saúde Mental Indígena no contexto do desenvolvimento do Subsistema de Saúde Indígena sob responsabilidade do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional da Saúde/MS.

Deve ser sublinhado que a experiência institucional é relativamente recente e, na procura de superar as limitações, tanto de conhecimento empírico como da análise dos problemas da saúde mental nas diferentes etnias indígenas do País, estão sendo realizados diferentes esforços, sejam estes na formação de recursos humanos, pesquisa-ação, a procura da integralidade da atenção à saúde, assim como a articulação da atenção básica com outros níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. É de particular interesse aprofundar os conhecimentos sobre as particularidades dos problemas vividos pela população, especialmente no abuso de consumo de álcool e outras drogas e o suicídio, para poder definir e implementar conteúdos específicos na atenção diferenciada para as populações indígenas.

Nesta apresentação, o texto se limita a tratar três aspectos: uma breve resenha de antecedentes bibliográficos de lembrança de noções básicas de alguns trabalhos pioneiros em Saúde Mental; a questão da definição e redefinição de cultura e identidade; e, finalmente, a procura de um esquema de referência para os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, como uma primeira aproximação na observação dos problemas.



Antecedentes

Existe uma extensa bibliografia sobre o processo de procura de conhecimento na compreensão da saúde mental e de seus problemas, em diversos contextos culturais. Price-Williams (1980) recopila uma longa história de debates e contribuições na questão da definição e prática da Psicologia intercultural. Apesar de este processo ter sua maior intensidade desde os inícios do século XX, Hecateo de Mileto, cinco séculos antes de Cristo, já tinha escrito dois volumes sobre o interesse e especulação sobre outros povos alheios aos membros do grupo, diferentes de sua origem.

Em ciência, este debate foi e é necessário para superar uma série de contradições que emergem do próprio processo de definição de novas áreas de conhecimento, especialmente quando se procura desde a perspectiva ocidental uma compreensão de sociedades com outros paradigmas resultantes de epistemologias desenvolvidas em princípios conflitantes com certos princípios de análise de outras sociedades.

A psicologia intercultural é um exemplo das grandes dificuldades para se obter um consenso, tanto na sua definição como da própria dinâmica de cada ciência particular e de seus diversos suportes teóricos.

Uma das definições da Psicologia intercultural foi proposta por Brislin, Lonner e Thorndike (1973): *“A psicologia intercultural é o estudo empírico de membros de diversos grupos culturais que tiveram experiências diferentes que conduzem a diferenças de comportamentos previsíveis e significantes. Na maioria de ditos estudos, os grupos investigados falam distintas línguas e são governados por políticas diferentes”*.

Uma das muitas dificuldades que se apresentam para definir o termo “intercultural” consiste em que necessariamente supõe uma comparação entre duas ou mais culturas, excluindo assim os estudos onde se considera somente uma. Price-Williams (1980) sublinha que as grandes contribuições realizadas foram de pesquisas de variáveis que tiveram como referente os antecedentes prévios da Psicologia geral e experimental em sujeitos ocidentais.

Numa resenha realizada por Massé (1995), se destaca que, na inspiração dos modelos etnológicos clássicos, certos antropólogos, psicólogos e psiquiatras, nos anos 30, dedicam-se ao estudo da influência exercida pela cultura e a organização social sobre a personalidade em diversas sociedades. Alguns cientistas definiram esta personalidade de base como a configuração de traços da personalidade adquiridos pelos indivíduos durante a infância nos mesmos métodos de educação. Outros, a partir de uma visão mais ecológica, descrevem a personalidade de base como um conjunto organizado de ferramentas de adaptação do indivíduo à sociedade na qual vive.



O debate sobre a relação entre socialização e psiquismo é desenvolvido. Alguns tentam caracterizar globalmente as culturas retratando as configurações de traços psicológicos, e outros realizam esforços de categorização dos caracteres nacionais que se acompanhou de pesquisas de temas como de adolescentes (Samoa/Estados Unidos), ou a influência da cultura em questões de gênero. Este processo foi conhecido como o movimento de cultura e personalidade. Nos anos 50, Spiro (1961) afirmou que “... o desenvolvimento da personalidade e a aquisição da cultura constituem um mesmo e único processo de aprendizado.”

Outra perspectiva fundamental foi iniciada no século XIX, quando a literatura psiquiátrica apresenta estudos comparados de patologias em distintos países, mas Emil Kraepelin, reconhecido como o grande mestre da nosografia psiquiátrica moderna, em sua obra *Vergleichende Psychiatrie* (Psiquiatria comparativa), de 1904, estabelece comparações de problemas mentais numa perspectiva internacional e transcultural. Neste caso, compara amostras de pacientes de Java e Siquapura com amostra de pacientes europeus. Murphy (1982)⁵ define a psiquiatria comparativa como “... o estudo das relações entre as desordens mentais e as características psicológicas entre diferentes nações, povos ou culturas”.

Um pioneiro da psiquiatria transcultural, Pow Meng Yap (1951, 1962, 1969) elaborou o conceito de Síndrome Ligada à Cultura (*cultural-bound syndromes*) que faz referência aos problemas mentais particulares de certas culturas, chamadas também psicoses exóticas, ou psicoses psicógenas atípicas ligadas à cultura, para nomear fenômenos como: *latah*, hipersensibilidade ao susto súbito (originalmente descrito na Malásia e Indonésia); *amok*, episódio dissociativo caracterizado por um período de retraimento seguido de um surto de comportamento violento, agressivo ou homicida (inicialmente descrito na Malásia); *koro*, que se apresenta como um episódio de ansiedade súbita e intensa de que o pênis irá retrair-se e penetrar no corpo, podendo ocasionar a morte (relatada no sul e leste da Ásia). Numerosos autores contribuíram com descrições de novas síndromes e na 4ª. edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, elaborado pela Sociedade Americana de Psiquiatria, são reconhecidas 25 destas síndromes.

A perspectiva da Antropologia Médica e da Etnopsiquiatria procuram identificar as causas dos problemas em níveis mais complexos. Neste contexto estão o estudo de fatores que entram em conjunção para a estruturação de problemas, chamados dispositivos patogênicos estruturantes, e as particularidades, que adotam estes em cada sociedade. Os problemas podem ser identificados e

⁵ Segundo o autor, a história desta obra se remonta a experiência vivida em 1946.



compreendidos a partir do conhecimento da organização social, das condições cotidianas de existência, dos valores culturais, que dão sentido aos mesmos, assim como dos processos de experiência histórica e de organização e de estruturação ou de reestruturação de valores (entre eles os de saúde) que influem nos valores normativos sociais. A etnografia aporta as ferramentas para poder identificar os elementos que geram os diversos perfis patogênicos. (Bibeau, G. y Corin, E. 1993).

A Etnopsiquiatria evidenciou que cada cultura propõe a seus membros um repertório de símbolos e de sinais pelos quais as desordens psicológicas podem ser expressas e comunicadas ao seu entorno. A análise das categorias populares da doença centradas, não na doença como uma entidade empírica, mas sobre a significação de um quadro interpretativo da realidade de sua doença, está relacionada a uma rede de símbolos particulares (Good e DelVecchio-Good, 1980, 1982), onde é entendida a cultura como a mediadora com a realidade material.

Definição e redefinição de cultura e identidade

A Antropologia é geralmente considerada como a ciência social que definiu o conceito de cultura, fazendo-a um objeto científico privilegiado. Existem numerosas definições, nas quais Bibeau (1995) explica “... não é uma noção (...) fácil de explicar em termos simples e claros”. Isto é pela diversidade de escolas de pensamento, no qual “... os adeptos da ecologia cultural consideram a cultura como o resultado do processo de adaptação de um grupo humano à seu ambiente; os antropólogos cognitivistas insistem mais sobre os mapas mentais que a cultura oferece a seus membros; os militantes do enfoque interpretativo transformam a cultura num sistema de significados; a corrente estrutural-funcionalista tende de seu lado à acentuar a dimensão holística dos sistemas coletivos de representação, os enfoques contextualistas, particularmente as tendências críticas de inspiração marxista, acentuam particularmente a influência dos fatores econômicos, políticos e sociais sobre as formações culturais”. Num sentido amplo, “todos concordam efetivamente em compreender a cultura como um produto histórico, sempre situado, datado e em transformação, que fornece a um conjunto humano mais ou menos bem circunscrito referências comuns relativas à visão do mundo, à estruturação do tempo e espaço e à construção da identidade das pessoas”.

Na atualidade, encontramos diversas concepções e definições sobre a noção de identidade, que é motivo de discussão no campo da Antropologia, e que a sua vez é extensiva e permeada por outros campos do conhecimento científico.

Erikson (1972) discute que a perspectiva de identidade psicológica, que se bem parte do principio do ego, este é extensivo a outras pessoas ou grupos, o que implicitamente tem uma relação direta com os conceitos de etnia e de sociedade



na medida em que a “consciência de identidade íntima”, “seguridade” ou “emancipação interior” se reafirma dentro da pertença a grupos da sociedade e corresponde, tanto no interior do indivíduo, como no núcleo central de sua cultura coletiva, que estabelece a particularidade dessas identidades.

Em outra posição frente ao problema, observamos que o debate é extensivo nas dimensões econômicas, sociais e políticas.

A necessidade de enunciar as diferenças de uma cultura sugere o uso da noção de identidade, como uma maneira em que a ciência pode traduzir a realidade dos fatos de maneira coerente com a lógica de uma teoria. Pretende-se constituir como uma categoria de interpretação de acontecimentos e efeitos da relação entre diferentes, baixo o risco de reduzir a própria dinâmica e complexidade dos fatos que sucedem no interior de uma população.

De maneira resumida, vemos que a discussão é estabelecida em diversas direções, não necessariamente convergentes; os autores, desde diversas perspectivas, buscam enfatizar a necessidade de uma definição, às vezes tão extensiva, que tem diversas características: de princípio, de categoria, ou podem colocá-la como um sinônimo ao termo etnia. Por outro lado, se propõem a relativizar todos estes intentos. Não obstante, deve considerar-se a identidade como uma construção que tem uma correspondência com os fenômenos de pertença e oposição.

É necessário destacar que partimos de uma noção, que busca um status de evidencia. No campo semântico, ela é uma expressão que manifesta dois significados praticamente opostos.

De um lado, se remite ao que é idêntico ou parecido, oposto ao que é distinto; por outra parte, faz referencia ao caráter do que é único e que se diferencia irredutivelmente dos outros: *“A identidade se propõe assim, ao nível mesmo de sua definição, dentro do paradoxo de ser a sua vez o que é semelhante e diferente, único e parecido a os outros; ela oscila entre a alteridade radical e a similaridade total”* (Lipiansky 1986: 8).

É neste duplo caráter da noção que se colocam os problemas para operacionalizar as definições, observando-se que na maioria dos casos o próprio termo identidade requer ser complementado com outros substantivos para ter certa especificidade no campo de pertinência, como, por exemplo: identidade psicológica, identidade étnica, identidade social, identidade cultural, identidade nacional etc.

A visão substancialista que entendia cada etnia como uma entidade discreta, dotada de uma cultura, uma língua e uma psicologia específica, foi progressivamente superada pela aproximação dinamista e interacional. Os



critérios propostos por Narroll (1964) para definir o termo grupo étnico são os que qualificam uma comunidade que:

- Se autoperpetua, em boa medida biologicamente;
- Tem em comuns valores culturais realizados fundamentalmente como uma unidade manifesta em formas culturais;
- Compõem um campo de comunicação e de interação; e
- Os membros identificam a si mesmos e são identificados pelos outros, como constituindo uma categoria não redutível a outras categorias da mesma ordem.

Estes critérios são revisados criticamente por Barth (1969), que considera que as categorias propostas são ideais, na medida em que pressupõe a existência de uma continuidade no tempo de tais unidades, enquanto que o *locus* dos fatores determina a forma sobre as unidades. Por isso, recomenda que os indicadores sejam buscados principalmente na realidade organizacional da comunidade e em sua atribuição de identidade na medida em que ambos são possuídos ao mesmo tempo (organização / adscrição). Desta maneira, se sublinha que a comunidade preserva sua organização e identidade étnica, em quanto consegue prescrever para seus membros os princípios de orientação social marcados por valores próprios de base étnica, e são estes os que traçam concretamente seus próprios limites de etnicidade no relacionamento com os outros, que por sua vez autodetermina a condição de ser sujeito de um grupo étnico.

O que se entende como fronteira de um grupo étnico seria estabelecido pelas regularidades dos padrões de conduta, que traduz a consciência de pertencer a um determinado grupo social e de participar na vida de sua cultura, já que os comportamentos se atualizam nas situações interativas com outras etnias na medida que põem à prova a organização do grupo e as instituições centrais geradoras de valores de identificação.

Rodrigues Brandão (1986) sublinha as conclusões de Barth, recuperando a ideia de processo de construção da identidade étnica, a qual qualifica como uma variante da identidade social. Destaca que são realizações coletivas motivadas ou impostas por razões externas ou internas ao grupo, e sempre e inequivocamente realizadas como um trabalho simbólico em sua cultura e com sua cultura. Como o processo (a identificação) e o produto (a identidade) do trabalho cultural resultam na adscrição de significados de diferenciação social e étnica, as identidades podem ser geradas, preservadas, extintas ou transformadas pelas realizações cotidianas de sua própria história.



Outros autores propõem uma noção de etnicidade indígena mais ampla, que supere a ênfase que se coloca na criação de limites e os critérios de autoadscrição subjetivos. Neste sentido, se destaca que *“... a etnicidade é uma construção social no tempo, num processo que implica uma relação estreita entre reivindicação cultural e reivindicação política e que tem como referência última não somente os outros, mas também o Estado-Nação, no qual o grupo étnico (portador de tal reivindicação) está inserido”* (Ramirez Goicoechea, 1984: 219).

A identidade indígena pode ser entendida como a expressão de um processo social e cultural, onde existe uma noção do estabelecimento de laços de pertença dados por uma percepção da anterioridade, o que dá um atributo histórico a este processo. Mas o contacto com outras sociedades, não somente estabelece uma percepção da diferença (o que caracteriza a uns e a outros) senão que também, neste contacto se põem em jogo as relações políticas e de poder (inclusive a guerra). O estabelecimento de um sistema de relações desiguais dá uma dimensão particular e as diferenças, especialmente, quando se estabelece um rol de subordinação, o que leva a construção da especificidade oposicionista que permeia esta construção da identidade.

Em termos da adoção de um quadro de referência, para estabelecer a análise da identidade indígena, partimos do reconhecimento de um processo complexo e contínuo estabelecido entre a cultura e a etnicidade. De acordo com Beaucage (1990), o que distingue a identidade ou a pertença étnica de outras identidades, são a pertença (classes, gênero etc.) e a utilização de critérios culturais (língua, modo de vida, valores), nos quais se entende que a cultura é a matéria-prima para a elaboração da etnicidade.

Este é um trabalho de seleção, valorização, e organização, que implica no estabelecimento de uma ação intencional ou consciente, como um modo de percepção de si mesmo, e que requer necessariamente a existência dos outros. Ao mesmo tempo, se estabelece um trabalho análogo sobre a cultura dos outros.

Este processo é o que permite estabelecer determinadas fronteiras da identidade, que guardam distâncias relativas segundo as características sócio-históricas que adotam as relações interétnicas e interculturais, num território determinado (no esquema seguinte se observa uma síntese do processo).





Segundo Helman (1990) a cultura define para os membros os parâmetros de “normalidade” de um grupo e as maneiras de ser temporariamente anormais assim como os contextos de tolerância (eventos festivos, o carnaval, duelo, etc.). *“Todas as sociedades humanas veiculam crenças relativas às maneiras adequadas de ser e de se conduzir com os outros. Estas normas provem tanto de respostas esperadas como de normas que modelam os comportamentos e as atitudes. Estas crenças normativas definem como normal não somente os comportamentos assim como as maneiras de vestir-se, a linguagem, o tom da voz, as maneiras de ver ou a expressão facial, que serão consideradas como adequadas num lugar, momento ou contexto”* Neste sentido, *“..existem muitos exemplos de comportamentos que são considerados como normais em certas culturas e que podem conduzir à um diagnóstico de doença mental em outras”* Massé (1995). Um exemplo frequente é o diagnóstico de psicose em pessoas que manifestam problemas por perceberem ser portadoras de feitiço.

É necessário destacar que na Etnopsiquiatria as condutas desviantes não são uma norma absoluta. Estas estão em função de sua posição em relação às normas próprias de uma cultura determinada. Uma cultura nunca é monolítica, as normas não necessariamente são compartilhadas de maneira férrea num grupo étnico em particular. Um comportamento poderia ser considerado como desviante, não somente em função de motivações ou intenções de uma pessoa, mas em função do grupo sociocultural que avalia ou julga determinado comportamento. Massé (1995) identifica três fontes: o indivíduo se autodefine como desviante, os membros de seu entorno assinalam esta situação ou os membros aos quais a sociedade tem delegado o poder de julgar a “normalidade”.

Elementos para a compreensão dos problemas

Para entender o processo saúde-doença, considero fundamental entender como se estabelece o fenômeno a partir da própria vivência do povo; como a partir dessa vivência se geram alternativas de construção de sintoma ou doença; como a vivência das pessoas é socializada constituindo corpos de conhecimentos validados coletivamente; como as atribuições de significados organizam um conjunto de códigos que se sintetizam e se expressam num particular estilo de vida, a partir de sua ubiquação no mundo e a compreensão que dão a ele, incluindo os fenômenos vitais, a concepção do corpo e o sentido que adotam no contexto social.

Se temos em conta a heterogeneidade como característica essencial, ela está na distribuição da população, a presença de 215 etnias indígenas no território nacional, os distintos processos socioeconômicos onde estão imersas as culturas indígenas; e finalmente o desafio para implementar ações organizadas em saúde mental à médio e longo prazo.

Um aspecto essencial que deve ser tido em conta pelos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde é tratar de observar e compreender como se gestam os problemas no âmbito local, para posteriormente analisar as particularidades e os aspectos comuns num âmbito territorial maior. Esta procura de conhecimento deve estar centrada no contexto da cultura de pertença da população, ou seja, na suas lógicas, princípios e valores, e nós, como observadores, tratar de manter uma distância relativa para evitar confundir as categorias observadas com as nossas.

Os principais sujeitos de observação, a escuta e o aprendizado, correspondem a um sujeito comum para os atores (a pessoa e nós), num momento de intervenção em Saúde: os problemas específicos demandados, sejam individuais ou coletivos. Nosso esforço estará centrado na compreensão dos modelos explicativos que a população formula sobre determinados quadros de patologias.

Foi Arthur Kleinman (1980, 1981) quem definiu o modelo explicativo da doença (*explanatory model of illness*) como um conjunto de crenças ou de concepções que procuram explicar, para um episódio dado de doença, suas causas (etiologia), o momento e as modalidades da manifestação dos sintomas, a patofisiologia, a evolução da doença (gravidade e papéis do doente) e seu tratamento. Aqui, a questão não é a doença como realidade biofísica, mas a doença como experiência pessoal em tanto que reação social frente a problemas físicos e psicológicos. É fundamental destacar que existem modelos tanto para os pacientes como para os profissionais tratantes, cada um tem uma explicação que não necessariamente são concordantes já que estes são modelos construídos que estão baseados em conhecimentos, na



sua experiência, análises, e veiculam suas conclusões que partiram de um corpo de conhecimentos que tiveram consenso social.

Obviamente que a compreensão da língua, os conteúdos da narrativa, a sequência do discurso, as atitudes dos profissionais (especialmente na adoção de uma posição de autoridade superior dominante) são obstáculos no estabelecimento da comunicação necessária para aprender sobre a saúde/doença de outras culturas. O contato das culturas coloca um encontro de ideologias e é precisamente esta oportunidade para ampliar e refletir sobre outros referentes que permitirá construir o processo para agir na dimensão intercultural, onde cada ator sairá não somente com novos conhecimentos, mas neste intercâmbio com uma nova visão de mundo.

Se entendemos que o significado da doença está condicionado pela natureza mesma desta doença, o universo de conceitos, normas, valores, relações sociais, situações e eventos da vida em coletividade, significa que a doença está integrada num sistema idiossincrático de significações específicos de uma cultura.

Para ter um acesso a este sistema de significações, podemos identificar semiologicamente outros dos sistemas: os de expressão e da ação.

Quando tomo uma referência “sistêmica” é uma aproximação arbitrária para poder agrupar um conjunto de fatores ou elementos que estão associados de diversas maneiras e que produzirão manifestações ou resultados à maneira de sínteses deste processo complexo de articulação.

Considerando que os significados estão dados pela cultura, nos episódios de doença estas receberão uma denominação baseada na experiência social deste problema. Se adotada uma posição construtivista, poderia afirmar-se que durante o processo de construção da doença seria produzida uma série de sintomas e/ou sinais que progressivamente se constituíam como um quadro típico, reconhecido como uma representação particular que permite sua identificação como doença. Nesta progressão, os parâmetros de normalidade e anormalidade, de banalização do risco, de alerta e preocupação podem ser reconhecidos pela pessoa e seu entorno familiar e social mais amplo. Sem dúvida, a objetividade/subjetividade, a tolerância, as distintas associações entre eles, a oportunidade de aparição e permanência são extremamente variáveis nas diferentes culturas.

Segundo as percepções individuais e sociais, se produz a mobilização na procura de uma explicação tanto do sentido e significado destes problemas quanto da causalidade. A pessoa e seu entorno imediato poderão procurar ajuda nas famílias extensas, aos recursos da sociedade que tem maior capacidade, experiência e poder para interpretar estes problemas, especialmente quando se



trata da presença de componentes de ordem espiritual ou de entidades míticas. Segundo a experiência em saúde/doença, poderão ser procurados serviços nos sistemas médicos e/ou a instituições religiosas ocidentais.

Neste caso, compreendemos que os sistemas de ação não podem ser reduzidos a meros “comportamentos”. Existe um complexo processo, no qual existem avaliações da situação do paciente e da capacidade familiar quanto a sua participação na procura de soluções, a tomada de decisões, a unilateralidade o simultaneidade de vias para a procura de ajuda, assim como da utilização de recursos terapêuticos. Esses itinerários também podem ser alterados segundo a influência das experiências com o sistema médico ocidental.

No esquema seguinte, estão representados estes três componentes.

Como consideração final, sublinho que, geralmente na prática médica



realizada nas aldeias, é frequente observar que os diagnósticos são realizados quase exclusivamente na expressão de sintomas, sinais e signos de patologias interpretadas exclusivamente a partir do conhecimento médico ocidental. No caso da saúde mental, tendo em conta que o sistema de significados à base dos modelos explicativos, seu reconhecimento é fundamental para evitar erros diagnósticos e terapêuticos. Por exemplo, os diagnósticos de esquizofrenia em casos de feitiço.

Sem descartar que as patologias podem ser susceptíveis de uma dupla interpretação válida (médica e popular), o fundamental da prática intercultural é ter em conta também a eficácia simbólica das intervenções dos sistemas médicos indígenas, assim como a possibilidade de realizar intervenções terapêuticas complementares.



Ainda que seja obvio, é necessário sublinhar que, sem o conhecimento das outras culturas e da nossa, a interculturalidade continuará sendo uma utopia.

Bibliografia

- BARTH F. Introduction: 9 - 38, en F. Barth (dir.). In *Ethnic groups and boundaries*. Londres: Allen & Unwin, 1969.
- BEAUCAGE P. *Structures de domination et mouvements indiens: éléments pour un cadre théorique*. Documento. Seminario: Structures de domination et mouvements indiens. Montreal: Universidad de Montréal, 1990.
- BIBEAU, G. Pari sur le virage anthropologique de la sante publique : XIII-XIV. In R. Massé. *Culture et santé publique* . Montreal: Gaetan Morin Editeur ltée, 1995
- BIBEAU, G, e CORIN, E. Beyond textuality. Ascetism and Violence. In *Anthropological Interpretation*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1993
- BRISLIN. R W., LONNER, W. J. E e THORNDIKE, R. M. *Cross-cultural Research Methods*. New York: John Wiley & Sons, 1973.
- ERIKSON E. *Juventude, Identidade e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- GOOD, B. J. e DEL VECCHIO GOOD, M. J. The Meaning of de symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practices. In L. Eisenberg e A. Kleinman, dir. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel, 1980.
- A. J. MARSELLA E G. M. WHITE. Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: Fright Illness and Hearth distress Iran. In *Cultural Conception of Mental Health Therapy*. Boston: D. Reidel, 1982.
- HELMAN C. G. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterword-Heineman, 1990.
- LIPIANSKY E.M. Identité, communication et rencontres inter-culturelles. *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, nº 5: 7 – 49, 1986.
- KLEINMAN A. Major Conceptual And Research Issues For Cultural (Anthropological) Psychiatry. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, (4): 3-13, 1980.
- On Illness Meaning and Clinical Interpretation: "Not Rational Man but a Rational Approach to Man the sufferer/Man the Healer". Culture, Medicine and Psychiatry*, (5): 373-377, 1981.
- MASSE R. *Culture et santé publique*. Montréal: Gaetan Morin Editeur ltée, 1995.
- URPHY, H. B. M. *Comparative Psychiatry: the international and Intercultural Distribution of Mental Illness*. 28 Monographien aus dem Gesamtgebiete der



- Psychiatrie. Psychiatry Series. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
- NAROLL R. Preliminary Index of Social Development. *American Anthropologist*, Vol 4, nº 58: 687-701, 1956.
- PRICE-WILLIAMS, D.R. *Por los senderos de la psicología intercultural*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- RAMIREZ GOICOECHEA, E. Cuadrilla en el País Vasco: Identidad local y revitalización étnica. In *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (25): 213 – 220, 1984.
- RODRIGUES BRANDÃO C. *Identidade e etnia: construção da pessoa e resistência cultural*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- SPIRO M. E. An overview and a suggested reorientation. In *Psychological Anthropology: Approaches to Culture and Personality* (Francis L. K. Hsu, ed.) Homewood, Illinois: Dorsey Press, 1961.
- TRIANDIS, H. C. *The Analysis of Subjective Culture*. New York: John Wiley & Sons, 1972.
- YAP P. M. *Mental Diseases peculiar to Certain Cultures: A Survey of Comparative Psychiatry*. *Journal of Mental Science* (97):313-327, 1951.
- Words and Things in Comparative Psychiatry, with Special Reference to the Exotic Pstchoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (38): 163-169, 1962
- W. Caudill e T. Y. Lin eds. The Culture-Bound Reactive Syndromes. In *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East-West Center Press, 1969.



a contribuição da etnoarqueologia na construção da identidade étnica entre os kaingang no oeste paulista

Robson Rodrigues

Graduado em Ciências Sociais, concentração em Antropologia pela Unesp, especialista em Etnologia Indígena pelo Centro de Ensino e Pesquisa do Litoral Paulista da Unesp, mestre em Arqueologia pelo Museu de Arqueologia e Etnologia da USP, doutor em Etnoarqueologia pelo MAE/USP, pós-doutorando e pesquisador do Centro de Estudos Indígenas Miguel Algel Menendez da Unesp, atualmente coordena o GT que realiza estudos para a viabilidade de demarcação de território indígena em Barão de Antonina e Itaporanga.

De certa forma, o que eu vou falar aqui é fruto de um aprendizado dessa relação que comecei a ter no começo dos anos 2000. Vou trazer um pouco da minha experiência com a comunidade de Vanuíre, onde desenvolvi esse trabalho, sendo que vou falar um pouco a partir da experiência dos kaingang.

Esse é um momento importante para a gente dialogar, principalmente para que os presentes, representando as populações indígenas, possam fazer a crítica e apontar os rumos do nosso trabalho.

Entendo também que a universidade tem um papel muito importante nesse momento, tanto no diálogo com a sociedade nacional como com a sociedade indígena. Do meu ponto de vista, todo trabalho acadêmico, principalmente na linha de pesquisa que eu desenvolvo, tem que dar um retorno para a comunidade. Então, para mim a universidade tem que estar a serviço da sociedade e, de um modo especial, da sociedade indígena.

No mestrado, eu trabalhei com a comunidade Guarani, depois fui para os kaingang e agora, neste mais recente trabalho estou novamente com a comunidade Guarani. Espero voltar a trabalhar com os kaingang, com os kaingang aqui no Oeste, nesta questão principal que é o território.



A gente vive, eu diria, um momento difícil, mas que é um momento muito rico em um evento como esse, com os profissionais da Psicologia se voltando, dando atenção à questão indígena e por aí vão outros profissionais, historiadores, antropólogos. Quer dizer, profissionais que atuam tanto na área acadêmica como na sociedade, profissionais atuando de forma autônoma ou na sua área profissional, a questão indígena se coloca como um tema atual e de tendência crescente para o futuro.

Eu brinco muitas vezes dizendo que eu gostaria de viver duzentos anos para avaliar a experiência que nós estamos vivendo hoje, não só aqui no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil. São várias experiências em que as comunidades indígenas, a partir da sua organização, a partir das suas lutas, com todas as suas dificuldades, com todas as suas contradições, vêm avançando na consolidação dos interesses indígenas. Dialogando com a sociedade envolvente, combatendo o preconceito, combatendo as dificuldades, avançando e cobrando que o Estado, principalmente pela representação da Funasa, da Funai e de outros órgãos representativos, atue devidamente nas áreas indígenas.

Sabemos o quanto é difícil dialogar com os órgãos governamentais, e aqui eu sei que tem representações de órgãos estaduais e municipais também. E eu acredito que esse tema tem que estar no dia-a-dia, no cotidiano das nossas cidades. Então, que cada vez mais a gente possa dialogar com essas pessoas, com essas sociedades.

Eu sou um etnoarqueólogo de formação, eu trabalho especificamente com aquilo que as populações indígenas produzem com a cultura que a gente chama de cultura material, com seus objetos, seus produtos. E um outro eixo que é a terra, que eu trabalho.

Como eu, na condição de profissional, poderia também contribuir em um evento com psicólogos, nesse diálogo com a Psicologia. Aí, o título que eu trouxe para a gente conversar é esse, a contribuição da minha área de pesquisa, de estudos que é a Etnoarqueologia na construção da identidade étnica. De modo especial na comunidade kaingang no Oeste Paulista, que é a experiência que eu vou trazer, mas que, de certa forma, ela se amplia para a questão da identidade étnica das diferentes populações indígenas.

Eu faço parte então desse grupo da Faculdade de Ciências e Letras do campus de Araraquara da Universidade Estadual Paulista, a Unesp. Nós temos lá um grupo de profissionais de Antropologia com vinte e sete anos de experiência. Eu fui aluno desse grupo e hoje, como pesquisador e pós-doutorando desse grupo, ao longo de toda a minha experiência, é esse grupo que vem de certa forma me auxiliando a caminhar na relação universidade e sociedade.



Não adianta nada eu desenvolver um trabalho acadêmico, uma pesquisa acadêmica, se eu não levo para as sociedades na qual eu trabalho esse conhecimento, essa sistematização que eu faço como pesquisador, como cientista, contribuindo na luta, no cotidiano e nos diferentes temas que as sociedades, com as quais eu trabalho, vêm avançando. Fiquei, então, pensando em como trabalhar com isso.

Logo que eu vi o folder do evento, já me aproximei um pouco desta relação com o grupo de psicólogos que eu vim a conhecer de modo mais próximo também aqui. No próprio folder há vários elementos identitários que me atraíram.

Então, eu consegui ver uma cerâmica kadiwéu, consegui perceber uma cestaria guarani, kaingang, o pau de chuva, que é produzido também no artesanato dos grupos indígenas, os colares, as cerâmicas, a própria questão da representação cultural que as sociedades indígenas vêm construindo ao longo da sua vida.

No folder, eu peguei uma ideia que se aproximou do tipo de trabalho que eu faço que é com a cultura material. Então, eu fiquei me perguntando: como materializar a identidade? Como pensar a identidade étnica a partir daquilo que cada tribo indígena, em especial os grupos que eu tenho trabalhado, pode contribuir no diálogo com a nossa sociedade?

Eu vou rapidamente falar de algumas ideias para a gente começar a conversar. Para que a gente depois continue esse diálogo e como o meu trabalho pode contribuir na construção de identidade étnica.

De modo geral, quando nos deparamos, em um sentido bem amplo, com algum elemento material da cultura indígena, sempre nos perguntamos: “Mas o que é isso? Para que foi utilizado? Como fez? Quem fez? Como isso foi feito?”. Isso, de modo geral, a gente sempre tem essas questões na cabeça, principalmente na nossa sociedade, quando a gente não conhece. Então, a gente quer conhecer, quer se aproximar, quer entender aquilo.

Muitas vezes compramos um artesanato para uma atividade, para uma ornamentação, e muitas vezes nem nos perguntamos como que isso foi feito, porque isso foi feito, quem que faz, como que isso está sendo pensando dentro da comunidade, se é para alguma atividade econômica.

Quer dizer, o que está por trás daquele produto, daquele material que nós estamos comprando, que nós estamos adquirindo ou que nós estamos vendo.

Então, para nós que trabalhamos com a cultura material, isso é importante. Porque por trás desse artesanato, desse material, tem alguém. É esse alguém que nós, das Ciências Sociais, da Antropologia, e no meu caso em especial que sou das Ciências Sociais, procuramos entender.



Já que a gente tem um interesse, principalmente na academia, um interesse amplo e que vem crescendo para entender o que está por trás desta construção, quais foram os elementos simbólicos que estão presentes nessa materialidade, o que isso tem a ver com o modo como as sociedades que estão produzindo esse material, estão pensando, como elas estão construindo esse material.

É claro que muitas vezes essas ideias não estão sendo matematicamente construídas, não existe muitas vezes uma racionalidade objetiva, mas por trás dessa construção, existe um elemento subjetivo, existe um pensar, existe uma série de ações sociais que essa sociedade, esse grupo que está produzindo esse objeto... Ele está ali naquele momento pensando, e é um pouco isso que eu venho trabalhando.

Quais são os fatores culturais relacionados ao comportamento humano, ao comportamento daquela pessoa que está fazendo aquele objeto, a partir das suas atividades de produção, do uso desse objeto e também do descarte.

O objeto tem uma vida, quando ele é pensado para seu uso. Antes de ele ser produzido, existe também uma construção mental que orienta o fazer, a confecção do objeto. Não é tão lógico e racional como a gente fala, mas existe uma reflexão por trás, porque existe um conhecimento, e é esse conhecimento que é fruto da história de vida da pessoa que produz o objeto que nós começamos a nos interessar. Pensar em como ele foi produzido, para que é usado, depois quando é descartado, porque muitas vezes depois do descarte alguém reusa.

Então, para nós que trabalhamos com a cultura material, esses elementos são importantes e eles têm um registro. No nosso caso a gente chama de registro arqueológico.

Entendido como o modo de trabalho da minha área de atuação, que é a Arqueologia, que é o estudo da cultura material, os vestígios materiais da cultura que muitas vezes já foram produzidas no passado foram descartadas em um determinado local, e esse local já não é mais utilizado na atualidade. Para nós é importante também entender esse local, entender esse material que está nesse local, para entender as sociedades com as quais a gente trabalha.

A partir daí, estabelecer diálogos com a História, com a Etnologia, nessa perspectiva do diálogo interdisciplinar, para criar condições de trabalho de pesquisa a orientar o nosso pensamento de modo estratégico em um esforço que nós temos, como arqueólogos, de entender, a partir dos trabalhos com as sociedades atuais, a história dessas populações. Muitas vezes são histórias que não estão escritas nos livros, muitas vezes são histórias que já não fazem mais parte da memória dos grupos.



Então, esse vestígio material que nós encontramos muitas vezes em um determinado lugar, ao entrar em contato com a história de vida, com a história escrita, com os elementos atuais da cultura, pode recuar no tempo, na história daquele grupo ocupando um determinado lugar.

E é história que não tem 500, 600 anos não, é história de 2, 3, 4 mil anos de um determinado grupo que ocupa um lugar, um espaço, onde nós chamamos hoje de Brasil. Esse Brasil, a bem da verdade, é uma construção recente, a história do Brasil tem pouco mais de 500 anos, mas a palavra Brasil é do século 18.

Essa construção da identidade nacional brasileira é muito recente, e muitas vezes nós estamos falando da história de um povo que tem 2, 3 mil anos de história dentro desse Brasil.

Então, o nosso papel, como profissional, é também contribuir nessa construção histórica. Como a gente vem fazendo isso?

A partir desse conjunto de materiais etnológicos, que muitas vezes os elementos simbólicos, os elementos da história de vida das pessoas, associados às atividades de pesquisas em arquivos, documentais, escritos muitas vezes de viajantes que escreveram em um determinado período da história mais recente, pesquisas em museus.

Eu trabalhei com uma coleção, aqui no museu de Tupã – depois eu vou mostrar um pouquinho para vocês, o quanto é importante os objetos que estão no museu – Esses objetos precisam ser apropriados pelas populações indígenas, o museu ainda precisa ser um espaço de cidadania. Principalmente o museu etnológico, é muito distante dos grupos indígenas.

Recentemente, um instituto novo chamado de Ibram, Instituto Brasileiro de Museus, começou a estimular a criação de museus indígenas, museus em áreas indígenas. Museu não entendido como aquele espaço de objeto antigo, mas um espaço vivo que possa armazenar a história da cultura.

São várias as experiências que nós já temos em outras regiões do Brasil em que as populações indígenas estão construindo o seu museu. Isso é bastante interessante quando pensamos na consolidação da história de vida, dos antepassados.

A partir daí, nós vamos associando os estudos da cultura material às populações indígenas contemporâneas, da atualidade. Buscando, do ponto de vista da pesquisa, perceber este estudo, esta associação entre os vários elementos do conhecimento no diálogo com as sociedades indígenas atuais, é um campo muito privilegiado para nós arqueólogos.

Isso, porém, na Academia, é muito recente. Apesar de nós termos uma diversidade muito grande de povos indígenas no Brasil, somente agora também que os profissionais da Academia, da universidade, principalmente arqueólogos



como eu, começam a se voltar para as sociedades indígenas atuais e construir possibilidades, ideias, em diálogo com essas sociedades para entender o modo de vida, as construções históricas, os elementos do passado também, tendo em vista o presente e o futuro.

De um modo especial, aqui, com o meu trabalho e principalmente o trabalho que eu desenvolvi na comunidade vanuîre, dos elementos da atualidade, eu destaquei dois elementos com os quais vou trabalhar com vocês aqui: o elemento material e o outro elemento que é o espaço, território. E de modo especial a questão da cerâmica.

A sociedade kaingang é uma população do sudeste-sul, que tem perto de 20 mil pessoas, mais ou menos, e quando a gente pensa em cerâmica, só aqui em São Paulo a gente tem uma experiência com a produção de cerâmica. No sul, o trabalho se dá mais com a cestaria. Mas, de modo geral, a cerâmica para uma população de aproximadamente 20 mil pessoas, aqui no Estado de São Paulo tem uma experiência interessante. A partir dessa experiência que eu comecei então a me envolver e a pensar isso do ponto de vista da identidade étnica e da valorização cultural.

No decorrer do processo histórico das populações kaingang, devido ao contato interétnico, este elemento material da cultura foi gradativamente diminuindo de produção. Nessa história eu não vou avançar, mas quem sabe em outra oportunidade.

Diminuiu drasticamente a sua produção oleira e hoje é apenas uma atividade econômica, é ligado mais ao artesanato de venda, mas isso tem uma importância histórica na preservação de um patrimônio que é muito importante para entender de certa forma como a sociedade kaingang, aqui no Estado de São Paulo, veio se desenvolvendo e ocupando o seu território como era no passado. Eu vou mostrar alguns mapas, e que hoje venho trabalhando para consolidar a identificação de territórios indígenas no Estado de São Paulo. Uma das ideias é que esse trabalho que eu fiz possa contribuir para perspectivas futuras.

E aí, rapidamente aquilo que eu falei, saber que no território brasileiro nós temos um extenso leque populacional, com uma diversidade muito grande de povos produzindo conhecimento, cultura, pensando, criando possibilidades de ocupação de território, vivendo sua vida cotidiana completamente diferente uma das outras muitas vezes.

O desafio da nossa sociedade hoje é entender as sociedades indígenas nessa diversidade e no diálogo que os povos fazem dentro dessa construção de estratégias de futuro, de estratégias que possam avançar e melhorar a qualidade de vida das populações indígenas.



Nós temos no Brasil, pensando no cenário mundial, uma riqueza muito grande e é uma riqueza que não tem valor econômico, é esse o valor que nós temos que dar, porque a nossa sociedade ainda precisa avançar. Tem avançado, ainda pegando o exemplo desse espaço que os psicólogos abrem e começam a perceber a importância de estabelecer relações e diálogos com as populações indígenas. Então, é a partir desses relatos, dessas interpretações e desses materiais que a gente pode visualizar alguns aspectos então da cultura e do entendimento do modo de ser das populações indígenas.

Nós vamos começar com o histórico. Eu quero utilizar os mapas. Nós vamos localizar alguns espaços que nós temos.

Nós estamos nessa região aqui, do oeste de São Paulo. Esse é um mapa de um antropólogo alemão chamado H. V. Ihering, que foi diretor do Museu Paulista no final do século 19. Esse mapa foi produzido na última década do século 19, em 1890, ou seja, tem 120 anos. Nessa época, ele já sistematizou os antigos territórios das populações indígenas.

Então, nós estamos nessa região aqui do território kaingang. Aqui, o pessoal de Itaporanga e do Vale da Antonina, se olhar aqui, vai ver que está pintadinho. Aqui são os antigos territórios Guarani, entre o Vale do Itararé e o Vale do Rio Verde.

Esse é o mapa de 1890, ele foi publicado em 1905 por esse alemão e já conta com os territórios das populações. Eu estou falando isso exatamente para que possamos discutir melhor esta questão. O território é um dos elementos para a gente pensar em identidade.

Esse outro mapa é de outro alemão também mais conhecido por vocês, talvez, ele é chamado de Kurt Nimuendaju. Kurt foi um alemão indigenista, que teve uma importância muito grande principalmente para as populações Guarani. O mapa dele foi produzido na década de 50 do século 20, é um mapa que é o IBGE edita, é fácil de achar.

O Kurt Nimuendaju consegue mapear todas as rotas da mobilidade, de todas as populações indígenas no Brasil, mas eu fiz especialmente um recorte para o Estado de São Paulo para percebermos onde estão as comunidades indígenas.

Então, os guarani de Itaporanga estão aqui no mapa. Aqui tem uma data de 1843 em que os Guarani já estavam ocupando essa região, sendo que o Barão de Antonina chega depois lá, depois é que ele demarca território.

Então, são esses elementos que a gente vai pensando para entender o lugar de onde essas pessoas vivem. A questão dos kaingang aqui do oeste. E depois, em um processo histórico recente, a vinda dos terena, a vinda do krenak, que passam a incorporar um novo território e esse passa a ser território indígena também, krena, krenak, dentro de uma mobilidade histórica.



Esses riscos aqui são as movimentações das populações, então, não adianta falar: “Esses Guarani são tudo do Paraguai, não são daqui”. Isso vocês já ouviram, não ouviram? “Ah, aquele índio é do Paraguai, não é daqui.” Na verdade, não é uma questão só de ser índio do Paraguai ou do Brasil, toda população indígena se movimenta dentro do seu território.

O território Guarani ia desde lá do Espírito Santo até a Argentina, Paraguai, passando pelo Mato Grosso do Sul, pegando São Paulo.

Então, o modo como hoje nós concebemos a divisão geográfica é completamente diferente do modo como as sociedades indígenas concebem a sua movimentação. Então, quando a gente pensa em território, nós temos que pensar em mobilidade e movimento e é isso que conta também quando a gente fala da questão da mobilidade na ocupação do território.

Em 1905, a Comissão Geográfica e Geológica quando está entrando aqui pelo Rio Feio, pelo Rio do Peixe, ela vai registrando as populações indígenas daqui. Então, essa é uma foto de 1905, esse é um sertanista da frente de expansão colonial a serviço da Comissão Geográfica e eles estão em área kaingang. São aldeias que, assim, a hora que os índios perceberam que o pessoal estava chegando, saíram e deixaram tudo para trás.

Eles fotografam essa documentação. Para nós que fazemos pesquisas do ponto de visto histórico, é importante porque é documento que nós podemos utilizar para dizer: “Olha, ali já existia muito tempo antes da chegada de qualquer frente de expansão, de qualquer colono, as populações indígenas”.

Um russo em 1914 documentou a vida kaingang. E por que 1914? É o momento em que os kaingang são, entre aspas, “pacificados” e são aldeados em seu primeiro acampamento onde hoje é o município de Promissão, chamado Acampamento dos Patos, ou Acampamento Sofia ou Acampamento Kaingang.

Esse etnólogo russo faz a primeira etnografia das sociedades kaingang aqui do oeste do Estado de São Paulo, e ele registra o modo como os kaingang estão ocupando esse espaço. As suas construções, a sua experiência de vida. Isso para nós, que fazemos pesquisas e temos interesse na documentação histórica, ela vai servir para a entendermos o modelo ou construir o modelo de ocupação de um determinado espaço, de um determinado local, de um território.

Como construímos isso? No meu trabalho, eu fui agrupando os dados históricos para entender a mobilidade kaingang em seu território. Eu vou só mostrar rapidamente algumas experiências que nós estamos fazendo.

Esse aqui é o mapa da bacia do Rio Feio ou Aguapeí, principalmente para as populações daqui de Icatu, Vanuíre e Araribá. Araribá está fora, está aqui na cabeceira do Rio do Peixe, um pouco para cima do Rio Batalha ali, aqui



na região de Bauru, Avaí. Mas, assim, essa é a primeira experiência, nesse mapa a gente quer avançar para todo o oeste da cidade de São Paulo.

No meu trabalho, fui identificando cada local da presença indígena já registrado na documentação histórica. Vanuíre está aqui, Icatu está aqui, esse aqui é o Rio Feio ou Aguapeí, esse aqui é, no caso, o antigo, esse é o Ribeirão Kaingang...

No passado, os geógrafos denominavam daqui da confluência do Kaingang para cima, Aguapeí, e, para baixo, de Rio Feio. De feio não tem nada. É que no passado, como era um rio muito entrelaçado no meio da mata, as frentes de expansão tinham dificuldade de navegar por conta das galhadas, então, diziam que o rio era feio, mas não é.

Todos esses pontos aqui já são áreas onde eu fui identificando alguma informação, alguma referência das populações kaingang. Então, pegando aquele mapa do alemão, o H. V. Ihering que traçava já um território kaingang. O meu interesse agora é, dentro do território, identificar o local aonde tinha uma aldeia, o local aonde tem uma cerâmica ou alguma informação que possa me dizer: "Olha, ali é uma área kaingang, ali é território indígena".

Então, é um trabalho que ainda tem uns 10 anos para ser executado, eu creio que daqui a 10 anos mais ou menos eu conclua esse mapa. Então, é uma pesquisa que tem tempo, vocês vão ter que me aguentar ainda de certa forma mais uns 10 anos.

A partir disso, eu construí um modelo, vamos dizer assim, da mobilidade para a gente pensar território, e eu espero no futuro dialogar com a Funai e com outros órgãos, para a gente discutir essa questão de território, da demarcação. Eu espero que no futuro a gente possa também pensar território a partir da mobilidade.

Então, quando a gente pensa território não é só o lugar ali onde a gente vai plantar, onde a gente vai construir a nossa casa, é o lugar onde tem os caminhos em que essas pessoas se movimentam, é onde tem os acampamentos perto do rio para pescar, quando vai pescar ali no Rio Feio, é onde tem as roças, onde tem as casas, onde tem o cemitério, os caminhos.

Quer dizer, o território indígena não é só o local pequeno, fechado, como no passado se pensava. Para se pensar em território, tem que se pensar nessa mobilidade, pensar nessa ocupação de uma grande área extensa, que sempre foi assim, só que agora tem essa necessidade de demarcar, de definir dentro de parcelas o que é um grande território.

De certa forma, o meu papel e o papel dos profissionais que trabalham com essa questão do território é criar modelos e que a gente possa dialogar tanto com as sociedades indígenas como com os órgãos responsáveis pela



questão indígena, para pensar possibilidades de mobilidade indígena, não simplesmente de terra.

A nossa sociedade é muito cartesiana, vamos dizer assim, ela é muito matemática, é quadradinho. Então, para que índio precisa de terra? É muita terra para pouco índio. Essas histórias que a gente sempre ouve na mídia, por quê? A nossa sociedade sempre se acostumou a viver no 10 por 25, no 5 por 5, no 25 por 25... No pequeno território que nós chamamos de nossa, para quem tem, tem muita gente que vive de aluguel, nem terra tem, mas para quem já comprou lá a sua pequena parcela de terra na cidade, essa parcela é métrica, 10 por 25, 5 por 5, e é isso que se pensa para população rural.

Uma pessoa consegue plantar em um alqueire de 24.200m², então aquilo ali dá conta de sustentar a família dele. Isso quando dá, porque a gente vem mostrando, os estudos vêm mostrando que um alqueire não alimenta uma família, porque tem uma série de questões por trás dessa produção e que muitas vezes você planta e aquilo que se planta não dá. E aí você fica com dívida... São questões para a gente pensar o modo de ser de cada povo e seu autosustento.

Das minhas preocupações, essas duas que são importantes: a ocupação do espaço e a produção ceramista. Da primeira eu já falei, então vou passar rapidamente. Então, só pensando aqui na região de Tupã, onde nós estamos trabalhando. Trabalhamos aqui no município de Tupã e a aldeia Vanuíre. Arco-íris, nesse mapinha, ainda não havia sido emancipado, mas o município de Arco-íris está mais ou menos por aqui, Queiroz, Rio Feio, essa área ali da região de Vanuíre. Essa questão do espaço é importante porque é onde a gente identifica, é o local, nós não estamos voando, ninguém está aqui vivendo no espaço, nós temos o quê? O pé no chão. E é com o pé no chão que a gente tem que ter a responsabilidade de entender quando a gente fala de território indígena. O local onde eles estão.

Venho trabalhando nessa região que é um pouco mais ampla, que vai pegando esses municípios, e a ideia é expandir a área investigada aqui para cima, para a região da terra indígena Icatu. A gente já tem intenção de ampliar a análise. Em princípio, era para incluir nesse trabalho, mas por falta de tempo não deu. Mas queremos ampliar e sabemos o quanto falta para chegar naquele mapa do grande território kaingang do século 19, pelo menos.

Rapidamente, as três terras indígenas. Imaginem só hoje as três terras indígenas em comparação com tudo isso aqui, que era indígena no século 19. Nem vamos lá para o século 18, 17, 16 com a chegada do europeu, não. Nós estamos falando do século 19 só, onde tudo isso aqui era indígena, desde o Rio Tietê. Então, aquele mapa lá, onde pegava aquela mancha kaingang, era tudo isso e um pouco mais para cá.



O Rio do Peixe está aqui, o Rio Paranapanema está um pouco mais para cá, está fora, e onde estão hoje? Em pequenas parcelas, em Icatu aqui, Vanuíre aqui, Araribá aqui, aqui um movimento mais guarani, depois de Terena, aqui Kaingang e depois Terena, aqui Kaingang, Krenak, Terena. Depois os outros grupos Aticum, Pankararu, trazidos pelo SPI, quer dizer, mais as famílias. Estão dentro de um grande território indígena, hoje nós temos só poucos dentro do mapa. É por isso que a gente tem que pensar a continuidade da ampliação desses territórios.

Essa é uma foto aérea da aldeia de Vanuíre. Na verdade, eu poderia falar que tudo isso é Vanuíre, mas não é. Vanuíre é essa faixa aqui. Ela pega aqui no Ribeirão Coiós, e vem aqui, passa pelo fundo desse ribeirão, vem cortando aqui, fecha essa área aqui, essa nascente aqui ela já está seca, fecha aqui e finaliza aqui.

Percebam esse “L”, essa é a aldeia Vanuíre. Hoje, com um núcleo central já dentro de um movimento de concentração, por conta das novas necessidades de uma ocupação do espaço, chegando a um modelo mais concentrado.

Eis um croqui da aldeia, aqui é a casa de todo mundo. Eu fui de casa em casa, perguntando, entrevistando, e comecei a mapear quem é quem, onde está cada equipamento que está sendo construído.

A ideia é que a gente vá futuramente melhorando esse croqui da representação da ocupação étnica na aldeia, onde está a área cultural, Krenak, esse aqui já está incluído e a área kaingang, enfim, tudo aquilo que a aldeia tem hoje a gente foi mapeando, mostrando também desde as primeiras casas construídas pelos próprios indígenas, passando pela ação do SPI, representado, aí, só num modelo esquemático.

Por que eu faço isso? Por que interessa no meu trabalho esse espaço aqui, a unidade doméstica, o local da produção cultural, da experiência de vida? É aqui que tudo acontece, dentro da aldeia há mobilidade, as histórias de vidas estão acontecendo aqui nas unidades domésticas desse espaço nuclear. É aqui que a vida acontece, é nesse ambiente aqui que tudo se dá, e cada uma das famílias que tem lá. Montamos um mapa para pensar nisso, procurando destacar o modo de vida dos moradores da aldeia.

Fui construindo essa dinâmica do momento em que os kaingang são aldeados lá em Vanuíre, passando pelas primeiras habitações, as primeiras construções de madeira e todos os projetos, chegando até o último que é esse aqui, que é o CDHU Indígena e todas as construções, ela tem uma história.

Ela tem uma história que começou em 1916. O município de Tupã nem existia ainda, e a aldeia de Vanuíre já existia. Tupã tem uns 70 anos. Vanuíre



já existia e Tupã nem existia ainda. Então existe uma história de construção indígena aqui.

Aí, todos os momentos da escola atual, as ruínas das antigas casas de madeira, o cemitério atual, os cemitérios antigos. Para nós, que trabalhamos com ocupação do espaço, esse movimento histórico é importante, seja ele da população indígena, seja ele do modo como o SPI, depois a Funai vem tratando.

Essa foto é de um poço. Quando eu fui para lá, havia falta de água em Vanuíre e eu falava: “Mas como é possível? Fura-se um poço, gasta-se dinheiro e, em menos de um ano, um poço que deveria durar alguns anos tem areia. Aí, tem que furar um outro poço, mais profundo, gasta-se mais dinheiro, enquanto isso a comunidade fica necessitando de água, tendo que economizar, racionando”. Então isso tem a ver com as políticas públicas. É outra provocação para o pessoal da Funasa.

Mas a área krenak, eu tive oportunidade de conhecer a experiência com o espaço cultural, o modo como os krenak vêm construindo isso ainda em Vanuíre, e a questão kaingang. São imagens que aprendemos na convivência para realizar o registro.

Um local onde no passado foi espaço kaingang. O kaingang tem um tipo de enterramento muito típico que no passado se fazia que é o enterramento coletivo, até chegar o enterramento individual. Outra foto é o local de extração de argila da dona Ena, que foi da dona Candire, sua mãe e ceramista da aldeia.

Nessa foto, o Irineu caminhando comigo. A gente ia para o meio do mato e registrava esteio, quer dizer, locais de antigas ocupações para entender um pouco essa movimentação dentro da própria aldeia. Se virou aldeia dentro do seu próprio território, ninguém ficou parado, mesmo dentro desse espaço pequeno, há movimentação, há mobilidade, os grupos vão se articulando e é isso que eu tenho interesse.

Essa aqui é uma representação do início do aldeamento, aqui uma índia kaingang está tecendo. Os kaingang faziam uma vestimenta, que eu conheço como Curu-Cuchá, não sei se é esse o nome, uma roupa produzida de fibra vegetal principalmente de gravatá ou caraguatá, e aqui tem um potinho. Um potinho kaingang aqui.

Essa uma das primeiras fotos do SPI, logo dos aldeamentos, passando pelas oleiras kaingang, ensinando as outras aprendizes. Aqui, tem só o braço da menina. A gente foi construindo um banco de fotos também. Esse material eu deixei na escola, mas tem um banco de fotos que futuramente eu quero organizar para também mandar para as aldeias, inclusive isso aqui tem no museu aqui em Tupã também.



Para chegar, então, na compreensão do kaingang, a partir da sua cultura material. Esse é um pote típico, um kokrõ, kokrõ grande, alguns chamam de kocrõ bang ou só kocrõ, o kocrõ ti, o menor. Quer dizer, essas panelas, essas tigelas em que os kaingang produziam, por trás disso tem toda uma história de vida.

Quando eu estava começando a me envolver com essa questão da decoração, assim com a questão indígena, e pensando um pouco como isso, como a identidade das populações indígenas pode se reproduzir na cultura material, eu me lembro de um texto de uma entrevista com a dona Candire, feita por esse pesquisador, o Tom Miller, que pergunta para ela o porquê ela faz a cerâmica preta daquele jeito, e ela fala pra ele exatamente isso aqui: “Fazer o kocrõ ficar mais bonito”.

Eu fui percebendo uma coisa. Sempre foi dito na literatura que a cerâmica kaingang era uma cerâmica simples, sem decoração, utilitária. Só que, quando eu comecei a me envolver com a cerâmica kaingang, fui percebendo que o problema é que toda literatura produzida até então a respeito da sociedade kaingang sempre usou uma classificação da nossa sociedade para o belo. Para a nossa sociedade, o belo é colorido, é policrômico. Quando vemos uma coisa colorida, já falamos que é bonito.

Quando vemos a cerâmica kaingang, vemos algumas características, além da forma que é típica kaingang. Vemos isso até hoje, essas manchas pretas. Existe uma intencionalidade na produção, ela não é aleatória, não é que simplesmente foi posta no fogo e manchou de preto.

Existe uma construção cultural por trás disso, existe um estilo decorativo. Esse estilo decorativo é único dos kaingang, só que até então ninguém aqui que já trabalhou com kaingang falou que era um traço kaingang. Falava que era de uso, porque ia para o fogo, como era uma panela que ia para o fogo. Só que eu trabalhei com uma coleção que nunca foi usada, nunca foi para o fogo, nunca virou panela.

Então, como pode ser uma panela aquela mancha? Eu fui percebendo que, por trás dessa mancha, existe um olhar, existe um elemento que diz que o kaingang pensava, e aquilo com a fala de dona Candire, e com certeza das outras ceramistas, o que elas pensam. Quer dizer, esse é um elemento que deixa bonita a peça. Então, o belo para o kaingang não é o mesmo belo para a nossa sociedade. Quando a nossa sociedade olha, não olha com os olhos kaingang, olha com o nosso, e fala: “Não é belo”.

Como a nossa sociedade define o que é belo e o que não é? Toda filosofia da estética, na literatura, o belo tem uma construção feita pela nossa sociedade.



Percebemos que o belo é fruto de uma construção da nossa sociedade, da sociedade não-índia. Olhamos para o material índio e falamos: “Não, isso não é belo”.

Aí, percebi que o belo está por dentro, por dentro de quem faz, da pessoa que produz, das ceramistas, da artesã. Podemos pensar isso na cestaria, na pintura, a pensar isso com outros elementos, quer dizer, existe a materialização da identidade kaingang.

Pelo menos de 1905 até os dias atuais existe uma continuidade. Tupã foi montada em cima de uma aldeia kaingang. Essas informações muitas vezes o cidadão de Tupã não percebe. Ou seja, existe uma continuidade histórica e uma continuidade da identidade cultural kaingang pela cerâmica até hoje. Fui percebendo isso a partir da análise da cultura material desse povo. Fui localizar no passado também sítios, que nós chamamos de sítios arqueológicos e eu encontrei isso aqui. Um monte de caco. O estudo gráfico desses cacos aqui, eu não fechei a forma, porque a forma kaingang tem uma complexidade em um estudo que eu ainda não fiz, mas que é possível futuramente ser realizado. A partir desse caco e a partir de uma reconstituição gráfica, perceber a técnica construtiva e o estilo que está presente nessa cerâmica.

Quando eu mandei datar, essa cerâmica deu uma data de 570, mais 80 ou menos 80, o que dá entre o século XIV e o século XV. Então, os documentos históricos apontam contatos com os kaingang no século XVIII, as primeiras frentes de estudo de 1773 já indicavam os kaingang, só que pelo estudo conseguimos recuar, e esse estudo ainda tem mais uns 10 anos em princípio para fazer. Mas recuamos para o século XIV a ocupação kaingang nessa região.

Há estudos etnográficos que dizem que a movimentação das populações kaingang para essa região seria em torno do século XVI ou XVII, mas já é possível afirmar que a ocupação kaingang vem lá do século XIV.

Então, vamos pensar século XIV, que é o ano mil e trezentos. Nós nem existíamos ainda como sociedade, os europeus ainda estavam no início do processo, ainda a pensar na expansão europeia e os kaingang já estavam aqui em Tupã, já estavam onde hoje é chamado de Tupã, Arco-Íris, nessa divisão geográfica.

Para finalizar, eu gostaria de trazer esses elementos para pensarmos em identidade étnica a partir da experiência kaingang, mas também, na verdade tem aqui as outras experiências que eu estou tendo com os krenak, com os Guarani...

Eu trago alguns elementos para o nosso debate discutirmos algumas ações que possam fortalecer a identidade kaingang, mas, de um modo geral, a identidade étnica.

A primeira questão aqui que vimos – e para os kaingang, encontramos ainda em Vanuíre e possivelmente Icatú – é a questão do milho. É o hihi, o



bolinho. O iamin, o hihi são os terena que fazem. Os kaingang fazem o que tem a ver com alimentação e que tem aqui, nos estudos agroecológicos ou agrícolas, é chamado de milho crioulo. Lá no sul tem uma experiência bastante interessante para avançar na preservação dessa matriz crioula do milho.

O ano passado, aqui nessa mesma faculdade, a Dulce e eu apresentamos um texto falando um pouco dessa questão do milho. Esse é um elemento importante para pensar em identidade.

Sobre a questão da cerâmica eu já falei bastante, a questão do território e a importância da mobilidade também. Quando pensamos em território, não é só o metro quadrado, mas essa área de movimentação.

A questão do artesanato das fibras, vários de vocês produzem artesanatos com fibras, madeira, fibra vegetal, por trás disso tem toda uma história de vida de vocês.

A valorização da língua presente nos mais velhos bem como as suas histórias de vida. Quando pensamos em identidade, temos que valorizar a história de vida. Quem tem 70 anos tem 70 anos de experiência de vida; quem tem 10, 15, 20 anos, ainda tem 40 anos para chegar àquela experiência de vida.

Esse elemento aqui da língua e da história, que está presente nos mais velhos, eu aprendi andando com os mais velhos, conversando. Muitas vezes nem era eu mesmo porque, como homem, é difícil conversar com as mulheres, pois elas nem falavam comigo. Então, convidei uma colega que trabalha com história oral para conversar com as mulheres.

O principal intercâmbio entre as aldeias do sul para troca de experiências é a visita a parentes. Os Guarani fazem muito isso, os terena têm feito também. Visitar o parente é muito importante, e eu só aprendi isso convivendo com as comunidades. Se não visitamos parente, ficamos só com as nossas ideias, então, quando se visita um parente, depois que voltamos, já mudou tudo aquilo que a gente pensou, tudo aquilo que a gente queria fazer. Isso tem a ver com a questão da mobilidade. Visitar parente é importante e vale a pena.

Uma questão para mim importante na atualidade é a estruturação dos centros culturais. Aldeia que tem um centro cultural forte é uma aldeia viva. Tenho visto comunidades que têm seus centros culturais atuantes, que discutem isso com a comunidade, fazendo seu artesanato, fazendo a dança, pondo a criançada para dançar. Essas experiências nos centros culturais são importantes.

Por fim, a questão da sustentabilidade, que tem a ver com a condição econômica das aldeias. Eu pergunto aqui, quem de vocês ganha 100 mil reais por mês? Então, eu espero que um dia aqui tenha alguns índios ganhando



100 mil reais por mês, porque aí dá para bancar a aldeia toda. Mas a questão da sustentabilidade é importante.

A gente só tem qualidade de vida quando tem sustentabilidade, e não é só o sustento econômico, mas é pensando na qualidade de vida da comunidade como um todo, integrando ambiente, cultura, organização social.

Isso ainda é um grande desafio. Muitas dessas aldeias vieram de modelos do passado. Aprendi muito com agricultores que falavam: “Olha, há 20 anos eu tirava tantos sacos de milho ou de amendoim daqui; hoje eu não consigo tirar a mesma produtividade mesmo investindo mais porque o solo está esgotado, não tem recurso para investir”.

Mas por quê? Não há uma visão de sustentabilidade da aldeia, e isso é papel não só das comunidades indígenas, mas de uma rede integrada de apoio à questão indígena, que os psicólogos agora estão começando a se envolver. Espero que dê resultados profícuos.

Essa é uma experiência de trabalho que eu quero compartilhar e espero que vocês critiquem, apontem possibilidades para a continuidade desse trabalho e que no futuro tenhamos outras questões para conversar.



a identidade na diáspora: a experiência krenak

Daniela Araújo da Silva

Etno-historiadora, graduada e mestre pela Unesp, campus de Assis; acompanha desde 2006 a população krenak de Vanuíre, interior do Estado de São Paulo; pesquisadora em projeto sobre Educação Guarani, na linha de políticas públicas.

Falar sobre a temática indígena é sempre um prazer, e a oportunidade de dialogar com outras áreas de conhecimento é muito oportuna.

Como a proposta gira em torno das questões étnicas, das várias identidades, eu parto da minha própria experiência de pesquisa durante o mestrado. Tive como temática o processo de migração vivido pelo povo krenak, em especial de parte do grupo que hoje vive na Aldeia Vanuíre, em Arco-íris, Estado de São Paulo. Além de “reconstituir” essa trajetória histórica, foi objetivo pensar nas relações interétnicas estabelecidas internamente, ou seja, dentro da área indígena, mais especificamente entre krenak e kaingang, buscando chegar em como essa identidade krenak se manifestava em um território que não o de sua “origem”.

Como cheguei a esse recorte? Em uma de minhas visitas ao endereço eletrônico da Funai, lendo sobre a condição fundiária da Aldeia Vanuíre, estava a seguinte informação a respeito da população da Aldeia Kaingang e outros. Outros? Quem eram esses outros? Diante dessa informação vazia da própria Funai, percebi que havia uma lacuna tanto antropológica, quanto historiográfica sobre esse aldeamento. Os trabalhos produzidos na aldeia tinham os kaingang como foco. Quanto aos krenak, as informações tinham vindo dos índios que permaneceram ou que retornaram para Minas Gerais.

Como já expus, Vanuíre é uma aldeia multiétnica, onde vivem os kaingang, krenak, terena, e indivíduos isolados de Aticum, funiô, Guarani, grupos de origens tão distantes que foram reunidos em São Paulo. Isso porque a transferência foi uma prática sistemática imposta pelo SPI (Serviço de Proteção ao Índio – o primeiro órgão indigenista da República) aos povos indígenas com o objetivo de facilitar a exploração das terras que eles ocupavam, ou, então, atendendo a outros propósitos, como é o caso da vinda dos terena para São Paulo, mais adaptados à vida nas lavouras, trazidos na década de 30, para ensinar, de acordo com o serviço, modos mais “civilizados” aos kaingang.



No começo do período republicano, com seus ideais de progresso, a ferrovia apareceu como uma ferramenta fundamental. Na região onde viviam os krenak, foi construída a estrada de ferro Vitória-Minas. Houve grandes conflitos entre funcionários e indígenas, entrando em ação o Serviço de Proteção aos Índios. O objetivo do SPI era reuni-los, fixá-los em um território estabelecido, facilitando assim a construção da ferrovia. Entre Bahia, Minas e Espírito Santo, o SPI criou vários postos de atração, esperando extinguir, paulatinamente, os postos e reuni-los em um único espaço. Os índios krenak, aos poucos, foram se aproximando dos funcionários do SPI, mas resistiram a serem transferidos, insistiam em permanecer próximos ao Rio Doce, onde parte do grupo se mantém até hoje. A partir desse primeiro contato e da concentração da população indígena, os krenak conheceram uma história de dispersão, com órgãos competentes que não lhes asseguraram nem essas pequenas “ilhas”. Os índios krenak viveram uma trajetória marcada pela exploração de suas terras, pela violência, pelos vários desteros sofridos. Hoje, o povo se encontra dividido em várias aldeias: Krenak, Vanuîre, Bananal, no Mato Grosso, Maxacalis, Fazenda Guarani e tantos outros destinos.

Três momentos, em especial, ficaram marcados na memória coletiva. Primeiro, o desterro sofrido em 1957, quando foram levados para o Posto Engenheiro Mariano, onde viviam índios maxacali. Na verdade, essa foi uma situação “anunciada”, pois desde 1921, o SPI oferecia lotes para arrendatários, ocupação que aumentou muito ao longo dos anos. Com a descoberta de minério, somado ao interesse na exploração da madeira que havia na reserva, os arrendatários em número expressivo pressionavam para que os índios fossem retirados. Um pouco antes do desterro sofrido, houve um atentado a bomba contra a casa do chefe do posto e os índios foram apontados como os responsáveis, justificando assim a sua transferência. Lendo a documentação existente no Museu do Índio, relatórios escritos pelos próprios funcionários do SPI, fica claro que sabiam que outros elementos, que não os índios, haviam cometido tal ato. Mas o fato é que a transferência ocorreu, tudo sem preparo, com muita rapidez. Colocaram todos em um pau-de-arara, sem tempo de pegar nenhum pertence. Chegando ao Posto Engenheiro Mariano, o descaso continuou, não havia acomodação adequada, nem comida para todos.

O SPI transferiu as terras para o Serviço Florestal e os arrendatários lá permaneceram. Os índios foram voltando, acomodando-se como puderam. Em 1971, com o SPI extinto, já na atuação da Funai, esta entrou na justiça com o pedido de reintegração de posse e venceu. Os arrendatários teriam 15 dias para deixar a área. Mas, sem comunicar a vitória aos índios, a Funai fez um acordo



com o Governo de Minas, que doou terras, a chamada Fazenda Guarani, e, em 1972, os índios foram novamente desterrados. Não preciso dizer que as terras doadas tinham o solo pobre, não havia rios, enfim, os krenak foram “despejados” mais uma vez.

Diferentemente dos demais destinos, os krenak chegam a Vanuíre em períodos diferentes. O primeiro de que temos notícia foi João Umbelina. Primeiro ele passou por Icatu, onde funcionou uma Colônia Penal, que recebeu ao longo dos anos indivíduos de diferentes etnias, que tinham algum comportamento considerado “desviante”. João Umbelina permaneceu de 1937 até 1945, quando sua “pena” chegou ao fim. Nessa data, já casado com a índia kaingang Cotú, mudou-se para Vanuíre, dando início à história dos índios krenak em Vanuíre. Só na década de 50 é que outras famílias migraram para Vanuíre, umas, quando tentavam retornar às terras de “origem”, obrigadas pelos funcionários. Outras que, na esperança de encontrar parentes que aqui já estavam, partiram sozinhas, fugindo das más condições que encontravam nas terras mineiras.

Em nenhum momento, o SPI ou a Funai considerou o território como territorialidade, ou seja, como investimento simbólico. Eles privaram os índios não apenas das condições de sobrevivência encontradas ali, mas de outras formas de vida, como os lugares sagrados, o convívio com os parentes. Em Vanuíre, estavam longe das ameaças dos fazendeiros, das péssimas condições que encontraram nesses outros lugares impostos pelo órgão estatal, mas também não era sua terra, não tinham ali suas referências, não eram a maioria. Os índios relatam sobre as dificuldades iniciais de convívio: a dificuldade com o idioma, a não aceitação dos kaingang, que os viram inicialmente como os de “fora”, os “intrusos”, pais kaingang, que resistiam em casar seus filhos com os krenak, com medo de que eles fossem embora para Minas.

Mas os casamentos aconteceram, nascendo desta relação os chamados “misturados” filhos de krenak com kaingang. Laços fortes o bastante para os manter em Vanuíre, mesmo após os fazendeiros serem definitivamente removidos pela Justiça. Foram, sim, para ajudar na luta, na espera pela saída dos fazendeiros, mas não fixaram moradia. Embora os krenak manifestem a vontade de permanecer em Minas, reconhecem que os laços já foram feitos, que os companheiros, os filhos, não acostuariam a viver longe dali. A identidade dos “misturados” é bastante fluída, uns manifestam a identidade de apenas um dos pais, as crianças são ensinadas a dizer que são krenak e são kaingang, embora haja casos de crianças que se definem krenak, mesmo sendo misturados, ou em casos extremos, filhos de pai kaingang e mãe kaingang que se definem krenak. A identidade étnica ainda é motivo de discussão, mesmo



entre as duas krenak mais idosas. Dona Jovelina me disse certa vez que dona Gracina havia dito que elas eram krenak porque haviam nascido em Minas, que os nascidos em Vanuíre eram kaingang. Perguntei a ela o que ela achava, riu e me respondeu que não sabia.

O motivo de a Aldeia Vanuíre “produzir” filhos de pais kaingang, que se definem krenak, deve-se ao fato de a cultura krenak ser vivenciada de maneira mais intensa e um exemplo disso é a dança krenak, realizada na aldeia, também com apresentações externas. Na verdade, depois de uma história marcada por tantos conflitos, os índios krenak aprenderam a importância da manutenção da identidade, de sinais diacríticos que os distinguem dos kraí, na luta por seus direitos. Quando alguns índios retornaram de Minas, após a luta de 1989, trouxeram dentro de si a importância da permanência de seus costumes.

Depois disso é que montaram, junto com outras aldeias, o projeto que denominaram de “Resgate Cultural”. As crianças eram levadas para a casa de rezas. Naquele espaço ouviam histórias do “tempo do mato”, refizeram a imagem do totem sagrado para o povo krenak, Yhom-Quinhom, e resgataram o antigo vocabulário com os índios mais velhos. Esses resistiram muito em falar, tinham medo de que as perseguições voltassem, que os kraí lhes fizessem mal, pois lembravam os momentos vivenciados, quando os índios foram proibidos de falar na “linguagem”, quando apanhavam por andar sem roupa, ou mesmo por pescar.

Isso explica a resistência dos mais velhos, dos nascidos em Minas. Mesmo aqueles que nasceram em Minas, mas cresceram em Vanuíre, falam da história de seu povo com dificuldade. Durante as entrevistas, houve sempre o silêncio, aquele que aparece quanto a emoção já tomou conta. Ouvi também filhos me dando como resposta: “Olha, isso é a mãe que sabe, mas a gente não gosta de perguntar para ela, pois é muito sofrido”.

Para pensar na questão da identidade, como ela se manifestou na diáspora, longe da terra de origem, como manifestar um “eu”, entre tantos “outros”, primeiro a gente precisa se livrar da ideia de identidade como essência, como substância, o que muito se faz: cristalizamos essa população, cobramos que eles sejam os mais próximos possíveis daqueles parentes de 1500. Com isso, adotamos o discurso da perda: perdeu tal costume, não usa mais isso, não faz mais aquilo. No entanto, ao contrário, a identidade é fluída, construída e reconstruída frente a um contexto e, dessa maneira, a identidade krenak, manifestada em Vanuíre, só pode ser observada dentro de espaços temporais. Por isso, minha preocupação em apresentar a vocês parte da trajetória histórica deste povo. A incorporação de novas crenças, ressignificações, abandono de certas práticas, é uma resposta à conjuntura, na qual estavam inseridos.



A conversão ao pentecostalismo foi uma das opções que aquele meio lhes ofereceu. Os índios krenak são, em sua maioria, adeptos da Congregação Cristã do Brasil. As primeiras conversões aconteceram em um período em que as condições em Vanuíre eram precárias e, por mais estranho que possa parecer, os kraí “irmãos” lhes estenderam a mão. De acordo com os depoimentos colhidos, a religião foi vista de imediato como mais uma forma de dominação do não-índio, capaz de destruir a “cultura”. O pentecostalismo foi sendo aceito à medida que descobriram que esse Deus também os aceitava. Iriam ao culto, desde que pudessem tocar o cricocão, desde que pudessem dançar como faziam. O antigo sofreu uma releitura a partir do novo, antigas crenças foram abandonadas, outras revestidas e continuaram a existir. Descobrir um único Deus, criador de todos os homens, fez com que eles se descobrissem iguais, mesmo na diferença. Que pudessem estabelecer com os não-índios uma relação que não fosse baseada na exploração e submissão.

Mesmo depois dos matrimônios unindo krenak e kaingang, as diferenças étnicas se mantiveram, eles apontam várias características comportamentais que dizem ser krenak ou kaingang. Depois de uma trajetória marcada pela violência, os krenak são atuantes, preocupados com a identidade indígena como meio articulador de seus direitos. São abertos ao diálogo, na ânsia de estabelecer novas relações, pautadas em outros valores. Mas são marcados pela história dramática de seu povo, embora se vejam como guerreiros, sobreviventes, donos de um passado que ainda machuca, dor também percebida no silêncio.

Hoje, o povo krenak tem duas reivindicações principais. A primeira diz respeito à demarcação de uma área de 1,8 mil hectares que fica na margem direita do Rio Doce, área transformada em 1998 em Parque Estadual dos Sete Salões pelo Governo de Minas Gerais. A segunda refere-se aos danos causados pela hidrelétrica de Aimorés, que acarretará um alagamento de parte da Aldeia Krenak, em Minas. Quando estive lá em julho de 2008, as indenizações já estavam sendo pagas para os krenak que vivem nas terras “originárias”. Naquela ocasião, junto aos krenak de Vanuíre, percebi a indignação, não somente por quem ou quanto recebia, mas porque esta também era uma questão de identidade, de pertença étnica. Naquele dia, ouvi uma krenak dizer: “Se não somos krenak, somos o quê?”

Por tudo que foi dito, acho oportuna qualquer ação junto aos krenak moradores de Vanuíre que possa valorizar sua história, suas diferenças étnicas, que possa ajudá-los também, a reafirmarem junto aos órgãos competentes esta identidade que resistiu valentemente à penosa diáspora.



atenção, cuidados e curas

Maria Inês Ladeira

Antropóloga do Centro de Trabalho Indigenista – CTI; mestre em Antropologia Social pela PUC-SP e doutora em Geografia Humana pela FFLCH da USP.

Pretendo compartilhar aqui algumas observações acerca das relações dos guarani com as “doenças” e suas formas de curas feitas durante o trabalho que desenvolvo por meio do CTI - Centro de Trabalho Indigenista há muitos anos, em aldeias m’bya e nhandéwa (parcialidades guarani), situadas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Não atuo diretamente com a questão da Saúde, mas, ao longo do tempo, foi possível acompanhar a inserção dos programas de Saúde Indígena ditados pelas políticas públicas, a aplicação das práticas institucionais realizadas nas aldeias, a assimilação ou a incorporação por parte das comunidades dessas práticas e as suas próprias avaliações.

As doenças, os tratamentos e as circunstâncias em que estes ocorrem, produzem uma série de tensões nas comunidades e, conseqüentemente, de estratégias de como devem se posicionar diante dos programas e do atendimento realizado pelas equipes de Saúde nas aldeias. Para além das diferenças sobre os conceitos de “saúde”, parece que as ideias e expectativas de ambas as partes, ou seja, tanto as derivadas do universo das ciências dos guarani quanto aquelas das equipes de Saúde são de ordens muito diferentes e muitas vezes incompatíveis, embora nem sempre isto seja explícito de forma transparente.

Partindo da premissa de que todos os seres possuem sentimentos e experimentam sensações, podemos observar como os estados de crise, os estados mentais e os males do corpo afligem e perturbam as pessoas de modo particular nas diferentes sociedades. As sociedades que vivem uma integração maior com as florestas, que não vivem a dicotomia entre humanidade e não- humanidade, entendem que todos os seres que estão na Terra possuem também a sua alma, sentimentos, sensações, dores... E isso é uma questão importante a considerar porque qualquer prática de cura ou mesmo de cuidados preventivos tem implicações muito específicas em cada sociedade indígena. Como também são particulares as relações de afetos e afinidades com os demais “seres da natureza”, sejam eles animais ou plantas. Todo esse universo de relações e implicações deriva, pois, de sistemas e de normas próprias. O temor de ingerir algum medicamento, alguma essência que venha de uma determinada planta



que não faça parte da conduta habitual das pessoas ou mesmo ter contato com determinado tipo de substância, seja ela de origem animal ou vegetal, podem estar associados à quebra de resguardos e dietas. As próprias condutas médicas que são impostas muitas vezes ferem tabus e normas das comunidades indígenas.

Como bem lembrou Marcos Tupã, é preciso pensar que, entre as sociedades indígenas, cada qual tem seu próprio sistema, sua forma de classificar as questões que se referem ao corpo, às partes do corpo, ao uso do corpo, e também de pensar a pessoa em relação aos outros seres da natureza, às divindades e às outras pessoas. É claro que existem sentimentos e necessidades que são comuns a todas as sociedades, mas as diferenças estão nas formas e no sentido de realizar e satisfazer, nos modos de assimilar, reagir, refletir, e é por isso que podemos considerar que as sociedades podem adotar e criar diferentes ciências e condutas. Até mesmo as formas de comportamento – como se colocar perante os demais, o tom das falas, o teor das palavras usadas, as ênfases discursivas – são bem diferentes em cada povo, como também são distintas a forma de perceber o próprio sentido de existir, a noção sobre a pessoa antes mesmo do nascimento, quando ainda está sendo gerada no ventre da mãe, e, assim, cada sociedade vai constituindo sua identidade.

É claro que nós, por mais que nos esforcemos, somente podemos captar, entender ou aceitar o conhecimento vastíssimo, muito sofisticado, que as sociedades indígenas têm sobre o corpo e a alma, sobre os sentimentos, a dor, o bem-estar, a saúde. Sobre essas questões, se ficarmos atentos, até podemos aprender um pouco, mas é impossível ter a pretensão de dominar todas as esferas desses conhecimentos. Mesmo sem compreender totalmente, penso ser importante aos profissionais da área da Saúde ou da Psicologia estar atentos nessas questões que permeiam a sua atuação nas aldeias. Informar-se sobre os universos culturais dos povos com os quais se está atuando, por meio da observação em campo ou da literatura e das etnografias disponíveis, pode constituir uma ferramenta para uma atuação mais eficaz. Mesmo o antropólogo ou etnógrafo não vão dominar todo o campo de saber, incluindo as mitologias e sistemas sociais, de uma sociedade indígena, mas a sua função é a de procurar “traduzir” ou tecer alguma ponte entre diferentes saberes, ou mesmo ajudar a entender como se processam as relações de conhecimentos para que as ações se tornem mais proveitosas. O papel do antropólogo, do etnógrafo, no campo da Saúde é justamente buscar pontos de interlocução entre os diferentes profissionais e as comunidades.



Assim, é preciso reconhecer essas outras formas de viver e de cuidar que coexistem. Por exemplo, os pemon, na região de fronteira entre Roraima e Venezuela, entendem o corpo como uma “casa” – *esak* –, uma casa que é habitada por diversos seres que transmitem força e energia vital. Para os pemon, a energia que move as emoções está situada no abdômen. O abdômen é, assim, o centro dos sentimentos, das emoções, das sensações, e cada órgão que faz parte do abdômen abriga também um tipo de sentimento e proporciona emoções. Assim, as emoções e sentimentos se “distribuem” na região do abdômen. E na cabeça se situam as propriedades racionais, os pensamentos, as reflexões. Na mente, se armazenam a memória, os sentidos das experiências, os conhecimentos; é onde conseguem guardar toda a gama de experiências vividas. A literatura específica sobre os guarani, desde Montoya, traduz o conceito de *teko* por sistema, modo de ser, ética, princípios, “leis” que regem ou são regidas pelas normas de comportamento e condutas sociais. De certo modo, todo esse corpo de códigos que conformam a cultura, ou melhor, o modo de vida guarani, estaria sintetizado neste termo, *teko*. Entre os guarani, pude observar que, antes mesmo do nascimento de uma criança, uma série de práticas e de resguardos são feitos pelos pais no sentido de assegurar que aquela criança que vai nascer já tenha as condições de poder abrigar a sua alma, o seu espírito e também assegurar que seu corpo fique fortalecido para poder sustentar as diversas experiências pelas quais vai passar durante a vida; que a criança seja o suporte de sua alma, e que possua força para poder sustentar também todas as vivências. E quando a criança nasce, uma série de práticas continuam. O primeiro banho, a primeira água sobre o corpo da criança simboliza o próprio nascimento, a entrada para esse mundo. E interdições e resguardos se impõem tanto aos pais como aos mais próximos, todos devem estar atentos, no sentido de dar segurança ao espírito da criança. Há também uma série de práticas que envolvem outros seres da natureza, por exemplo, para que possam ter força para caminhar, pequenos adereços contendo partículas de ossos de determinadas aves que possuem essa qualidade são colocados nas pernas das crianças. São também utilizadas substâncias de plantas que vão lhe dar coragem e força, de modo que há uma série de fluidos e essências que são colocadas em contato com seu corpo. Esse contato direto com diversos outros seres, por meio de substâncias, prepara a pessoa para obter qualidades necessárias para viver, tais como a força para caminhar, a alegria de viver, a voz afinada para o canto, enfim, qualidades que vêm do contato com outros seres, animais e plantas. O que importa é estar com toda sua vitalidade em dia para poder crescer e viver, como dizem, o “modo de ser guarani”.



Mas as condutas e as práticas guarani, que me pareciam simples e corriqueiras nas aldeias, com a implantação das políticas públicas de Saúde, passaram por transformações quer seja nas formas da sua aplicação quer na sua transparência aos *jurua* (como se referem aos brancos genericamente).

Todos os programas de Saúde que hoje acontecem nas aldeias guarani, principalmente nas do litoral, são muito recentes e foram implantados a partir da criação da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, com maior ênfase nos últimos dez anos. Quando comecei a trabalhar com os guarani, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o atendimento da saúde praticamente não existia, não havia um atendimento diferenciado, as famílias utilizavam com extrema dificuldade as redes hospitalares municipais e estaduais para emergências e internações. Nesse período, as aldeias situadas em São Paulo passam a receber algum atendimento vindo de pequenos projetos do CTI, de médicos voluntários, e a integrar alguns programas vinculados aos postos de saúde (vacinação, controle de tuberculose) acionados pelo CTI e depois por particulares (amigos e interessados). Mas não existia uma assistência mais sistemática por parte dos governos, nem iniciativas de se desenvolverem programas voltados à saúde da população guarani.

Nesse tempo, eu me lembro das criancinhas que circulavam livremente nas aldeias protegidas com seus adornos corporais e vejo que hoje, com a atuação sistemática dos programas de Saúde, os usos de adereços e mesmo algumas práticas aparentemente foram sendo suspensas ou então realizadas de forma mais reclusa; se antes as crianças usavam cordões de fibra vegetal e animal nas pernas, nos braços e em volta do pescoço, no sentido de adquirir proteção e energia, parecem que esses usos foram restringidos. Alguns guarani disseram que em suas aldeias esses usos estavam sendo contidos porque o enfermeiro, o profissional da Saúde, dizia que aquele cordão no pescoço, no braço ou nas pernas iria prejudicar a circulação da criança, iria provocar algum tipo de acidente.

Aqui entramos numa questão muito delicada que é a relação das comunidades guarani com os agentes de Saúde de fora, que são potencialmente aliados, que legitimam sua aldeia perante a sociedade regional, com os quais é preciso contar e essa relação se dá bem além do atendimento médico. Então, para manter uma boa relação com os profissionais de Saúde e preservar suas próprias práticas, os índios não vão contestar a orientação médica. Por outro lado, não querem expor um universo próprio de conhecimento e de entendimento da vida que lhes é tão importante no que diz respeito às práticas de cuidados com o corpo e a alma. Alguns sábios e velhos podem até estar transmitindo parte desse saber para algum atendente de Saúde *jurua*, mas, em geral, a maioria dos



profissionais de campo tem atuação esporádica ou provisória, o que os impede de aprofundarem as relações de confiança com os índios e as trocas de saberes. É comum os profissionais de Saúde, e de outras áreas também, sentirem-se importantes por deter algum tipo de conhecimento científico e fazer parte de um sistema que impõe modelos e normas, fato que os colocaria numa posição de superioridade. Essa atribuição de valor e hierarquia não faz sentido, não tem o mesmo grau de importância, não é entendida do mesmo modo pelos povos indígenas que possuem seus próprios critérios e modelos, embora respeitem que os *juruá* tenham seus próprios sistemas, valores e controles das “doenças”. A assistência pública de Saúde tem um espaço próprio nas comunidades, cada vez maior, do qual não querem prescindir, pois sabem ser hoje uma necessidade, seja em razão das formas e das situações de contato que trazem novos males e doenças, seja pela qualidade de vida que também já foi modificada. Como Marcos Tupã estava dizendo, em muitas aldeias não tem água, não tem rio, não existe mais as mesmas condições naturais de antes, e por isso não há possibilidade de se terem os alimentos e proteínas em quantidades suficientes, nem as mesmas relações de intercâmbio com a natureza, com os outros seres das florestas.

Em muitos casos, pensa-se numa sobreposição/associação de ações dos “índios” e dos “brancos”, voltadas à “saúde”, como se pudesse haver algum centro de convergência entre as ações de “dentro” e as ações de “fora”, mas cuja incongruência só é perceptível ao depararmos com os alcances e limites de cada uma. E, assim, tornam-se muito mais claro os papéis e a responsabilidade de aceitar, acatar, respeitar o que é de um e o que é de outro. Em algumas regiões, um diálogo maior acontece; alguns profissionais de Saúde entendem, aceitam ou acatam que os índios devem primeiro exercer suas formas próprias de tratamento na aldeia, com seus *xamãs*, para depois então passarem pelo atendimento médico ou hospitalar. Porém, é importante considerar que sempre essa indicação ou essa determinação de como fazer o tratamento tem que estar conjugada a uma aceitação ou uma orientação que deve partir de dentro da própria comunidade. Com relação à questão do parto, observamos que os programas de Saúde voltados para a atenção à maternidade, numa procura de ser algo similar, na busca de se aproximar dos modelos indígenas, às vezes trazem outras implicações e problemas. Como exemplo, para dar coerência ao modelo vigente de assistência à maternidade, a imposição dos exames ginecológicos pode trazer transtornos também psicológicos.

Não são poucos os casos muito traumáticos que os índios já passaram e ainda passam em hospitais onde sabem que vão receber um atendimento



completamente diferente do que teriam em casa junto com os seus familiares, que ficarão isolados e obrigados a se relacionar com códigos alheios transmitidos em língua diferente. A separação das crianças de suas mães é muito traumática. E muitas vezes os “doentes” sabem que vão lá para não voltar, que vão lá para ficar. E quando não voltam, realmente, isso interfere em outra série de questões e de sistemas que tem a ver com a morte, a vida e o destino da alma. Um tratamento que não foi bem feito, ou que a própria comunidade não teve opção de resolver com seu *xamã*, e o corpo, a alma da pessoa e a vida dos seus familiares tomam um rumo inesperado. Então, é neste sentido que eu estava tentando chamar atenção sobre questões relacionadas às regiões do corpo, a alma, a energia vital, a passagem na vida e na morte e as formas e circunstâncias em que estas ocorrem.

Pensamos nessas coisas porque, para as crianças terem saúde, crescerem, poderem trilhar seus caminhos e terem a força necessária, a energia vital, a força física, eles precisam receber os cuidados dos seus familiares e *xamãs*, nas formas como foram ensinados pelos mais antigos e nas formas próprias como são hoje praticadas. Eu queria realçar a importância da figura do *xamã* no sentido da visão e da orientação sobre as causas e os tratamentos do doente, como acontece em geral em várias sociedades indígenas. O *xamã* não é um médico. As condutas, a orientação, as curas emanam da esfera divina. Nesses momentos, o *xamã* torna-se imune, pois durante o ritual ele não pertence à humanidade, e as pessoas que estão sendo tratadas não o veem como alguém que faz parte de uma parentela, que está ligado a algum campo de poder na aldeia. Ele estaria fora da rede de atritos e de intrigas disseminada internamente, que conflitam e agregam as famílias na atribuição de culpas e anseios de vingança. O potencial revelador do *xamã* não se contamina pois é da ordem do divino, da qual emanam suas práticas rituais e aconselhamentos; assim, devido a suas origens (vêm de *nhanderu*), suas práticas seriam inquestionáveis. A existência do *xamã* traz segurança às comunidades, ele está lá para curar, para orientar, para reverter ou amenizar os males imputados e de sua disseminação, para trazer esperança de harmonia e bem estar.

Não há *xamãs* em todas as aldeias. Assim, os *xamãs* também são chamados para visitar, realizar rituais e tratar pessoas que pertencem a famílias que vivem em aldeias em diferentes regiões, na amplidão do território guarani. Neste sentido, questões sobre a territorialidade e a configuração do território (onde se situam as aldeias) do povo indígena focado, são especialmente relevantes.

Nos diversos campos de atuação junto aos guarani, é preciso considerar sempre que uma aldeia, como espaço físico e social, não pode ser considerada uma



unidade isolada, autônoma, porque ela só é sustentável a partir das redes de parentesco que se processam continuamente a partir das uniões conjugais, de afetividades, de reciprocidades com outras aldeias. A partir das vivências e dos vínculos históricos renovados pelos guarani m'bya e nhandéwa contemporâneos em lugares de diferentes regiões, próximos e distantes entre si, é que o território guarani vai se constituindo numa mesma base geográfica que integra parentelas e aldeias situadas em diferentes regiões no Brasil, Paraguai e Argentina. A noção de território para os guarani se condensa na expressão *yvy rupa* que, numa tradução corriqueira, significa o suporte ou esteio (*rupa*) da terra (*yvy*), no mundo terreno. (Yvy Rupa foi o nome escolhido pela Comissão Nacional da Terra Guarani para se representar.)

Ao contrário de alguns povos indígenas na Amazônia, para os quais as superfícies de terras demarcadas correspondem ao seu território atual, os povos indígenas em outras regiões tiveram seus antigos territórios fragmentados em razão das frentes de colonização, do processo de urbanização crescente e, somente nos últimos anos, seus direitos territoriais vêm sendo reconhecidos com a demarcação de pequenas áreas insuficientes para sua reprodução física e cultural, como diz a Constituição Federal. Por isso, é fundamental para qualquer profissional, de qualquer área, entender porque cada uma das aldeias guarani não constitui uma unidade isolada básica, uma vez que sua existência só se sustenta na interligação com outras aldeias que conformam o atual e histórico território guarani, ainda que sua superfície não seja contínua nem lhes seja exclusiva. As práticas e os rituais de cura, os intercâmbios sociais, as visitas, as ofertas e trocas de sementes, o conhecimento sobre os diversos seres que povoam a terra, enfim, todas as realizações e a vastidão de conhecimentos que eles possuem em relação à natureza são impossíveis de acontecer em uma única aldeia, em uma única terra Indígena, em um único fragmento da terra. Algumas aldeias apresentam melhores condições ambientais, há rios limpos, cachoeiras, animais. Outras não têm rios e sequer áreas apropriadas para plantio; mas abrigam *xamãs* e mantêm uma organização social interna coesa, formando unidades integradas nas atividades sociais, rituais e de produção. Assim, o que permite que os guarani continuem mantendo seu acervo de conhecimentos e de usos, suas relações com as espécies naturais e sua dinâmica social, é porque entendem e apreendem o seu mundo, o seu território como um todo.

Entretanto, os índios sabem que seu território (mundo) não é exclusivo e que têm que conviver com outras sociedades e principalmente com os não-índios que permeiam todas as relações interétnicas. Nós, “brancos”, por sermos maioria, somos designados pelos guaranis por *etavaekuéry*, que quer dizer



“aqueles que são muitos”, aqui nesse mundo. Assim, nós, que “somos muitos”, devemos estar atentos e aprender muito com os povos indígenas pois, embora sendo atualmente minorias, detêm conhecimentos, práticas e possuem relações com os ambientes naturais muito mais antigas do que nós.

As políticas públicas de reconhecimento das terras Indígenas e os processos de demarcação, de não-demarcação e de eleição de áreas para a criação de reservas seguem critérios normalmente já definidos pelo campo de poder de quem detém a propriedade, o direito à terra e à “produtividade”. Da mesma forma, os projetos de crescimento econômico que afetam as populações indígenas são impostos de forma autoritária, segundo o jogo dos interesses econômicos e o padrão ou modelo de desenvolvimento e civilização segundo a ótica de quem detém os meios, as influências e o capital para a realização das grandes obras e programas. Neste contexto, as comunidades indígenas e suas lideranças passam, é claro, por constantes conflitos e situações de estresse por terem que negociar, resolver, “dialogar” com distintas e desconhecidas esferas de poder que são muito complexas, com base em critérios políticos e econômicos impostos e alheios.

Assim, nós, os que somos muitos, precisamos estar atentos, para poder enxergar, aceitar, valorizar e usufruir da existência de diferentes sistemas de conhecimentos que coexistem e se somam.



educação escolar indígena e bilinguismo na perspectiva da política identitária – breve comentário

Maria Elisa Marchini Sayeg¹

Psicóloga, doutora em Filosofia da Educação pela USP, bacharel em Filosofia e Letras pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

Relaciono a seguir algumas reflexões que fiz a partir da leitura da legislação sobre Educação Indígena. Trata-se tão somente de algumas indicações e questionamentos.

O Parecer do Conselho Nacional de Educação (Câmara Básica de Educação) no. 14/99 e a Resolução CEB n. 3, de 10 de novembro de 1999, baseados na Constituição Federal, regulamentam a figura das escolas indígenas como instituições de educação básica com normas e ordenamento jurídico próprios, em que se prevê o **ensino intercultural e bilingue**, dentre outras características.

Além disso, o artigo 5º da supracitada Resolução prevê para a escola indígena, como para qualquer escola – em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – **uma parte comum e uma parte diferenciada**. Assim, o projeto pedagógico próprio da escola indígena terá por base as Diretrizes Curriculares Nacionais referentes a cada etapa da educação básica, bem com respeitará, na parte diversificada, “os conteúdos curriculares especificamente indígenas e os modos próprios de constituição do saber e da cultura indígena”.

Falarei primeiro sobre o item acima e, em seguida, sobre o bilinguismo. Não terei tempo para elaborar aqui, apenas indico as linhas de reflexão que pretendo desenvolver futuramente. Se nos basearmos em algumas tendências da Psicologia Cultural, Sócio-histórica ou na Teoria da Atividade, consideraremos fundamental a experiência de mediação cultural para a formação de modos próprios de cognição em cada comunidade.



Ora, a base comum na Educação, prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais, situa a comunidade indígena em práticas conceituais próprias da sociedade mais ampla, com forte influência do modo de pensar ocidental.

No entanto, prevê-se a manutenção de modos próprios do saber indígena. Até que ponto é possível a convivência e mesmo o diálogo entre as duas vertentes? Não se trata de uma forma de simplesmente negar ou diluir uma possível radical alteridade?

Penso em radical alteridade quando leio alguns ensaios do antropólogo Eduardo Viveiros de Castro, que, por exemplo, no livro *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de Antropologia*, demonstra específicos conceitos filosóficos do pensamento indígena, como a concepção **multinaturalista**, em vez de multiculturalista, e o conceito de “perspectivismo amazônico”.

A questão seria, dessa forma, antes de valorizar a contribuição da experiência específica indígena para o conhecimento cultural da humanidade, para o debate contemporâneo sobre a diferença e a convivência

É, pelo que me parece, a intenção da obra *Ama-zone: a onça e a diferença*, descrita na internet da seguinte forma:

“É a migração para o formato wiki de um estudo intitulado *A onça e a diferença*, em preparação desde 1997. Essa obra versa sobre os pressupostos do pensamento indígena americano. Seu foco é a imaginação conceitual nas culturas nativas da Amazônia e sua abordagem é antropológica, pois descreve tal imaginação do ponto de vista das relações sociais que ela implica.”

Minha indagação quanto à proposta de bilinguismo e de contemplação de base comum e parte diferenciada, prevista na Legislação, é a seguinte: trata-se de mera justaposição? Ou trata-se de partir rumo a uma cultura híbrida? Ou trata-se de incentivar mudanças de registros – linguísticos e cognitivos – tais como em estudos de bilinguismo se denomina “codeswitching”?

Penso que esta indagação relaciona-se com outras mais amplas da cena contemporânea, como as discussões sobre multiculturalismo, tais como, por exemplo, desenvolvidas no livro do Centro Universitário para os Valores Humanos da Universidade de Princeton (1990), a partir de texto do filósofo canadense Charles Taylor e comentaristas deste, como Kwame Anthony Appiah e Amy Gutmann².

Trata-se de uma discussão sobre a neutralidade da democracia – que, dizendo simplificada, em uma concepção liberalista, a todos garante igualdade nos direitos fundamentais, no que se refere somente a nossas características comuns: nossas necessidades universais, independentes da nossa identidade cultural particular, de “bens primários como salário, saúde, educação,



liberdade religiosa, liberdade de consciência, de expressão, de imprensa, de livre associação, de processo justo, direito de votar e de ser eleito para cargos públicos. Esses são interesses compartilhados por quase todas as pessoas, independentemente de nossa raça”.

Tal concepção de democracia não prevê a necessidade de reconhecer a especificidade cultural de grupos distintos (por raça, etnia, religião, gênero). A democracia só existe para garantir os direitos fundamentais.

Diferentemente, na cena contemporânea, existe a luta por reconhecimento das diferenças, com todas as contradições que isso implica, como bem demonstra Antonio Flávio Pierucci em *As ciladas da diferença*, lembrando a origem conservadora da marcação da *diferença*.

Charles Taylor, entretanto, inclui entre os “bens culturais” a vivência em um “ambiente cultural significativo e seguro”. Existe hoje uma necessidade psicológica de reconhecimento que não existiu sempre na história da humanidade, segundo esse filósofo. A história dessa mudança de mentalidade é descrita, entre outros, em seus livros *A ética da autenticidade* e *As fontes do self*.

De toda forma, considerando-se a origem conservadora da ideia de diferença – ou mesmo origem romântica, se lembrarmos de Herder, um nome fundamental –, compreenderemos que alguns autores critiquem a política identitária, a valorização das diferenças na luta pelo reconhecimento.

Trata-se, portanto, de uma mesma tensão que perpassa as diferentes manifestações da política identitária, seja na luta pelo reconhecimento das diferenças étnicas, seja na luta pelo reconhecimento dos direitos das mulheres e de homossexuais. Sobre este último item, gostaria de remeter a um texto que escrevi sobre “Discussão sobre as críticas à política identitária”, disponível na internet na revista *Tesseract*.³

Para resumir, lembremos que uma das críticas à política identitária é a possível fragmentação do que deveria ser, a esses críticos, uma base comum da humanidade, já que sempre podemos ser “trezentos, trezentos e cinquenta”, portanto, não temos uma identidade preferencial, segundo diz Renato Janine Ribeiro citando Mário de Andrade. Essa fragmentação da política identitária levaria a uma fragmentação da luta política, que é inerente à política das diferenças.

Mas se há fragmentação, há também possíveis articulações. Lembremos que a Constituição Federal, no seu artigo art. 215, parágrafo primeiro, diz: “O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional”.

Assim, gostaria de lembrar, ao discutirmos as necessidades educacionais e bilingues das escolas indígenas, além da sua diferença, a possível semelhança



com as necessidades educacionais de outras etnias representadas na SEPPIR⁴, como a etnia cigana, que também requer educação bilingue e que respeite seus modos próprios de conhecimento, o que será feito por meio de um censo sociocultural anunciado em 24 de maio de 2007, primeira comemoração oficial do Dia Nacional do Cigano, no Brasil.

Renato Janine Ribeiro reduz a luta pelo reconhecimento a um “lobismo politicamente correto”: a política identitária acaba por não pensar a sociedade, diz. Garantem-se apenas os direitos dos grupos cujo *lobby* é bem feito, ou seja, os que tiveram força para assegurá-los. Assim, é grande a possibilidade de perda do espaço público, como espaço comum. Para ele, ao pensar a política como conflito de grupos sociais, perde-se a ideia de direito como oposto de força. Ribeiro contrapõe a política dos grupos sociais à universalização dos direitos. Cabe pensar, no entanto, que são justamente as máscaras identitárias que têm contribuído efetivamente para que a aplicação de direitos reconhecidos seja universal na prática e não somente na lei.

Não sei se ficou clara a analogia que pretendi fazer. Da mesma forma que há uma tensão entre espaço público universal e política identitária, há uma tensão entre “base curricular comum” e “parte diversificada” como reconhecimento de saberes próprios e de radical alteridade.

Penso que essa tensão está longe de ser resolvida, quer na legislação, quer na teoria, quer no ativismo político, quer na prática pedagógica.

Por outro lado, o multilinguismo pode ser uma fonte ainda inexplorada de alteridade. Existem no Brasil cerca de 170 línguas indígenas⁵. Assim como na Europa conhecemos famílias linguísticas, como a Românica (que reúne o Português, Espanhol, Catalão, Francês, Italiano, Romeno), a Eslava (que reúne Polonês, Checo, Russo), a Germânica (que reúne inglês, alemão, sueco, norueguês, holandês), temos no Brasil as famílias tupi-Guarani (reúnem as línguas Guarani-kaiová, Guarani-mbiá, guajá, avá-canoeiro, asurini, do Xingu; parakanã, asurini, do Tocantins; kayabí, kamaiurá, língua geral amazônica=nheengatu, omágua, parintintin, wayampi, xetá), a família jê (apinayé, kaingang, kayapó, timbira, xavante, xerente), a karib (apalaí, atroari, makuxi, waimiri, waiwái, arara, do Pará; kalapalo, kuikuru, matipu), a tukano (barasana, desana, juriti, karapanã, tukano), makú, yanomami e outras.

Toda língua é um sistema complexo. Essa complexidade se distribui de maneira não uniforme. Por exemplo, o tupinambá distingue menos consoantes oclusivas que o português, mas o kadiwéu distingue mais que o português. O verbo da língua kadiwéu é mais complexo que o do português e do tupinambá. Há marcadores para distinguir o grau de envolvimento do falante, por exemplo.



Pronomes demonstrativos em português distinguem se o objeto está próximo ou distante do falante (este, esse, aquele). No kadiwéu, os pronomes demonstrativos distinguem traços que o português não distingue. Por exemplo, distingue entre objetos em movimento e estáticos, se estão em posição vertical ou suspensos. [**Goneleegiwa**, homem; **nGida** Goneleegiwa, este homem parado, em pé; **nGini** Goneleegiwa, este homem parado, sentado; **nGidi** Goneleegiwa, este homem, parado, deitado; **nGidjo** Goneleegiwa, este homem, afastando-se); **nGina** Goneleegiwa, este homem aproximando-se]. (Há formas correlatas para plural e feminino).

Dessa forma, por mais que exista uma pressão de unificação conceitual originada da sociedade envolvente, capitalista, de matriz europeia, é talvez possível que uma verdadeira alteridade resida na linguagem. E uma possível alteridade é uma **fonte possível de novos conhecimentos**.

¹ Maria Elisa Marchini Sayeg. Psicóloga, Doutora em Filosofia da Educação pela USP, bacharel em Filosofia e Letras pela FFLCH USP. [elisa.sayeg@gmail.com]

² TAYLOR, Charles. **Multiculturalism**. With commentary by K. Anthony Appiah, Jurgen Habermas, Steven C. Rockefeller, Michael Walzer, and Susan Wolf. Edited and introduced by Amy Gutmann. Princeton University Press, 1994.

³ <http://tesseract.sites.uol.com.br/criticapoliticaidentitaria.htm>

⁴ SEPPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. <http://www.planalto.gov.br/seppir/>

⁵ Os dados linguísticos foram resumidos de Ayron Rodrigues. **Línguas Brasileiras. Para o conhecimento das línguas indígenas**. São Paulo, Loyola, 2002.



antropologia, saúde e povos indígenas

Helena Stilene de Biase

Gerente de Projetos da Coordenação Geral de Educação da Fundação Nacional do Índio, coordena a Ação de Atendimento a Adolescentes e Jovens Indígenas em Situação de Risco Social (PPA 2004-2008), participa da Subcomissão de Gênero Infância e Juventude da Comissão Nacional de Política Indigenista, formada no Curso Normal e graduada em História.

É muito importante para nós a aproximação dos psicólogos ao trabalho com os povos indígenas. Temos sentido isso tanto na área da Saúde como na área da Educação, embora ainda haja muito preconceito em relação à classe dos psicólogos no trabalho com os povos indígenas, os resultados deste trabalho apontam para a essa necessidade.

Sou gerente de projetos da Coordenação Geral de Educação da Funai, sede Brasília. Até a Constituição de 1988, era a Fundação Nacional do Índio quem oferecia educação para os povos indígenas. Embora não tivesse um sistema de Educação próprio, mantinha professores nas aldeias.

Eu passei pela experiência de morar e lecionar numa aldeia. A maioria das pessoas que hoje compõem o quadro da Educação na Funai vem dessa experiência de ter sido professor de aldeia. Como a Funai não tinha um sistema de Educação, os professores das aldeias ministravam apenas as primeiras séries do ensino fundamental e os nossos alunos tinham que ser testados nas escolas da região para serem graduados ou diplomados.

A partir da Constituição de 1988, a oferta da educação passou a ser de responsabilidade dos Estados e dos municípios e é o MEC quem coordena a políticas de Educação Indígena. Isso trouxe avanços no sentido de dar visibilidade nacional à questão da educação escolar indígena.

Antes da Constituição de 1988, os povos indígenas eram considerados semicapazes pela legislação e por isso eram tutelados. Isso significava que era o Estado que tinha a responsabilidade não só de cuidar dos índios, mas de fazer a intermediação com a sociedade.

Hoje, pela nova Constituição, os índios são cidadãos brasileiros, o que significa uma grande mudança de paradigmas para toda a oferta de política.



Embora o MEC seja o responsável pela oferta de educação, existe na Funai um setor de Educação com essa herança do passado e, na sua prática, reconstruindo um novo papel. Aliás, toda a Fundação Nacional do Índio está em processo de reconstrução do seu papel.

Hoje mesmo, nós estamos em um acelerado processo de reformulação do órgão, mas o trabalho continua. Então, vai-se construindo “o avião em voo”, vamos consertando e voando ao mesmo tempo.

Na questão da educação, o papel hoje é basicamente a garantia dos direitos dos povos indígenas. Acompanhamos os processos escolares oferecidos pelos Estados e municípios, acompanhamos a formação de professores indígenas para o ensino fundamental e apoiamos a formação de indígenas para as licenciaturas, principalmente. Dentro desse contexto, a partir do ano 2000, começamos a fazer levantamentos para contribuir na construção do novo papel da Educação no contexto da Funai. Será nosso papel acompanhar, vigiar, fiscalizar ou ouvidas as comunidades propor políticas, projetos e ações?

Bom, cumprindo o papel de acompanhar as políticas públicas de Educação Escolar, constatamos que a oferta da educação pelos Estados e municípios está muito aquém da demanda. Qualquer pessoa que trabalhou ou trabalha com os povos indígenas, seja na Educação ou na Saúde, sabe que o município geralmente é o local onde há conflitos com os povos indígenas. Os interesses são contrastantes, digamos assim. O fazendeiro quer muita terra, quer plantar, quer botar soja em tudo, e o índio quer conservar, quer caçar, quer pescar, quer dizer, os interesses são conflituosos.

Então, embora tenhamos uma legislação muito adiantada no sentido do respeito, da consulta, da valorização da cultura, da valorização da língua, na hora da oferta não é assim que acontece. Continua uma prática de que o índio tem que se adaptar ao sistema, quer dizer, nós vamos pôr uma escola aqui, mas o sistema é assim e não tem outro jeito. E o papel da Funai nessa hora é o de mediar os conflitos entre Estado/municípios e as comunidades.

Quanto à oferta do ensino nas aldeias, podemos dizer que 98% das comunidades indígenas (não as isoladas e nem as de recente contato) contam com escolas na comunidade e com professores indígenas lecionando.

Porém, a oferta normalmente se dá de 1ª a 4ª séries. Raras são as escolas indígenas com oferta de 5ª a 8ª séries. Na época do nosso levantamento, de 2.345 escolas de ensino fundamental nas aldeias, apenas 56 escolas tinham de 5ª a 8ª séries. Com a reduzida oferta de ensino médio, sendo duas organizadas por ONGs e duas como projetos-piloto mantidos pela Funai, não temos de fato ensino garantido, como preconiza a legislação vigente.



Quanto ao papel de acompanhar e apoiar estudantes indígenas fora das aldeias, como decorrência desse quadro, nós tínhamos um grande número de estudantes de 5ª a 8ª séries saindo das aldeias para completar seus estudos. Ao acompanhar esses estudantes, constatamos que a maioria dos estudantes indígenas que viviam fora de suas aldeias estava em péssimas condições de atendimento e em acentuada vulnerabilidade social, pois a Funai tem pouquíssimos funcionários hoje. Não tem condição, por exemplo, de ter uma casa de estudante indígena com acompanhamento social e pedagógico adequado. Tínhamos estudantes mantidos apenas com casas alugadas e alimentação, mas onde permaneciam por conta própria, sem orientação. Nesse contexto, um grande número de jovens com dificuldade de adaptação se envolvia em pequenos e grandes delitos fora da comunidade. Normalmente, é nessa faixa etária que estariam nas suas comunidades recebendo formação tradicional. Muitos deles estariam em processo de iniciação para a vida adulta, no caso dos xavante, por exemplo. Eles estariam reclusos na casa dos meninos (onde ficam dos 12 aos 20 anos aproximadamente), recebendo a formação necessária para a vida adulta e a manutenção da sua família e cultura.

Bom, assim como os xavante, muitos outros jovens indígenas, para continuarem seus estudos, deixavam de receber educação indígena dentro da sua comunidade por meio de processos próprios de aprendizagem. E fora das suas aldeias frequentam escolas sem o acompanhamento adequado. Os professores das escolas públicas locais que os recebem também não estão preparados para lidar com as diferenças culturais e garantir acompanhamento adequado a esses jovens.

Neste contexto, grande número de jovens sai e fica fora da sua aldeia por três ou quatro anos, mas volta sem conseguir completar a 8ª série. De volta à aldeia, tem dificuldades em se adaptar aos trabalhos tradicionais, como caça e feitiço de roças, por exemplo, e sem formação suficiente para se adaptar na cidade. Dessa forma, apoiar estudantes fora de suas aldeias para completar o ensino fundamental tem contribuído na verdade para uma geração deslocada tanto dentro como fora da aldeia.

Os acompanhamentos que fizemos revelou resultados preocupantes e nos obrigou a questionamentos e mudanças na proposta de atendimento a estudantes fora das aldeias.

Nesta gestão de governo, houve esforço por parte do MEC para aumentar a oferta de 5ª a 8ª séries nas aldeias. Todavia, a oferta ainda não corresponde à metade do que é necessário, do que supriria a demanda. Mas existe



um esforço do governo em melhorar essa situação, inclusive apoiando a formação de professores indígenas em nível superior e em licenciaturas, que seriam exatamente os professores que virão a fazer essa oferta de 5ª a 8ª séries dentro das aldeias e de acordo com suas línguas e cultura.

Constatamos também que alguns jovens estudantes fora de suas aldeias apresentaram desequilíbrios mentais e tentativas de suicídio. Ouvimos relatos de garotos que saíram com muita expectativa de suas comunidades, de que eles iriam entender o mundo do branco, iriam estudar, iriam saber, iriam voltar para ajudar a sua comunidade. Mas tentaram o suicídio quando, na universidade, diante das disciplinas ofertadas, não conseguiram relacionar o novo aprendizado com as necessidades de sua comunidade, sentiram que não conseguiriam corresponder às expectativas de suas comunidades. Acompanhamos estes casos e, de fato, é dramática a situação enfrentada por eles. Em decorrência, hoje temos um grande número de famílias indígenas vivendo nas cidades próximas às suas aldeias, para acompanhar seus filhos nos estudos.

A partir dessas constatações, conseguimos justificar uma ação de governo, no PPA de 2004-2008, denominada “Atendimento a Adolescentes e Jovens Indígenas em Situação de Risco Social”, que nos permitiu fazer um amplo levantamento sobre a situação dos adolescentes e jovens indígenas dentro e fora de suas aldeias.

A nossa sociedade vende a ideia de que o estudo é a única maneira de se ser alguém na vida, ouvimos muito esse discurso, inclusive nas comunidades, por lideranças indígenas: “Meus filhos não vão sofrer o que eu sofri na vida, eles vão estudar e vão ser alguém na vida”.

Sabemos, no entanto, que o estudo não está garantindo necessariamente, nem para nossos filhos hoje, um lugar ao sol na sociedade, quanto mais para um jovem indígena que tem um capital cultural bastante diferente do nosso.

Vou apresentar para vocês os resultados de um recorte 2004-2005, mas posso dizer que esse trabalho continua até hoje com características um pouco diferenciadas, mas tem dado ótimos resultados.

Entre 2004 e 2005, dos encontros que nós realizamos, participaram 5.458 jovens e anciãos de 71 etnias, o que significava, na época, por dados da Funasa, mais ou menos 1% da população indígena brasileira, quer dizer, conseguimos ter uma abrangência muito grande.



etnias por regiões do brasil

norte

Sateré-Mawé, Hexkariana, Mura, Munduruku, Torá, Paritintin, Tenharin, Apurinã, Javaé, Baniwa, Baré, Tukano, Taurepang, Macuxi, Kokama, Kambeba, Tikuna, Miranha, Madyja, Maku (Nadeb), Kanamari, Wapishana, Patamona, Aikanã e Nambikwara.

nordeste

Kambiowá, Potiguara, Wassu-Cocal, Xukuru-Kariri, Geripankó, Karapotó, Jenipapo-Kanindé, Pitaguary, Tapeba, Tremembé, Kalabassa, Tabajara, Kanindé, Xokó e Pataxó.

nordeste

Kambiowá, Potiguara, Wassu-Cocal, Xukuru-Kariri, Geripankó, Karapotó, Jenipapo-Kanindé, Pitaguary, Tapeba, Tremembé, Kalabassa, Tabajara, Kanindé, Xokó e Pataxó.

sul-sudeste

Kaingang, Maxacali e Guarani M'bya.

quadro 1

Os encontros foram realizados em todas as regiões do Brasil. Esses encontros foram organizados pelos técnicos das regionais. A Funai tem 64 unidades regionais pelo Brasil. Organizaram os encontros nas comunidades com estrutura para receber representantes de diversas aldeias de uma ou mais etnias com relações afins. (*Quadro 1*)

Como esse encontro foi realizado? Propusemos um trabalho de reflexão propiciando o diálogo entre gerações. (*Quadro 2*) O primeiro momento dos encontros garantiu espaço para os mais velhos falarem sobre sua juventude: como era ser jovem no seu tempo, como viviam, suas atividades, seus valores...



metodologia de pesquisa

1º Passo

O Diálogo entre gerações (velhos e jovens) sobre o tema juventude.

2º Passo

Quais os principais problemas que os jovens indígenas estão vivenciando hoje?

Quais as propostas para enfrentar esses problemas?

3º Passo

Apresentações em plenária Comparação e comentários sobre os resultados apresentados.

Responsabilidades e Encaminhamentos

Os resultados foram organizados em categorias baseadas nos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo:

- . Vida, saúde e dignidade;
- . Cultura e convivência familiar/comunitária;
- . Educação, esporte e lazer;
- . Território e meio ambiente;
- . Subsistência tradicional e geração de renda.

quadro 2

É interessante notar que, na maioria dos encontros, os mais velhos e sábios iniciavam seu discurso “falando mal” dos seus jovens: “No meu tempo, sim, éramos responsáveis, obedecíamos nossos pais e nossas tradições; hoje, esses jovens não querem mais saber, cortam o cabelo, ninguém mais quer deixar o cabelo como era antes, não querem saber mais de casar como se casava antes, gostam de dançar forró, não querem mais cantar nossos cantos...”

A seguir, o espaço ficava aberto a perguntas dos jovens. Nesse momento, as perguntas dos jovens demonstravam um distanciamento do mundo vivido pelos mais velhos quando perguntavam, por exemplo, como era o namoro e o casamento naquela época, como era a festa de iniciação das meninas.

Esse momento inicial era um aquecimento para o trabalho propriamente dito. Era quando podíamos sentir que os próprios velhos percebiam que muita coisa que os jovens não fazem hoje é porque deixou de acontecer na aldeia. Quer dizer, desde muitos anos algumas festas não acontecem, certos costumes perderam espaço, então, é claro que os jovens já não sabem fazer as festas tradicionais.



Questões relativas ao território e meio ambiente não permitem a manutenção de certas questões da cultura, por exemplo. Hoje, os territórios se encontram muito degradados. Quer dizer, 20, 30 anos com a população crescendo e dentro de um mesmo território exíguo, muitos deles não têm mais matéria-prima para a confecção de utensílios, não há mais caça, a pesca está escassa, não tem mais condição de percorrer os vastos territórios que se percorriam para coletar determinados materiais.

A questão cultural dos povos indígenas está extremamente ligada às condições ambientais, toda a sua cultura está ali, está totalmente ligada ao meio ambiente e seu território.

Depois do debate, partiam para o trabalho em grupos etários diferentes, onde respondiam duas questões: quais os principais problemas que os jovens estão vivendo hoje e quais as propostas para enfrentar esses problemas?

A despeito da diversidade cultural dos povos indígenas, da diversidade da história e do tempo de contato dos povos que realizamos os encontros, todos têm em comum hoje o contato intermitente com nossa sociedade, todos estão frequentando a escola, todos convivem com a mídia e a tecnologia dentro e fora de suas comunidades.

Por exemplo, o MEC distribuiu kits com televisão, parabólica, dvd nas escolas das aldeias. Os rádios estão nas aldeias, os televisores estão nas aldeias, é verdade que em alguns lugares é preciso ligar um motor para ligar o televisor e ele está ligado algumas horas, mas, em outras, o tevê está ligado o dia inteiro.

O que motivou esse trabalho foi a necessidade de compreender o ponto de vista das comunidades indígenas e de seus jovens quanto das necessidades e problemas enfrentados para a oferta de projetos, programas e ações transformadores.

Depois os grupos fizeram apresentações em plenária. É importante salientar que o objetivo específico deste trabalho foi propiciar uma reflexão sobre a situação da juventude indígena nas comunidades, motivo pelo qual não trabalhamos com questionários fechados, para não induzir resposta alguma. Os problemas apresentados são, portanto, os que têm protagonizado a atenção das comunidades, aqueles que mais chamam atenção, aqueles que mais preocupam.

Em alguns locais, os grupos foram divididos por faixa etária e gênero, conforme sugestão dos participantes. Depois que cada grupo apresentava suas reflexões, havia uma discussão sobre as opiniões comuns e as divergentes.

Por fim, de acordo com os problemas apresentados, fazíamos uma discussão sobre responsabilidades e encaminhamentos: “Bom, este tipo de problema é da área da Saúde. Sendo da área da Saúde, então, nós temos que acionar a Funasa e discutir com eles. Esse é da área da educação”...



Sempre havia uma discussão e uma contextualização das questões apresentadas, inclusive muitos eram problemas comunitários e que a comunidade haveria de entender melhor, para tomar atitudes em relação àquela questão.

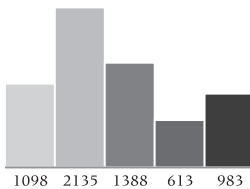
Dessa forma, obtivemos muitas informações, mas, como não era um instrumento fechado, para poder compilar os dados resolvemos agrupar de acordo com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente. Entendendo que olhando os problemas apresentados na perspectiva dos Direitos das Crianças e Adolescentes, daríamos visibilidade à necessidade de garantia de direitos das crianças e adolescentes indígenas. Com os resultados, agrupamos as respostas em cinco blocos: os que tinham a ver com vida, saúde e dignidade; com cultura, convivência familiar e comunitária; com educação, esporte e lazer; com território e meio ambiente; e com subsistência.

vida e saúde

(quadro 3)

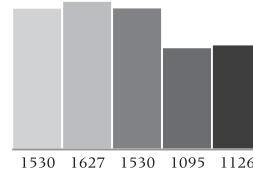
norte

participantes: 2135



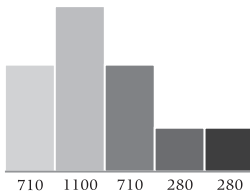
nordeste

participantes: 1672



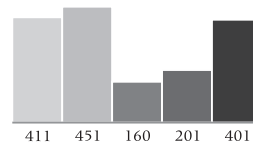
centro - oeste

participantes: 1100



sul - sudeste

participantes: 551



saúde
álcool e drogas
sexualidade
abuso / exploração sexual
preconceito



Os principais problemas apresentados e os mais citados dizem respeito ao quesito vida, saúde e dignidade. **(Quadro 3)** Os dados numéricos aqui apresentados dizem respeito ao número total de participantes dos encontros na região e quantos citaram o problema naquela região. São dados gerais. Por exemplo, na região Norte, de 2.135 participantes, 2.136 falaram que o grande problema que eles estão enfrentando hoje é o uso de álcool e drogas. Em todas as regiões, vocês podem ver que álcool e drogas foi o problema numericamente mais apontado.

Em relação à saúde, destacaram as questões relativas ao atendimento. **(Quadro 4)** Os problemas em relação ao atendimento vão desde a infra-estrutura até a falta de profissionais. A maioria fala do problema da rotatividade de profissionais: quando estão aprendendo a entender aquela etnia, o profissional já está indo embora e vem outro. Há falta de médicos. Mas a rotatividade foi a mais apontada, seguida da falta de respeito à cultura no atendimento à saúde.

Há muitas situações que eles consideram preconceito. “O médico vem aqui e diz que o menino está sujo porque está com terra no corpo, terra não é sujeira, para índio, terra não é sujeira, terra é vida.”

(Quadro 5) Foram duas questões apresentadas sobre sexualidade: 1) é a sexualização da cultura, consideram como resultado da entrada da televisão, de novos valores sociais, um contato com valores sociais que eles não entendem e não têm muita resposta, masw com os quais a juventude e as crianças convivem e eles não sabem como lidar e 2) o aumento do número da gravidez fora de hora, fora do contexto desejado. Não podemos dizer precoce, porque a questão não é etária, a questão é fora do contexto social. É normal nas comunidades indígenas, por exemplo, com 14, 15, 16 anos as meninas já serem mães. Mas, se isso acontece dentro do contexto social, seja depois da iniciação ou depois de prometida ao casamento, seja qual for a marca, tudo bem, mas hoje está acontecendo fora do contexto social.

vida e saúde

Fatores apontados nas 4 regiões:

- . Precariedade no atendimento;
- . Falta de transporte e profissionais;
- . Falta de medicamentos e postos de saúde equipados.

quadro 4



vida e saúde

norte

Precariedade no atendimento fora das aldeias. Falta de poços artesanais nas aldeias, Dificuldade de respeito pela medicina tradicional e pela diversidade indígena no atendimento. As DSTs associadas ao uso indevido de álcool e drogas.

nordeste

Falta de água potável, aterro sanitário e saneamento básico. Ausência de palestras na área de saúde. Referência à gravidez indesejada, falta de educação sexual (em casa e fora dela) e de trabalho preventivo em relação as DSTs/AIDs.

centro-oeste

Abandono da alimentação tradicional. Águas poluídas por agrotóxico. Perda de pajé. Atendimento em desacordo às necessidades das comunidades. Consumo elevado de refrigerantes levando a altos índices de diabetes. Falta de recursos para a saúde, os valores repassados estão aquém das necessidades levantadas pelos DSEIs. Iniciação sexual precoce, facilitando DSTs/AIDs e gravidez precoce. Falta de apoio familiar. Aborto. Funcionários assalariados indígenas e não indígenas levando DSTs às aldeias. Maior interesse dos jovens pelas não índias, sendo esse contato responsável pelo aumento de DSTs nas aldeias.

sul-sudeste

Desconhecimento da medicina tradicional e necessidade de sua pesquisa e aprendizado. Muitas doenças, em consequência do alcoolismo e da má alimentação. Ausência de palestras de orientação sobre DSTs/AIDs.

quadro 5

É como se a sexualidade também estivesse sofrendo uma certa banalização nas comunidades indígenas e há dificuldade em lidar com isso. A gravidez fora de hora traz encargos sociais para os velhos, para os avós, porque os jovens sem preparo não têm condições de cuidar das suas crianças.

Aqui eu chamo a atenção para um problema com o qual eu sempre me preocupei muito, que é a própria educação promovendo isso. O que eu quero dizer: o jovem que estuda fora da aldeia na faixa dos 15, 16 anos, normalmente deixa uma família para trás.

Quer dizer, se investe no estudo, promove-se sua saída da aldeia para dar continuidade aos estudos, mas, ao sair, deixa para trás uma ou duas crianças. Temos aqui no auditório guarani presentes que não me deixam mentir. Eles já são pais de família. Acabamos propiciando a desagregação familiar com esse nosso



discurso inconsequente sobre os benefícios da educação a qualquer custo. O abuso e a exploração sexual também surgem como um problema hoje nas aldeias, em alguns lugares até com um certo destaque, principalmente no Nordeste. Logo a seguir, vem a questão do abuso, exploração sexual. **(Quadro 6)** Segundo eles, a questão está ligada ao aumento do uso de álcool e drogas nas comunidades. Em cada região há diferenças, problemas mais intensos ou menos intensos, mas estão ali presentes.

abuso e exploração sexual

Fator apontado nas 4 regiões:

. Uso indevido de álcool como fator associado ao abuso e exploração sexual, prostituição e violência sexual

quadro 6

Vejam, por exemplo, que o abuso e exploração sexual nas quatro regiões vêm como uma questão ligada ao alcoolismo. **(Quadro 7)** Com o uso indevido de álcool e drogas, eles entendem que tem aumentado a violência, tem aumentado o suicídio nas comunidades, o abuso e a exploração sexual. **(Quadro 8)**

abuso e exploração sexual

norte

Prostituição e estupro associadas à brigas, lesões corporais, outras formas de violência.

nordeste

Prostituição associada à violência.

centro-oeste

Abuso sexual de menores. Estupro associados à bagunça e falta de respeito.

sul-sudeste

Estupro: como punir? Transferir o agressor para outra aldeia é uma boa alternativa?

quadro 7



o uso indevido de álcool e drogas

norte

Alcoolismo causou várias mortes. Desunião das famílias nas aldeias. Aumento da prostituição e das DSTs/AIDS. Uso de álcool por menores de idade. Aumento da violência e criminalidade da população indígena na cidade. Comercialização de drogas nas aldeias. Utilização do dinheiro da aposentadoria dos velhos pelos mais novos para comprar álcool. Preconceito, discriminação, humilhação. Problemas relacionados ao estreitamento de relações com os não índios. Discriminação por parte de índios e, principalmente de não índios. Preconceito na escola: a educação, além de não ser diferenciada é frequentemente discriminadora e fechada às contribuições dos estudantes indígenas.

nordeste

Maus tratos com as crianças. Prostituição. Tráfico. Brigas, intrigas, desentendimento e doenças como a cirrose. Falta de trabalho preventivo. São chamados de preguiçosos, porcos, invasores de terra e incapazes.

centro-oeste

O álcool é comprado no lugar de outros produtos importantes para as comunidades. Crianças também consomem álcool. Venda de bebida alcoólica dentro das aldeias. Funcionários assalariados indígenas e não indígenas têm acesso mais fácil a bebidas alcoólicas. Utilização da aposentadoria dos velhos para comprar bebidas. Preconceito e discriminação por parte de não índios e índios. Por parte dos índios: discriminação e desrespeito à cultura e aos direitos, porque cada vez mais estamos deixando as nossas identidades e costumes tradicionais.

sul-sudeste

Mortes por atropelamento, briga ou suicídio, estupros. Uso de drogas quando os jovens saem das aldeias para os estudos. Doenças. Falta de trabalho educativo e preventivo sobre álcool e outras drogas. Perigo de vida dos jovens na cidade por causa do preconceito e discriminação. Discriminação na hora de conseguir empregos.

quadro 8

Outro dado que vai aparecer mais ali na frente é o desrespeito à cultura e à família. (**Quadro 9**) O álcool também como um fator desagregador da cultura.



uso indevido de álcool e drogas

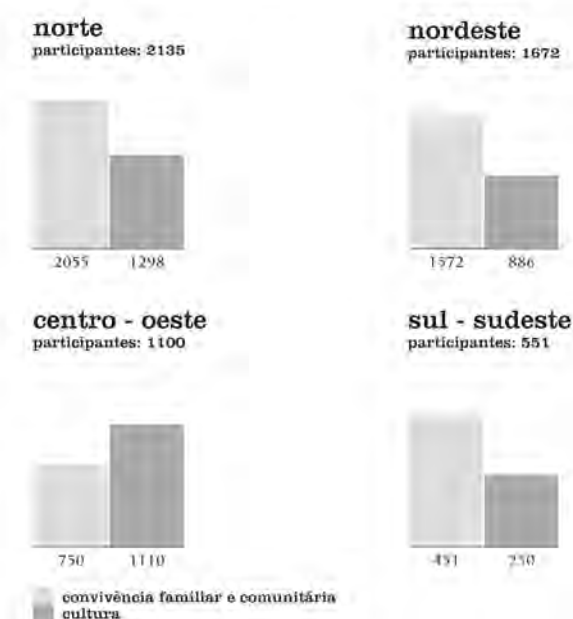
Fatores apontados nas 4 regiões:

- . Aumento da violência;
- . Aumento dos suicídios;
- . Associação com abuso/exploração sexual;
- . Desrespeito à cultura e à família.

quadro 9

convivência familiar e comunitária e cultura

(quadro 10)



Agrupamos a cultura com a convivência familiar e comunitária porque nas comunidades indígenas a cultura é transmitida de geração em geração pela família, pela comunidade. **(Quadro 10)** Não tem a conotação que nossa sociedade normalmente atribui à cultura como bem de consumo. Como algo que vem de fora, que se adquire na escola, nos livros, no cinema, no teatro. A cultura está absolutamente ligada à questão familiar. Bom, então o que eles trouxeram como problemas da convivência familiar, comunitária e cultural?

cultura e convivência familiar / comunitária

Fatores apontado nas 4 regiões:

- . Desunião nas comunidades. Enfraquecimento das lideranças.
- . Desestruturação familiar e comunitária causada pelo uso indevido de álcool.

quadro 11

Vocês podem ver que essa questão é muito problemática no Norte, no Nordeste, no Sul e Sudeste; no Centro-Oeste ela aparece, mas não é tão forte. Ao contrário, no Centro-Oeste eles apontam que o grande problema que eles estão vivendo é de desagregação da cultura, de perda da cultura, enquanto nas outras regiões a cultura aparece em menor intensidade. (*Quadro 11*)

cultural e convivência familiar / comunitária I

norte

Desestabilização da organização social ocasionada pelo garimpo. Assimilação de comportamentos e vícios. Furtos. Desentendimento familiar. Influência da cultura não indígena, política partidária na comunidade, falta de condições financeiras. Falta de lideranças e de auto-organização. Casamento com mulheres não-índias. Em decorrência do uso de álcool e drogas: falta de respeito nas famílias e com os mais velhos. Violência familiar.

nordeste

Trabalho infantil. Violência familiar. Desestruturação das comunidades e famílias. Violência (roubos, assaltos, violência sexual e física). Insegurança na comunidade. Falta de respeito dos jovens pelos mais velhos. Acesso de não indígenas nas T.I.s sem controle. Turismo desordenado.

centro-oeste

Desestruturação da sociedade, ausência de lideranças, conselheiros e orientação familiar. Influência da televisão na cultura. Roubos e “matança”. Violência contra mulheres. Dinheiro aparece como facilitador para os problemas (alcoolismo principalmente). Falta de informação aos filhos. Desrespeito à privacidade das mulheres jovens indígenas. Maior interesse dos jovens pelas não índias.

sul-sudeste

Separação, divisão territorial dos grupos. Brigas. Influência dos não-índios nos costumes e na cultura. Dificuldades de relacionamento com a sociedade não indígena. Exclusão dos jovens nas reuniões e outras atividades comunitárias. Falta de comunicação com os mais

quadro 12



Eles falaram muito sobre a desunião das comunidades. (*Quadro 12*) E desunião é algo que aparece muito em função das exigências das organizações políticas para responder à nossa sociedade. Campo que a Psicologia Social tem a desempenhar importante papel.

cultura e convivência familiar/comunitária II

norte

Necessidade de manutenção e fortalecimento da cultura e de apoio das organizações indígenas. Ausência de espaço para manifestações culturais. Pais não ensinam costumes aos filhos. Perda da cultura; falta de diálogo com os mais velhos. Necessidade de revitalização da cultura tradicional.

nordeste

Falta participação dos jovens nos trabalhos da comunidade, respeito pela escola, pela cultura. Falta de professor para ensinar na língua.

centro-oeste

Falta de interesse dos jovens pela cultura e pouco incentivo dos mais velhos em relação a isso. Abandono da alimentação tradicional. Necessidade de revitalização, manutenção e apropriação da cultura. Perda da cultura tradicional e espiritual. Falta de informação aos filhos. Desrespeito à cultura tradicional, às festas.

sul-sudeste

Enfraquecimento da religião. Alimentação inadequada (desvirtuada da tradição). Enfraquecimento da cultura. Necessidade de revitalização cultural e da língua. Falta de comunicação com os mais velhos.

quadro 13

Hoje, como eles têm direito à cidadania e a exercitam fazendo projetos, participando de esferas de controle social, de elaboração de política de Educação, de Saúde e de meio ambiente e outras políticas ligadas a seus interesses, têm organizações internas, se organizam em associações, em cooperativas e essas mudanças na sua organização interna têm gerado cisões e conflitos que antes não tinham. São conflitos políticos que em alguns lugares leva até a divisões de território. (*Quadro 13*)

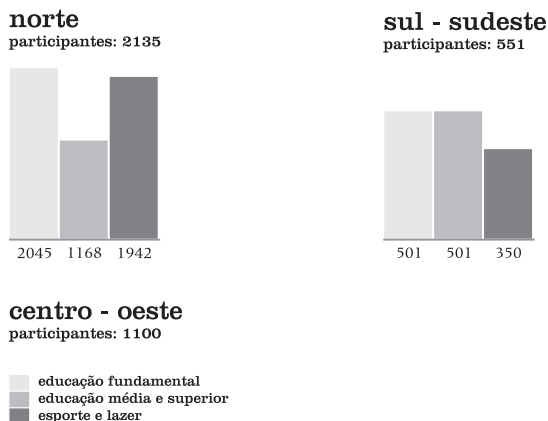


A briga pelo poder é diferenciada, porque é uma briga pelo poder em nossa sociedade. Se determinada associação está tendo um bom resultado com seus projetos no diálogo com nossa sociedade, se está conseguindo dinheiro e está conseguindo projetos, independentemente da sua boa relação com a comunidade, ela vai atingindo um status que muda as relações e o diálogo interno na comunidade. Isso tem trazido como consequência o enfraquecimento das lideranças tradicionais, dos caciques, dos xamãs, e tem desestruturado os laços e valores internos de solidariedade.

E há também a desestruturação familiar e comunitária causada pelo uso indevido de álcool. Em cada região observam-se as mesmas questões, com intensidades e aspectos diferenciados, mas em todas elas essa foi uma questão bastante citada.

educação, esporte e lazer

(quadro 14)



Em relação à educação, esporte e lazer, o que eles nos trouxeram foram problemas em relação à educação fundamental. (**Quadro 14**) Como já citado no início da apresentação, a principal questão é falta de do ensino fundamental completo nas comunidades e a oferta inadequada dos serviços pelos Estados e municípios.



educação fundamental

Fatores apontados nas 4 regiões:

- . Falta de 5ª a 8ª séries nas aldeias;
- . Falta de professores;
- . Falta de formação dos professores;
- . Falta de transporte para estudar fora das aldeias.

quadro 15

A oferta da educação média e superior, muito aquém das necessidades. A falta de oferta de esportes e lazer nas comunidades facilita a saída dos adolescentes e jovens das aldeias, principalmente nas comunidades mais próximas da cidade. **(Quadro 15)** É importante e urgente que se ofereça política de esporte, de lazer e profissionalização ou geração de renda dentro das aldeias para que os jovens fiquem achando que a grande solução para suas vidas hoje é partir para a cidade em busca de melhora de vida.

Há falta de 5ª a 8ª séries nas aldeias, falta de professores formados, falta de formação de cursos regulares para a formação de professores e transporte para estudar fora das aldeias. **(Quadro 16)** O transporte garantiria, em aldeias próximas, a ida e a vinda diárias, o que não é o ideal, mas antes voltar para casa do que ficar morando fora da aldeia.

Em relação à educação média e de ensino superior: há dificuldade de acesso e permanência no ensino superior, há falta de ensino médio, falta de recursos para estudar fora das aldeias, há falta de acompanhamento aos estudantes fora das aldeias e falta de professor indígena com formação para lecionar para 5ª a 8ª séries. **(Quadro 17)**



educação fundamental

norte

Não se sentem cidadãos, não há escola na aldeia para continuar os estudos e não tem transporte para outras escolas. Algumas culturas não permitem que as meninas se afastem da família, até na aldeia é difícil para elas estudarem. Dificuldades com a língua portuguesa. Falta de merenda escolar, material didático, livros para pesquisa e calendário escolar diferenciado. Faltam prédios escolares, casa de apoio ao estudante indígena, recursos para aquisição de uniformes e material escolar (um estudante foi barrado na escola por não ter sapatos).

nordeste

Escolas precárias, faltam merenda, biblioteca e material didático. Evasão escolar. Dificuldade de conciliar trabalho e estudo. Espaço escolar mal cuidado, salas mal conservadas. Situação irregular dos professores. Professores faltam frequentemente.

centro-oeste

Faltam escolas, educação de qualidade, material didático, contratos regulares de professores, apoio aos jovens que saem das aldeias para estudar. Alguns professores não dominam a língua. Secretarias de Educação não aceitam os currículos diferenciados das escolas. Faltam salas de aula.

sul-sudeste

Faltam escolas e incentivo à cultura na escola. Dificuldade no trabalho com a língua. Precariedade da estrutura escolar: faltam salas e material didático. As escolas municipais e estaduais cobram taxa de matrícula. Salário dos professores atrasa com frequência. Muita despesa com livros, material escolar e uniforme. Saídas dos jovens das aldeias para estudar nas cidades geram problemas.

quadro 16

educação média e superior

Fatores apontados nas 4 regiões:

- . Dificuldade de acesso e permanência no ensino superior;
- . Falta de ensino médio nas aldeias;
- . Falta de recursos para estudantes fora das aldeias;
- . Falta de acompanhamento aos estudantes indígenas fora das aldeias;
- . Falta de professores indígenas com formação específica para as 5ª e 8ª séries.

quadro 17



território e meio ambiente

norte

Dificuldade com a língua portuguesa. Falta transporte escolar. Os que vão estudar na cidade não têm assistência da Funai ou das organizações indígenas. Ausência de oportunidades para esporte e lazer. Falta de equipamento para esporte.

nordeste

Evasão escolar para complementar a renda familiar ou porque os filhos mais velhos precisam cuidar dos mais novos enquanto os pais trabalham. Ausência de cursos de formação de professores, faculdades indígenas e atividades complementares à escola. Falta de opções e infraestrutura para esporte, de espaços para esporte e lazer.

centro-oeste

Alguns professores não dominam a língua. Dificuldade no transporte para as escolas de cidades ou aldeias próximas. A Educação em geral, especialmente o Ensino Médio, precisam estar mais ligados à produção e reprodução sócio-econômica e cultural das comunidades. Faltam incentivo e infraestrutura para a prática de esportes e apoio ao lazer. Política de Ensino Médio incluindo a construção de quadras poliesportivas e pistas de atletismo. Valorização de esportes tradicionais.

sul-sudeste

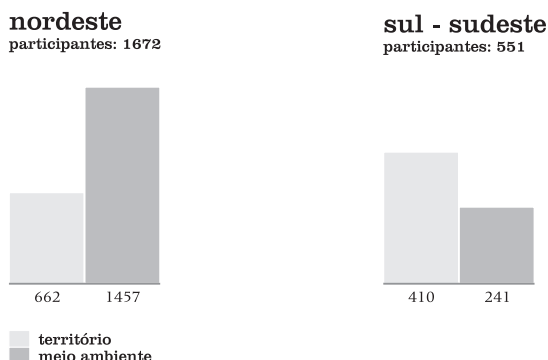
As escolas municipais e estaduais cobram taxa de matrícula. Salário dos professores atrasa com frequência. Falta de incentivo à cultura tradicional na escola. Saída das aldeias para os estudos. Falta de opções de esporte (tradicionais ou não) e lazer, de incentivo e apoio ao esporte.

quadro 18

Em relação a território e meio ambiente, surgiram várias questões. É interessante como a questão do território na região Norte, que é toda ali a região no Amazonas, não é um problema tão grave quanto é no Sul e no Sudeste, onde as terras são muito menores. (*Quadro 18*)

No Centro-Oeste, as terras também são de tamanho razoável, assim como no Nordeste. (*Quadros 19 e 20*) No Sul e Sudeste, a questão principal é quanto ao tamanho dos territórios, isso é um grande problema. Ao contrário, onde não há grandes problemas de território e a questão do meio ambiente é preocupante, é porque o meio ambiente está devastado, ou está ameaçado, ou as águas estão poluídas.





território e meio ambiente

norte

Necessidade de ampliação de terras indígenas. Invasão de peixeiros, caçadores, fazendeiros, coletores de açaí e garimpeiros. Invasão de peixeiros, caçadores, fazendeiros, coletores de açaí e garimpeiros. Turismo ilegal. Desmatamento próximo às aldeias. Bio-pirataria. Lixo na Terra indígena.

nordeste

Necessidade de terras demarcadas e garantidas. Fim do arrendamento das terras para a cana-de-açúcar. Mais agilidade nas demarcações de terra. Orientação e educação ambiental. Desestruturação do ambiente marinho. Queimadas, desmatamento, matança de animais. Faltam informações sobre a questão ambiental, tratamento do lixo e da água.

centro-oeste

Pressão e violência por parte dos fazendeiros em terras ainda não regularizadas. Preocupação de invasão das terras indígenas. Escassez e baixa qualidade de água na TI. Águas poluídas por agrotóxico. Depredação do meio ambiente. Poluição na área indígena. Na época da seca as queimadas prejudicam muito a qualidade do ar. Fazendas ao redor agravam ainda mais a degradação ambiental.

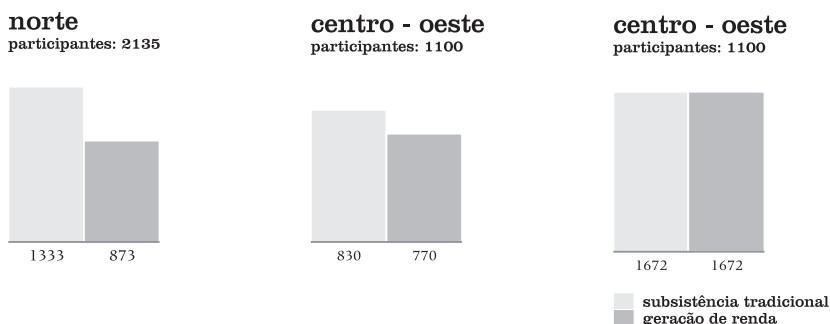
sul-sudeste

Dificuldade na regularização das terras. Escassez de terras. Recursos naturais prejudicados pela exploração irresponsável. Poluição dos rios, desmatamento, degradação causada por agrotóxicos. Rios assoreados devido à destruição da mata ciliar pelos não índios. Escassez de floresta e caça. Queimadas. Extinção de espécies animais e vegetais.



subsistência tradicional e geração de renda

(quadro 21)



Outro problema trazido por todos eles é o problema da renda. (Quadro 21) Talvez tenha sido esse o tema que mais nos surpreendeu, porque a educação não estava tão ligada nessa questão, mas hoje há uma grande necessidade de geração de renda. **(Quadro 22)** Ou seja, por mais que eles estejam em condições de reprodução dos seus meios tradicionais de sobrevivência, eles entendem que hoje é impossível viver sem algum dinheiro para comprar bens de consumo que já fazem parte da sua vida diária. E, para essa compra, como é que se faz dinheiro? Como é que se vai conseguir dinheiro para fazer essa troca?

Enfim, este levantamento trouxe resultados bastante interessantes, não só por termos levantados dados, conseguido traçar um perfil, mas pelo que podemos afirmar. Por exemplo, hoje podemos afirmar com toda certeza que a questão de álcool e drogas é um problema nacional. Não houve um encontro realizado no qual a questão do álcool e drogas não aparecesse.

Em alguns locais, nos preocupa a fragilidade das terras indígenas diante da pressão do tráfico. Muitas terras indígenas estão exatamente na rota do tráfico. Por exemplo, nas regiões de fronteira, como Tabatinga, que fica na tríplice fronteira (Brasil-Colômbia-Peru), estão os ticuna e é por onde entra a cocaína para distribuição internacional. No Centro-Oeste, na fronteira com o Paraguai, estão os kaiová e os terena e é por onde entra principalmente a maconha.

Diante da pressão exercida pelo tráfico, da necessidade de geração de renda e da falta de perspectiva de futuro vivida por esses jovens, a vulnerabilidade a que estão expostos é muito acentuada.



subsistência tradicional e geração de renda

norte

Faltam projetos de sustentação, incentivo à agricultura, transporte para o escoamento da produção. Faltam capacitação para o trabalho, ensino profissionalizante, emprego e renda nas aldeias. Dificuldade de acesso ao Ensino Superior torna escassos os quadros técnicos das comunidades os que têm formação técnica têm dificuldade em encontrar trabalho nas aldeias, pois somente são remunerados os “funcionários” públicos. Necessidade de projetos que estimulem atividades produtivas. Desemprego, subemprego e superexploração no trabalho (especialmente na extração da piaçaba).

nordeste

Faltam água para a agricultura, continuidade nos projetos implantados e perspectivas de subsistência. Destruição do meio ambiente prejudica os que vivem da pesca e da coleta de caranguejo; Terras insuficientes para subsistência. Desemprego. Trabalho infantil. Faltam qualificação profissional, recursos financeiros, emprego e renda, especialmente para os mais jovens.

centro-oeste

Os homens preferem trabalhar nas fazendas vizinhas do que nas roças. Terra insuficiente para a subsistência. Falta de acesso às novas tecnologias de produção, de cursos técnicos e profissionalizantes, emprego e fontes de renda.

sul-sudeste

Faltam terra, apoio técnico para a agricultura e matéria prima para confecção de utensílios e artesanato. Faltam dinheiro, local e materiais para produção do artesanato, capacitação para o trabalho, apoio técnico para a agricultura locais para venda do artesanato. Dificuldade de acesso a cursos de informática, a oportunidade de trabalho e renda. Ausência de cursos técnicos e profissionalizantes

quadro 22

Já temos alguns casos de jovens que se envolveram com o tráfico, principalmente na distribuição de pequenas quantias de droga como fonte de geração de renda fácil.



plano plurianual 2008-2011

programa proteção e promoção dos povos indígenas

Ação: Fomento e Valorização dos Processos Educativos dos Povos Indígenas

Sub-ação: Atendimento aos Adolescentes e Jovens Indígenas Dentro de suas Aldeias

Esta atividade tem por objetivo assegurar a participação das comunidades juntamente com os adolescentes e jovens indígenas na formulação, implementação e acompanhamento de propostas de políticas públicas complementares à escola.

A partir do levantamento de opinião e do acompanhamento às questões relativas aos direitos e responsabilidades sociais básicas, gerar propostas e indicadores sociais para elaboração de políticas públicas.

quadro 23

O levantamento aqui apresentado é importante como ponto de partida para discussões e propostas de trabalho. **(Quadro 23)** Este trabalho da Educação tem orientado nossas discussões e a parceria no trabalho com os profissionais dos Direitos Humanos. Hoje, o setor de Educação está trabalhando em um Estatuto da Criança e do Adolescente comentado por juristas e antropólogos, que tem por objetivo nortear o trabalho de conselheiros tutelares e introduzir esta discussão também em outros setores do direito.

É necessário reconhecer a cultura diferenciada dos povos indígenas e, a partir desse reconhecimento, estabelecer parâmetros diferenciados. Caso contrário, em nome dos Direitos Humanos Universais, violamos a ordem e a segurança tradicional das comunidades, pondo em risco as crianças e adolescentes indígenas.

Produzimos alguns folders falando dessa parceria com os Direitos Humanos, porque com esses dados podemos perceber que de fato os direitos dos povos indígenas não estão garantidos adequadamente. Estão muito longe de estarem garantidos. Inclusive no setor de apoio, são várias as lacunas, especialmente a falta de profissionais.

Por exemplo, no caso do alcoolismo ou da desestruturação familiar que várias comunidades apresentam, quando buscam apoio realmente técnico, contam com apoio dos serviços das prefeituras que normalmente não têm técnicos especializados e nem preparados para trabalhar com os povos indígenas. Portanto, colóquios deste tipo são de suma importância, pois favorecem a



aproximação da Psicologia dos temas e questões relativas aos povos indígenas. Esperamos que esta apresentação motive o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área e que venha contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas.



o encontro transdisciplinar das ciências com a realidade dos povos indígenas

Ubiratan D'Ambrosio

Professor emérito da Unicamp, professor do curso de Pós-Graduação em Educação Matemática da Uniban de São Paulo, professor credenciado dos Programas de Pós-Graduação em História da Ciência da PUC-SP, em Educação da Faculdade de Educação da USP e em Educação Matemática do Instituto de Geociências e Ciências Exatas da Unesp, campus de Rio Claro.

Estou muito feliz de estar aqui e muito honrado com o convite do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo para falar neste evento, que eu considero extremamente importante e que vem ao encontro daquilo que tem me preocupado e tem determinado a minha atividade nesses últimos 50, 60 anos.

Eu sou matemático de formação, mas logo no início comecei a me interessar pela história e filosofia das Ciências e da Matemática. E o que eu sabia disso? Sabia tudo o que me foi ensinado nas escolas e que vinha das culturas em torno do Mediterrâneo.

Matemática e Ciência são conhecimentos que se originaram com os egípcios, depois os babilônios, os judeus, os gregos, os romanos. E, por meio de um processo de conquista, esses conhecimentos se espalharam por toda a Europa.

Eu comecei a entender que, para conhecer alguma coisa de História e Filosofia das Ciências e da Matemática, era muito importante entender o que se passava com a religião, com a arte, principalmente, o que se passava com o mecanismo de poder, com a política.

Obviamente, o poder é uma coisa que se desenvolve em circunstâncias muito diversas, mas é sempre um grupo quem cria o poder. Em casa, nós notamos isso; nas escolas, nós notamos; nas comunidades; nos países. Um grupo entra no poder e tudo faz para se manter nesse poder.



O que a História me ensinou é que não é possível entender o que é o conhecimento científico, o que é o conhecimento matemático se não estivermos com atenção às estratégias muito sutis do poder para manter-se no poder.

Fui entendendo isso no contexto da história dos povos mediterrâneos, na sucessão egípcio, babilônio, judeu... A implantação das religiões é sempre com a intenção explícita de manter o poder de um grupo, dos gregos, dos romanos e, daí, a plena expansão do Islamismo. Sempre quem tem o poder quer manter o poder.

Povos que são colhidos nesse processo, nessa dinâmica, são subordinados, e a subordinação se dá, sobretudo, nos sistemas de conhecimento. E eu compreendi que se é para entender a história das Ciências e da Matemática, é necessário uma postura transdisciplinar, entendendo religião, entendendo hábitos, entendendo políticas e tudo isso.

Mas aí eu estou falando dos povos que, a partir daquele miolo do Mediterrâneo, passaram a dominar o mundo todo e o resto da humanidade. O que estaria acontecendo quando Pitágoras, Euclides ou Arquimedes floresciam lá na Grécia? Puxa, será que não há Euclides na Amazônia, será que não há um Euclides no meio da África? Será que eles não produziram conhecimento equivalente? É óbvio que eles produziram.

Tanto eles produziram que os episódios da conquista de 1500, 1600 foram altamente vantajosos para os conquistadores e se foram altamente vantajosos é porque eles tinham o que conquistar. Aquilo que foi altamente vantajoso foi aquilo construído pelos povos subjugados.

Eu percebi que se eu queria entender o conhecimento, queria entender a natureza humana, seria importante também não só ser transdisciplinar, mas ser transcultural. Daí, eu comecei a publicar, a teorizar, a fazer... Eu sou acadêmico e minha fala sobre a história e a filosofia das Ciências será academicamente transdisciplinar e transcultural.

Claro que para fazer isso, quando se quer falar sobre a ciência dos gregos, dos franceses, dos ingleses, vai-se a qualquer biblioteca e pegam-se os trabalhos que eles publicaram. Mas as culturas que não têm a tradição escrita? Onde vamos pegar essa informação toda? Aí, eu comecei a viajar.

Viajei muito, passei muito tempo na África, passei muito tempo em toda a América Latina, muito tempo aqui no Brasil, nos Estados Unidos, nas comunidades tradicionais indígenas, no Canadá, e passei um pouco na Ásia, no Pacífico, Índia, Japão, China.

O que deu para perceber é que, para os povos que não tiveram a tradição escrita, a tradição deles está na oralidade, está nos costumes, está nos



monumentos. Monumentos que foram feitos há muitos anos. Claro, você vai para os Andes, você encontra monumentos de pedra que continuam falando da cultura e das tradições. Então, a leitura que você faz sobre os monumentos de pedra é facilitada. A grande dificuldade é a leitura que você tem que fazer sobre monumentos que, com certeza, estiveram presentes, mas se dissolveram porque não eram feitos em pedra. Que leitura se faz?

Aí, foi necessário procurar entender as tradições. As tradições você encontra na oralidade, e essa oralidade é aquela que fala dos mitos, das raízes, e se um povo não for capaz de levantar as suas raízes, ele é vulnerável. Eu gosto desta imagem: um povo sem raízes é como uma árvore. Às vezes é uma árvore bonita, frondosa, pode até produzir frutos bonitos, mas se ela não tiver as raízes profundas, no primeiro vento ela cai.

Então, pode ser muito ilusório o rumo das coisas que se consegue, se não tivermos consciência, conhecimento das raízes mais profundas. Dificilmente uma comunidade será forte se não conhecer suas raízes e esse acabou sendo o grande motivador do meu trabalho.

O que eu faço é nessa direção, procurando entender o ser humano, procurando entender a nossa espécie como uma espécie que evoluiu, criou a sua história, diferentemente em diferentes regiões do mundo. Por isso que nós somos fisicamente diferentes, por isso que nós temos comportamentos diferentes, porque tudo isso resulta de como nós estamos inseridos naquela realidade.

É claro, eu comecei a trabalhar com alguns dos povos que estão lá perto do Círculo Polar Ártico, chamados esquimós, e naquelas culturas, nós vemos, por seis meses, tudo escuro... São seres humanos como nós, mesmo sistema visual, o mesmo relógio biológico, dura o mesmo tempo, exige o mesmo tempo para fazer a digestão, para se alimentar, a mesma coisa, mas durante seis meses só se vê escuro, durante seis meses só se vê claro.

Na semana que eu passei lá não vi sol durante dias. Perguntei-me como é possível viver sem ver o sol? Depois eu voltei para esse local em uma outra época do ano, e durante uma semana não vi escuro. Sol continuado por vários dias. Como é que dá para você dormir, tem que fechar tudo, porque eu não via escuro.

Chega meia-noite é tudo tão claro quanto meio-dia, como que esses povos desenvolveram a sua percepção de tempo? O que significa para eles um dia? Como que esses povos desenvolveram a sua percepção de natureza? Como esses povos desenvolveram a sua ciência de alimentação para que seja uma alimentação saudável? Como esses povos desenvolveram a capacidade de manter aquilo que é necessário para a sua sobrevivência? Não vão matar todas as focas, que é necessário para a sobrevivência, apesar de que a pele



delas pode ser muito boa para aquecer, mas você tem que ter esse equilíbrio. Esse equilíbrio é a sabedoria do conhecimento e da ciência originada por esse povo.

Depois fiz uma análise semelhante aqui na região Amazônica. Falo em Amazonas incluindo Colômbia e todos esses países da floresta. Quando eu falo em Amazônia é tudo isso. Esses povos sabem que todo dia tem a mesma duração, que a noite tem a mesma duração. A percepção que eles têm da natureza, do que é o céu, do que é o cosmos, é completamente diferente da percepção de natureza, do que é o céu, do que é o cosmos, daquela dos povos para os quais há seis meses escuro, seis meses claro.

Dessas percepções vêm as primeiras buscas de uma mitologia. A primeira busca de seres superiores responsáveis por tudo se dá olhando para o céu, por isso que todo mundo diz paraíso, onde está o paraíso? “Ah, quando morrer vai para o céu”, todo mundo fala a mesma coisa, todas as culturas têm essa ideia de que algo mais acontece, é a visão cósmica, algo mais acontece lá por cima, mas cada um tem essa visão de forma diferente.

A recuperação dessa visão é alguma coisa extremamente importante, e nós sabemos a importância em todo o nosso discurso de influência ocidental, a partir lá do Mediterrâneo. Todas as nossas ações, todas as nossas atividades, todos os nossos momentos de funcionamento de sociedade, da economia, dependem de um calendário que teve origem na bacia do Mediterrâneo.

Nós inventamos que tem um horário de trabalho, um horário de lazer, nós inventamos que tem dias de trabalho, dias de lazer, dias... Nós dependemos desse calendário, não só por causa disso, mas também porque nós sabemos que podemos plantar em certas épocas do ano. Eu tenho uma folhinha, eu gosto muito de ver a folhinha. Quando entra num mês, lê-se “Época de plantio disso”, “plantio daquilo”, “época de colheita disso”, “colheita daquilo”, e me digo “que sabedoria, como eles entendem do calendário”. Mas cabe a pergunta: “e os outros povos, como entendem isso?”

O que é época de plantio se você não tem um calendário para dizer: “agora é primavera, agora é verão, deve plantar isso, colher aquilo”. Será que o calendário que nós conhecemos e adotamos, que todo mundo adota, o calendário gregoriano que saiu lá do Mediterrâneo, será que esse é absoluto? Esse foi um dos projetos mais desafiadores que meu orientando em doutorado, o Valmir Cardoso, criou. Ele estudou o que seria o conceito de calendário entre os povos, como o povo da Amazônia.

Aí se vê que o céu deles é interpretado de outro modo, eles têm outras constelações, e, ao recuperar esse conhecimento é que nós estamos mostrando



o respeito ao conhecimento, às tradições desses povos, e é esse respeito que é responsável por raízes.

A minha atividade acadêmica, a minha pesquisa, hoje eu não consigo mais viajar para lugares distantes, mas felizmente tenho muitos alunos que vão e fazem a pesquisa de campo, a minha grande atividade tem sido na busca destas raízes, sobretudo no que se refere ao conhecimento transdisciplinar. Quando se fala em Ciências está se falando em religião, está se falando em Matemática, está se falando em Arte, está se falando em tudo, porque o conhecimento é transdisciplinar.

Nós não podemos viver engaiolados e tentando dizer: “Agora vamos ensinar Matemática, tocou o sinal, agora muda de aula, agora vai ser aula de Português, mudou, agora vamos para a aula de História”. Não é possível, tudo está mesclado, e é nessa mescla que podemos pensar em construir um sistema educacional, que leva em conta transdisciplinaridade e transculturalidade.

A minha principal atividade, nesse momento, no que se refere ao tema principal daqui, que são povos indígenas, é na educação e formação de professores, licenciatura de indígenas. Eu tenho trabalhado com um grupo de licenciatura indígena da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, e com um grupo de licenciatura indígena da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Qual é o ponto principal daí? É fazer com que a voz dos professores, dos licenciandos, seja uma voz forte. Quer dizer, o licenciando que chega para fazer o curso, ele chega com 18, 20 anos mais ou menos, chega para fazer um curso de licenciatura. Ele traz a confiança de toda aldeia, ele é escolhido e mandado pela aldeia, então ele traz a confiança, portanto, ele tem a condição de liderança já.

Essa condição de liderança implica em muito conhecimento, ele conhece muito, talvez não conheça tanto, alguns têm até dificuldade com a língua portuguesa, mas dominam a língua deles. Ora, a língua portuguesa é importante. Mas por que é importante? Porque permite comunicar-se com mais gente. Mas igualmente a língua materna é importantíssima, por quê? Porque é ali que estão as principais raízes emocionais, sentimentais. Portanto, ao ensinar uma língua não se despreza a outra.

Ao ensinar Português, claro, inclui-se gramática e literatura, mas ao mesmo tempo tenta-se recuperar a língua nativa.

Eu fui sempre encarregado de dar as aulas de História e Filosofia da Ciência, e essa História de Filosofia da Ciência inclui falar da história da Matemática, História da Física, mas essa história não é absoluta, essa é a história do dominante. É fundamental dar atenção à história do dominado.



Este também é um grande esforço que temos, porque nós temos poucos elementos, nós devemos construir esses elementos para poder falar, não só da história dominante ou das práticas do dominante, mas também daquelas do dominado. E, aí, nós necessitamos de intelectuais indígenas que colaborem com a gente. É um processo de aprendizado que toca no fundo, busca novas metodologias.

Eu acho que uma medida fundamental em todo esse nosso esforço é dar muita atenção a essa intelectualidade indígena latente, que está ali, e que precisa se manifestar e que precisa ser ouvida. Aí nesse momento é que eu acho que virão grandes ideias para construirmos outra civilização.

Agora, não falo do Brasil, eu trabalho com pessoal da África e das ilhas do Pacífico, nós temos que construir uma outra civilização, não é apenas fazer com que os benefícios, os progressos da civilização atual se ampliem a outros povos, não é só isso. Ao mesmo tempo tem que ser a busca de algo comum, sustentável, o que implica talvez em uma redução de tudo o que temos e que se considera como nosso benefício.

É muito difícil chegarmos a isto, a essa sabedoria do equilíbrio das coisas que podemos continuar a ter como benéfica, e trazer elementos que foram excluídos do nosso pensar, sobretudo no tratamento com a natureza, sobretudo no respeito aos processos naturais. Se nós não conseguirmos esse equilíbrio, não há muito futuro para a humanidade, e todos serão levados, tragados por essa falta de elementos básicos para a nossa sobrevivência.

Saí um pouco do planejamento dessa minha palestra, eu preparei uma coleção de 30 slides, ficarão todos, é propriedade de vocês, pois, quando eu preparo uma palestra, essa é propriedade de quem me convidou e me deu a honra de vir me ouvir. Então os slides são todos de vocês. Eu quero só provocar para que depois vocês se interessem a olhar o restante. O primeiro, por favor.

Entendo PSICOLOGIA como a análise dos estados e processos mentais do ser humano e de suas interações com o ambiente natural, social e cultural, na busca contínua da satisfação do PULSÃO DE SOBREVIVÊNCIA e do PULSÃO DE TRANSCENDÊNCIA

Eu não sou psicólogo, respeito, admiro, sei que é coisa que vem de muito tempo, encontramos na literatura dos gregos, há referências a isso, é uma preocupação de todo mundo, que é saber quais são os nossos processos mentais, os estados mentais do ser humano e como interagimos por esses processos com o ambiente natural, social e cultural, e com que objetivos.

Na busca da satisfação de dois pulsões, eu uso pulsão inspirado pela palavra usada pelo Freud. Nós temos pulsão de sobrevivência, todos nós queremos



sobreviver, e temos um pulsão de transcendência, todos nós queremos ir além da sobrevivência. E juntos, o pulsão de sobrevivência e o pulsão de transcendência, nos levam a perguntar o que significa a vida.

O que é sobrevivência?

É o conjunto de estratégias para satisfazer as necessidades materiais para se manter vivo e dar continuidade à espécie.

O que é transcendência?

É ir além das necessidades materiais, do aqui e agora.

É manter-se vivo com dignidade.

Então, vejam, a ideia de manter-se vivo com dignidade não é a pura satisfação das necessidades materiais, nós temos que pensar na satisfação das necessidades espirituais também. Nós temos que pensar de que maneira eu me vejo inserido em uma realidade maior.

A satisfação do pulsão de sobrevivência está inscrita no código genético.

A satisfação do pulsão de transcendência resulta de historicidade e cultura, procurando entender e explicar o passado e projetando o futuro.

A CONDIÇÃO HUMANA significa a satisfação de ambos os pulsões.

A satisfação do pulsão de sobrevivência está escrita no código genético, todos nós tentamos sobreviver porque é parte do código genético de ser vivo. A satisfação do pulsão de transcendência resulta de historicidade e cultura, procurando entender e explicar o passado e projetando o futuro.

Então, essa busca de encontrar as raízes, de buscar o passado, é própria do ser humano. Todos querem saber de onde eles vêm, quais são as suas origens, quais são as suas bases, e todo mundo quer saber para onde vai, qual é o futuro, o que resta, quando você morre, o que se passa? Quando você nasce? Como você surgiu?

Essa busca, isso é o primeiro passo em direção à busca de conhecimento, procuramos entender e explicar o passado e projetar o futuro, a condição humana significa satisfação de ambas as funções.

O pulsão de sobrevivência

Presente em todas as espécies animais, implica a busca, pelo indivíduo, da sua própria sobrevivência e da sobrevivência da espécie.

Esse pulsão é, muitas vezes, identificado como INSTINTO.



A espécie humana

O ser humano, como todo animal, busca satisfazer o PULSÃO DE SOBREVIVÊNCIA. Mas, nessa, busca subordinar o INSTINTO à VONTADE.

A subordinação do instinto (que se dá no aqui e agora) leva o ser humano a, por sua vontade, transcender o aqui e agora, buscando, assim, satisfazer também o PULSÃO DE TRANSCENDÊNCIA.

Elementos básicos na minha reflexão sobre a condição humana

- REALIDADE no sentido amplo;
- INDIVÍDUO na concepção biológica;
- AÇÃO de cada indivíduo como seu comportamento e seu conhecimento.

É necessário que esses três elementos sejam analisados como um todo, intimamente integrados, reconhecendo que, isoladamente, não permitem entender a condição humana.

ISSO EXIGE UM NOVO PENSAR, UMA VISÃO TRANSDISCIPLINAR.

Então, a ideia é entender a condição humana como uma busca contínua da satisfação das pulsões de sobrevivência e de transcendência que são percebidas por cada indivíduo. Não bastam aquelas explicações que damos aí, “é isso, é aquilo”, senão você teria, por exemplo, uma hegemonia religiosa, que explica tudo e você fica tranquilo: “– Bom, eu sei”. Eu sei como a espécie humana foi criada, eu sei o que vai acontecer com a gente. Isso leva aos fundamentalismos, um grande perigo que estamos vivendo hoje é a questão dos fundamentalismos.

Nós temos que nos dedicar a uma busca permanente, de cada indivíduo procurar refletir sobre o seu momento de buscar sobrevivência e de buscar transcendência. Então, nós precisamos entender o que é o fenômeno da vida, o que significa sobreviver?

Daí, entra a necessidade de estudos de natureza biológica, do ser humano, o que significa sobreviver? É a satisfação de alguns princípios fisiológicos básicos. O que é a sobrevivência da espécie? É a capacidade de cruzar, macho e fêmea cruzam e dão continuidade à espécie.

Entender esse processo, entender a natureza e a necessidade da sobrevivência são fundamentais, quer dizer, não dá para filosofar se estivermos mortos, tem que estar alimentado. Por isso é absolutamente necessário que tenhamos condições para sobreviver, entenda o que é sobrevivência, mas ao mesmo tempo não basta sobreviver. Qualquer animal sobrevive, mas quando colocamos o animal na jaula, como é que ele sobrevive?



Ele não precisa procurar alimento, é dado para ele um prato com alimento, ele não conseguiu a sua sobrevivência pela sua ação, pela sua atividade, ele é reduzido à condição de ficar na jaula.

Essa busca da sobrevivência está incluída em algo muito maior que é saber o significado da sua vida e que você luta por ela. Isso é o que eu chamo de dignidade. Uma vez na UNESCO saiu um dito muito comum, que se utilizava muito: “Não dê o peixe, mas ensine a pescar”, porque, ao dar o peixe, você satisfaz a sobrevivência; ao ensinar a pescar, você está fazendo com que o indivíduo sobreviva por sua ação, e essa é a dignidade humana.

Eu acho que entender essa relação entre os pulsões de sobrevivência e de transcendência é fundamental, e nós temos que saber o que é necessário para nossa sobrevivência, saber que nós precisamos de ar, de alimentação, precisamos de uma série de coisas.

Essas coisas são as coisas que nosso organismo, por meio do mecanismo genético, por exemplo, pede. Muitas vezes aquilo que é importante para sobrevivência de um indivíduo, de uma certa cultura, para sobrevivência física, sobrevivência material do indivíduo, em uma outra cultura não é.

Muitas outras o outro, pelo condicionamento de gerações, mais gerações e mais gerações, exige um tipo de alimento e não adianta você chegar ali com o alimento que você fez e entregar. Esse alimento tem que ser feito de acordo com aquilo que veio da história, das tradições.

Essa é uma das grandes dificuldades que temos em problemas de natureza assistencial. Não se trata só de assistir e dar as condições para sobreviver, mas se trata de permitir, de facilitar, de apoiar a sobrevivência que esteja ligada às raízes, que é o que eu chamo de transcendência, é sobreviver com dignidade.

Muitas vezes ingerir um alimento exige, prévio a isto, uma oração. Muitas vezes você ingere um alimento e, claro, alguns são explícitos, todos sentam à mesa, fazem a reza; outros não são explícitos, mas, na hora de ingerir o alimento, há uma reflexão, há um componente de espiritualidade que diz como aquele alimento é parte do ser total, integral, que sobrevive e transcende, vai além da simples vida que está se mantendo.

Isto tem que ser considerado, eu acredito que esse tipo de reflexão remete novamente àquela minha fala inicial, a busca de conhecimento, a busca de entender a cultura, entender as raízes culturais, tudo aquilo que está na base do que eu conheço hoje na minha tradição, a busca disso é que dá significado a tudo aquilo que consideramos essencial para sobrevivermos.

Alimentação não é simplesmente uma fórmula que me produz um pedaço de coisa que me alimenta, vitamina disso, vitamina daquilo, proteína disso,



proteína daquilo, e que está num pacotinho de alimento. Isso é o que os astronautas levam lá para cima e sobrevivem durante bastante tempo.

É muito mais do que isso. A alimentação saudável é responsável pelo ser humano na sua plenitude, portanto, tem que estar ligada a raízes, tem que ter significado cultural, tem que carregar com ela a dignidade de “eu sou o que sou porque eu tenho minhas raízes”.

Eu acho que, talvez, em todas as nossas ações com relação à causa indígena – e acho extremamente louváveis estas ações, são importantes –, além do material que tem que ser cuidado, incluir esse componente de recuperação de valores, recuperação de raízes culturais. E, com isso, elevar a capacidade de atingir plenamente o seu pulsão de transcendência, que é o responsável pela criatividade, que é responsável para buscar o novo, que é responsável para propor uma nova ordem mundial, porque senão esse planeta não tem futuro. Eu acho que nós precisamos incluir tudo isso nas nossas ações.

Nos cursos que tenho dado, isso aparece na forma de história e filosofia do conhecimento, mas há muitas outras formas de se fazer isso. A recuperação do respeito pela língua é fundamental, e, assim, as línguas, costumes, alimentação, medicina, tudo isso eu acho extremamente importante que seja cuidado para esse processo ajude a construir uma humanidade em que ser humano é ser humano, independentemente da classificação que ele tenha de raça, de cor, de sexo, e de outros fatores de diferença. Paradoxalmente, somos todos diferentes, mas somos todos iguais.

Nós todos somos seres humanos, e, como seres humanos, todos iguais, todos necessitando de respeito pelo outro, todos buscando com solidariedade a sobrevivência e a transcendência, e todos cooperando. Essa é a minha visão de possibilidade de futuro, esse é o mundo que eu gostaria de ter para minhas netas e bisnetas viverem. Muito obrigado pela atenção.

A seguir disponibilizo a apresentação, sem comentários, dos slides que preparei para esta palestra, levantando pontos para prosseguir nessas reflexões.

O que é o homem?

Refiro-me a homem na concepção biológica, como “mamífero da ordem dos primatas, único representante vivente do gênero *Homo*, da sp. *Homo sapiens*, caracterizado por ter cérebro volumoso, posição ereta, mãos preênseis, inteligência dotada da faculdade de abstração e generalização, e capacidade para produzir linguagem articulada” (Houaiss).



No enfoque transdisciplinar, o homem se vê como
 uma realidade individual;
 uma realidade social;
 uma realidade natural/planetária;
 uma realidade cósmica.

Universo ou cosmo

É tudo que resulta de um “*fiat lux*” ou de um “*big-bang*” ou de outras explicações para o começo, todas fundamentalmente equivalentes, existentes em várias culturas.

Uma questão maior: e antes do começo?

Todas as explicações da criação incluem o fenômeno VIDA, que implica o PULSÃO DE SOBREVIVÊNCIA (instinto), mas todas as explicações privilegiam a ESPÉCIE HUMANA como indo além do pulsão de sobrevivência, pois o homem subordina seu instinto à sua VONTADE, a suas preferências e escolhas.
 LIVRE ARBÍTRIO?

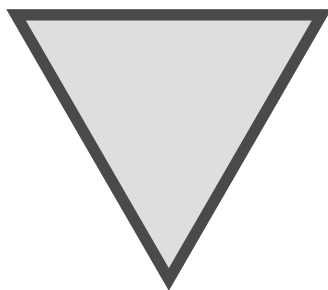
Ponto de partida: vida. Origem da vida?

VIDA é um fato que se realiza pela existência solidária de seis elementos: o indivíduo, um outro indivíduo, a natureza (no sentido amplo, cósmico) e as relações entre esses três.

Metaforicamente, é como um triângulo, que eu chamo TRIÂNGULO PRIMORDIAL.

indivíduo

natureza



outro(s) | sociedade

Triângulo Primordial da Vida



As relações [lados] resultam de princípios da fisiologia [alimentação, cruzamento...] e da ecologia.

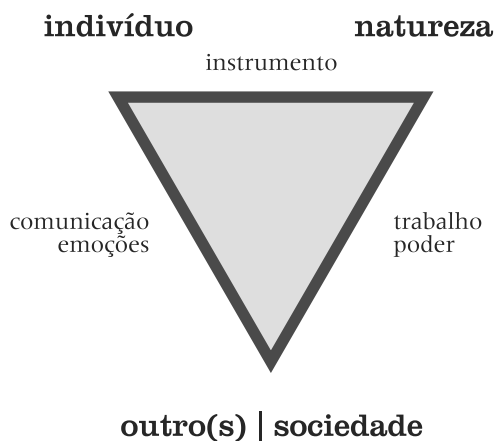
O TRIÂNGULO PRIMORDIAL sintetiza o fato de o INDIVÍDUO depender da NATUREZA para sua SOBREVIVÊNCIA e DO OUTRO para a SOBREVIVÊNCIA DA ESPÉCIE.

Essas dependências são resolvidas pelos códigos genéticos, fisiologia e ecologia.

A resposta aos estímulos da realidade ampla, na busca de sobrevivência (= subordinação ao triângulo primordial), juntamente com a busca de transcendência, necessita estratégias específicas.

O ser humano exerce sua VONTADE nas relações (lados) do triângulo primordial, criando MEDIADORES nessas relações.

Os mediadores tornam mais complexo o conceito de triângulo primordial.



Triângulo Primordial da Vida Ampliado

As relações [lados] agora incluem as mediações.

Questão maior

Explicar os pulsões básicos de SOBREVIVÊNCIA e de TRANSCENDÊNCIA e o ser humano como agente (VONTADE) na ativação do triângulo primordial ampliado para a satisfação desses pulsões.



Os sistemas de comportamento e de conhecimento resultam das tentativas de explicar os pulsões básicos da existência humana e a VONTADE que alimenta a busca de SOBREVIVÊNCIA e de TRANSCENDÊNCIA.

NA BUSCA DA SOBREVIVÊNCIA, desenvolvem-se os meios de lidar com o ambiente mais imediato, que fornece o ar, a água, os alimentos, o outro, e tudo o que é necessário para a sobrevivência do indivíduo e da espécie. São as maneiras e estilos de COMPORTAMENTO e o CONHECIMENTO individual e coletivo, o que inclui COMUNICAÇÃO e, na espécie humana, TÉCNICAS e LINGUAGEM.

NA BUSCA DA TRANSCENDÊNCIA, as espécies *homo* desenvolvem a percepção de passado, presente e futuro, e meios para explicar o seu encadeamento e os fatos e fenômenos. Esses meios são as *technés* [ARTES e TÉCNICAS], que evoluem como MEMÓRIA, individual e coletiva, representações do real [MODELOS], elaborações sobre essas representações [IMAGENS], sistemas de explicações sobre as origens e a criação [MITOS e MISTÉRIOS] e tentativas de saber o futuro [ARTES DIVINATÓRIAS].

Na memória, nos mitos e nos mistérios estão a HISTÓRIA e as TRADIÇÕES, que incluem as RELIGIÕES e os SISTEMAS DE VALORES. Dos modelos resultam as (*etno*)MATEMÁTICAS e a resposta aos mitos e mistérios se associam às imagens e se organizam como ARTES, dentre as quais as ARTES DIVINATÓRIAS, que dão origem a SISTEMAS DE EXPLICAÇÕES e de CONHECIMENTOS, como a astrologia, os oráculos, a lógica, o *I Ching*, a numerologia e as CIÊNCIAS, em geral, por meio das quais se procura antecipar o que pode acontecer.

Como em qualquer espécie animal, instinto ⇒ sobrevivência.

Como em nenhuma outra espécie, futuro ⇒ explicações

⇒ religiões

⇒ artes divinatórias

⇒ ciências ⇒ invenções.

A vontade se exerce mediante
consciência [reconhecer-se],
conhecimento e
comportamento.

Todos em relação “simbiótica”, isto é, toda ação é subordinada à vontade e depende de consciência + comportamento + conhecimento.

O programa de pesquisa transdisciplinar

Entender a natureza humana é entender os seis elementos do triângulo primordial mais as cinco intermediações, e mais o ponto de partida, isto é,



o fenômeno vida: sobrevivência,
a essência da especificidade da espécie humana: transcendência, e
a ligação entre ambos: vontade.

Referências:

Ubiratan D'Ambrosio: *Transdisciplinaridade*. Palas Athena, São Paulo, 1997; 174 páginas.

_____: *A Era da Consciência*. Fundação Peirópolis, São Paulo, 1997; 53 páginas.

_____: *Educação para uma Sociedade em Transição*. Papirus, Campinas, 1999; 167 pp.

<http://vello.sites.uol.com.br/ubi.htm>

<http://jahve.kult.lu.se:80/latinam/UVLA/UVLA1.HTM>





aproximações da psicologia

reflexões sobre comunidades indígenas do centro-oeste brasileiro

Sonia Grubits

Pesquisadora, professora e coordenadora do programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (MS); doutorado em Paris – Sorbonne; doutorado e pós-doutorado na Unicamp, mestrado em Psicologia Social na PUC-SP, graduação em Psicologia na PUC-RJ e em Comunicações na UFRJ. Pesquisa a questão indígena de grupos de MT e MS desde 1990, com livros e artigos publicados sobre o assunto no Brasil, Argentina, México, Canadá e França; atua no Centro de Pesquisas em Alimentação e Desenvolvimento Humano, em Sonora, México.

Introdução

Analizamos dois grupos indígenas do centro-oeste brasileiro: bororo, guarani/kaiowá, kadiwéu e terena, utilizando a produção de desenhos e modelagem, entre outras técnicas, que forneceram um riquíssimo material de estudo para entendermos as semelhanças e diferenças entre essas populações, assim como entre cada uma delas e a sociedade nacional.

A Semiótica nos forneceu uma forma de análise do comportamento das referidas populações indígenas brasileiras, mais adequada às peculiaridades culturais, estrutura social e familiar das mesmas, muitas vezes diversas das sociedades modernas ocidentais.

Atualmente realizamos pesquisas com a comunidade terena, já com resultados preliminares e, dando continuidade aos trabalhos com os bororo, guarani/kaiowá e kadiwéu, desenvolvemos uma proposta de retorno às duas últimas para discussão dos resultados com grupos de líderes, professores e mulheres, entre outros.

Psicossemiótica

Os guarani/kaiowá e kadiwéu, de origens étnica e cultural heterogêneas, estão em contato contínuo com a sociedade nacional, mas mantêm um sentimento forte de Identidade própria. Os kadiwéu, em comparação com outros grupos indígenas, conseguem manter na sua produção um estilo e uma marca



reconhecida no contexto nacional e internacional, porém ambos os grupos em questão têm ou tiveram na arte uma manifestação privilegiada, uma maneira de comunicação e significação envolvendo a estrutura social, a cosmologia, a natureza e as relações inter e intragrupais.

Lévi-Strauss (1955) analisa a arte como sistema de signos, possuindo uma certa estabilidade, tradição, permitindo, como no caso da linguagem, a comunicação. A arte, tipo de signos envolvendo uma relação material entre significante e significado, é apreendida, inteligível por meio da experiência sensível, numa relação entre certas formas recorrentes e um tipo de estrutura social, sem ter que recorrer à história.

No capítulo “Uma sociedade indígena e seu estilo”, consagrado aos Caduveo¹, em *Tristes trópicos*, Lévi-Strauss (1955) aponta para a importância de “mostrar de maneira específica como um tipo de sociedade se diz, ainda que de maneira invertida ou idealizada por meio de certas formas plásticas determinadas”.

Estudamos populações indígenas, em especial Identidade, em trabalhos de expressão artística infantis. Utilizamos diferentes técnicas, já apresentadas e analisadas por Grubits e Darrault-Harris, em 2001, na obra *Psicossemiótica na Construção da Identidade Infantil: um estudo da produção artística de crianças guarani/kaioá*, assim como o embasamento teórico por meio da Psicossemiótica.

Na Semiótica aplicada à Psicologia, a Psicossemiótica, propusemos a passagem dos discursos construídos para discursos do mundo natural, mais especificamente a gestualidade acompanhando ou não a linguagem, a *proxémie*², produzindo a hipótese de que os modelos e processos-procedimentos construídos permitiram abordar o conhecimento humano concebido como produção discursiva.

No desenvolvimento das análises da produção de crianças indígenas, o sujeito colocado num universo de Destinatores, *hétéronome*³, analisamos o que viria progressivamente em direção a um status autônomo e na relação binária R (S, O)⁴. Nossas propostas de sessões com desenhos foram pertinentes à pesquisa na busca de Identidade de crianças num contexto de influências socioculturais muito diversas, por meio de atividades artísticas e expressivas, comprovada pelas conclusões na análise semiótica da produção artística de crianças guarani/kaioá (Grubits & Darrault-Harris, 2001).

¹ Grafia utilizada por Lévi-Strauss (1955) e Boggiani (1975) para kadiwéu.

² O termo *proxémie* não tem tradução para a língua portuguesa e de acordo com Greimas e Courtés (1993) é projeto da disciplina Semiótica que busca analisar as disposições dos sujeitos e dos objetos no espaço e mais particularmente, o uso que os sujeitos fazem do espaço (afim de significações). *Proxémie* faz parte da semiótica do espaço, mas também das Semióticas natural, teatral, discursivas, etc.

³ A palavra *hétéronome* não tem tradução para a língua portuguesa.

⁴ Relação sujeito, objeto.



No seu percurso, o sujeito pode estar numa posição de dependência ou *hétéronome* ou numa posição autônoma. No primeiro caso, com dever; no segundo, com poder e saber. No primeiro caso, reconhecemos uma Identidade atribuída; no segundo, uma Identidade desenvolvida pela individualização e independência.

O sujeito livre, senhor de ir ou não em direção a outro e autônomo, é ilustrado pela fórmula yps (querer, poder, saber), porém aparece, escapando a fórmula yps, o sujeito de direito que se apresenta, reatando seu presente ao passado, estabelecendo a aquisição de um objeto de valor precisamente determinado. O seguimento ternário, definido na visão sintagmática, é agora spy, o saber da Identidade.

Nossa proposta de análise da configuração da Identidade infantil de crianças indígenas baseou-se, portanto, nos referenciais teóricos da Semiótica não só pela forma de abordagem do material, como também pela experiência com o grupo guarani/kaiojá.

Assim, a análise semiótica dos trabalhos de expressão artística, contato com as famílias, nos permitiram entender o desenvolvimento e configuração da Identidade de crianças indígenas. Para a realização de nossas investigações, realizamos visitas à escola das reservas, para planejamento do trabalho, contato com professores e levantamento das fichas de informação das crianças selecionadas para a pesquisa. A escolha de referidas crianças foi feita por meio da análise dos desenhos de todo grupo na faixa de 7 a 9 anos, de acordo com as especificidades de cada cultura.

A pesquisa com o grupo guarani/kaiojá foi concluída em 2001, servindo de modelo para uma nova proposta com o grupo kadiwéu/terena em andamento, com resultados preliminares. Quanto aos bororo, além de todo trabalho de análise da Identidade de uma índia idosa, desenvolvido anteriormente e que nos permitiu os primeiros contatos com referida etnia, recolhemos o material de uma oficina de desenho realizada com as crianças de 7 a 9 anos da escola situada em Meruri, Mato Grosso.

Os guarani, bororo e kadiwéu

A extensão das diferenças entre as nações indígenas brasileiras é expressa por Viveiros de Castro (1986, p. 29) quando afirma: “(...) as sociedades gẽ⁵ e tupi-guarani⁶ parecem estar em oposição polar, ao longo de um continuum virtual das diversas formações socioculturais dos povos sul-americanos, para as mais variáveis que decidi – note-se bem – privilegiar em meu trabalho”.

⁵ O termo gẽ, de acordo com a obra “Tristes Tópicos” de Claude Lévi-Strauss (1955), aparece em autores brasileiros como Viveiros de Castro escrito como gẽ.

⁶ Os tupi-guarani, muitas vezes citados nesta obra, pertencem ao mesmo grupo que os guarani-kaiojá. Apesar de quase extintos, aparecem como referencial bibliográfico nos estudos desenvolvidos em torno do assunto.



O autor procura demonstrar as significativas diferenças entre os dois grupos, enfatizando a organização social e cosmologia. Para ele, em relação à organização social, nos gê-bororo podemos identificar o desenvolvimento máximo dos princípios de oposição complementar de categorias sociais e de valores cosmológicos. Para entendermos referido sistema, podemos nos deter na organização da sociedade bororo em aldeias formadas por um conjunto de choupanas, tradicionalmente dispostas em círculo, em torno da uma grande choupana central, a casa dos homens (*bai mana gejewu*).

Outro aspecto fundamental é que as conexões mágicas entre nomes e pessoas têm grande importância para o funcionamento da vida social bororo. De acordo com a atribuição de nomes em cerimônias especiais, os índios se posicionam na forma circular de acordo com um modelo ideal de aldeia e ordenam-se hierarquicamente. Os nomes integram, de uma maneira específica, o indivíduo na rede de distribuição de direitos e deveres sociais. Eles são associados a danças, cantos, funções cerimoniais, enfeites de penas, nomes pessoais e matérias-primas de maior ou menor qualidade, peso, idade, influência e beleza. Finalmente, nas sociedades como a gê, podemos identificar uma base comum com ênfase na corporalidade, por meio de um complexo de regras sexuais e alimentares que ordenam a vida social a partir da linguagem do corpo.

Por outro lado, os tupi-guarani, para Viveiros de Castro (1986), definiam-se num “vir-a-ser”, num tornar-se o outro, de forma diversa da pessoa gê-bororo, que subjugava a diferença à Identidade. Ainda segundo o autor, a dinâmica subjacente ao movimento em direção ao outro pode ser identificada na solução antropofágica dos tupi-guarani. A Identidade, segundo o autor, seria “antidialética”.

Os povos do grupo guarani/kaiowá, estudados no presente trabalho, apresentam uma inversão da representação tradicional da *sociedade primitiva*, feita pela Antropologia, como acontece com o grupo bororo, como um sistema fechado.

A cosmologia do grupo passa por conceitos básicos como deus, ser humano e inimigo. O que está fora da sociedade é que a ordena e orienta. O modelo cosmológico tupi-guarani configura-se a partir do sistema de alma, nome, morte, canibalismo e canto. Os tupi-guarani apresentam uma enorme flexibilidade sociológica, indiferenciação interna associada a um complexo de relações individualizadas com o mundo espiritual, ao contrário de outras sociedades, como as gê-bororo. Esta posição estratégica para a construção da *pessoa* gera aquilo que foi chamado por Viveiros de Castro (1986) de *individualismo*.

A concepção da alma humana é a chave do sistema religioso dos guarani e comanda a vida social desta sociedade. A predominância da religião e da relação



com a morte, subjacente na noção de alma ou na teoria da *pessoa*, constitui um ponto de apoio essencial para a compreensão das sociedades tupi-guarani.

Assim, a pessoa ocupa um espaço virtual entre a natureza e sobrenatureza, ou seja, um elemento paradoxal que conectaria e separaria, circulando como espaço vazio entre domínios e formas do extrasocial. “É neste sentido que a Pessoa tupi-guarani é um entre (um entre dois) e não um ente” (Viveiros de Castro, 1986, p. 104).

Outro aspecto relevante para o entendimento de sua peculiar cultura e organização social é que, apesar da extensa amplidão do território tupi-guarani, no passado, sempre existiu uma significativa homogeneidade linguística dos seus dialetos e de sua cosmologia.

Os bororo constituem atualmente um pequeno grupo, criam gado e desenvolvem uma pequena agricultura. Os guarani/kaiowá, reconhecidos pelo seu domínio de técnicas agrícolas, é um dos maiores grupos brasileiros, espalhados em pequenas reservas ao sul de Mato Grosso do Sul, com muitas dificuldades econômicas e sociais.

Quanto aos kadiwéu, um grupo menor, ocupam há mais de dois séculos uma área situada entre a Serra da Bodoquena, a leste, e o Paraguai a sudoeste, e ao sul do Pantanal Matogrossense, na parte oeste do Estado de Mato Grosso do Sul. Referida área é de difícil acesso. A língua kadiwéu é a única representante da família Guaicuru a leste do Rio Paraguai. As línguas da família guaicuru são faladas por povos tipicamente chaquenhos, habitantes do Chaco paraguaio e argentino. As afinidades entre vários dialetos dessa família são muito próximas, já sendo observadas pelos jesuítas no século XVII.

A questão das relações intertribais sempre foi significativa para o entendimento do funcionamento e dinamismo da sociedade kadiwéu, sendo o que justifica e estabelece a pauta dessas relações. O mito de criação e diferenciação da humanidade evidencia o caráter das relações intertribais assimétricas e contextualiza o surgimento dos *ekalai*, os não-índios, e define o comportamento dos kadiwéu, na condição de guerreiros. Siqueira Jr. (1987, p. 108) relata que versões e variantes mais recentes já acrescentam o tema território, como atributo diferenciador.

A literatura histórica existente sobre esse grupo destaca sua estrutura social, baseada numa organização estratificada em castas: os nobres ou senhores, os guerreiros e cativos. Esses últimos eram capturados durante as guerras intertribais e integrados na sociedade Guaicuru, recebendo determinadas atribuições. Atualmente, não existem mais as guerras intertribais e a captura de cativos, mas termos específicos são empregados para indicar relações de consanguinidade e afinidade, relações socialmente determinadas, como as que se estabelecem entre descendentes de senhores e cativos e entre padrinhos e afilhados adotados da população regional.



Os kadiwéu praticam ainda rituais de iniciação e relacionados à morte e ao luto, atividades rituais realizadas nas festas do Bate-Pau e do Bobo que, por sua vez, são realizadas principalmente no Dia do Índio e ocasionalmente em outras datas festivas. A Festa da Moça constitui-se no ritual de iniciação feminina, realizado quando a adolescente kadiwéu tem sua primeira menstruação.

Apesar da atividade xamanística ter perdido muito de sua importância na vida desse grupo, o reduzido número de *nidjienigi* (xamãs), também chamados padres, existentes atualmente na Reserva Indígena Kadiwéu, conservam um certo prestígio. Uma das principais atividades, a de curador, sofre a concorrência direta da assistência médica prestada pelos missionários evangélicos, ou da Fundação Nacional de Saúde, Funasa, sendo que os kadiwéu recorrem frequentemente às duas práticas.

A economia kadiwéu se organiza hoje principalmente em torno da obtenção dos recursos provenientes do arrendamento dos pastos, atividades agrícolas, de criação de gado bovino e equino e, em menor escala, de caça, pesca e coleta, além da realização de empreitadas e a venda da força de trabalho nas fazendas vizinhas à reserva e junto aos próprios arrendatários. Todas essas tarefas são basicamente masculinas, excetuando-se a coleta. As mulheres são as principais produtoras de artesanato para venda, gerando recursos razoáveis para economia familiar. Nossos estudos indicaram duas questões importantes para o estudo do grupo kadiwéu: as questões de gênero, principalmente nos aspectos referentes à divisão de trabalho, e a importância da arte, em especial os desenhos, os traçados abstratos, indicando a marca de cada grupo familiar, com a preservação das técnicas originais e naturais no preparo e elaboração das peças de cerâmica.

Desenhos Infantis e Cultura

Estudos de crianças guarani/kaioiwá, kadiwéu e bororo, neste trabalho, foram feitos com desenhos e pinturas selecionados entre as crianças que participaram de sessões de atividades artísticas ou oficinas de desenho. Apresentaremos alguns exemplos representativos da estrutura e relações sociais, cultura e aspectos mais significativos. Uma menina guarani/kaioiwá, em seus desenhos, representou a estrutura social guarani e a cosmologia de diferentes maneiras. Nesse desenho, três níveis estão bem definidos, o que em análises semióticas posteriores iriam nos indicar a representação, nos referidos níveis (superior/céu; médio/terra, aldeia e inferior/mundo subterrâneo), da cosmologia guarani (Grubits & Darrault-Harris, 2001). (Figura 1) Por outro lado, um menino do mesmo grupo, no último desenho, após um ano de sessões regulares na Reserva de Caarapó, além da própria casa como casa da cidade, fez um caminho, uma bicicleta, um aparelho de som numa mesa, uma TV em outra mesa, uma *kodak*, conforme ele denominou a máquina fotográfica. (Figura 2)



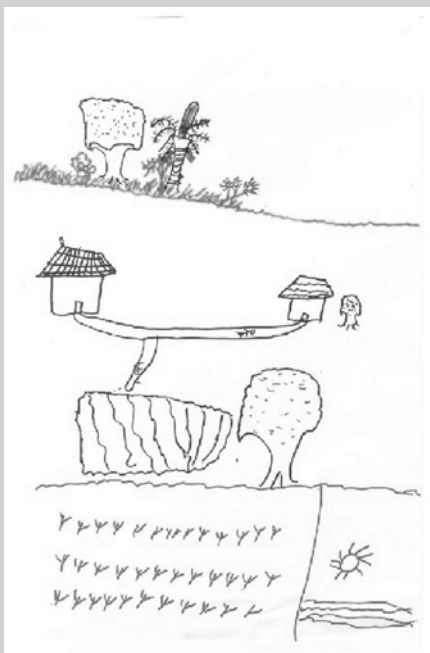


figura 1



figura 2

Vejamos o caso da menina. Desde sua primeira pintura, ela começa a representar por meio de seus destinadores e destinatários, conforme análise semiótica desenvolvida em pesquisa, que sempre são bons e satisfatoriamente organizados, quando intimamente ligado às forças da natureza, matas, roças e as casas ordenadas, segundo a organização social tradicional guarani.

Também é interessante ressaltar, como fato que demonstra a importância do trabalho realizado e a construção de sua Identidade, tanto sob ponto de vista psíquico como social, da cultura e em especial da cosmologia guarani, que ambas as crianças começaram do mesmo ponto, representando a cultura guarani/kaioá e a sociedade nacional envolvente nos primeiros trabalhos e, no final, optaram por uma delas.

Na última sessão com o grupo da referida pesquisa, a menina representou somente a cosmologia e natureza, o menino, com muito destaque, os aparelhos e viaturas que caracterizam o mundo moderno, ou seja, aquilo que é muito anunciado e pontuado na mídia de um modo geral.

Outra experiência semelhante ocorreu numa reserva bororo, realizada numa oficina de desenho⁷ com giz de cera, com um grupo de 12 crianças, em 2002, em Meruri, Mato Grosso. Aqui aparece também, no desenho da casa, a representação da organização social do referido grupo étnico. Na concepção dos bororo, a sociedade é organizada em aldeias formadas por um conjunto de choupanas tradicionalmente dispostas em círculo, em torno de uma grande choupana central, a casa dos homens, *bai mana gejewu*. A aldeia é dividida em duas metades pelo eixo leste-oeste, com as choupanas tugarege ao sul e choupanas ecerae ao norte, segundo Viertler (1976). (Figura 3)

Na ocasião das primeiras visitas feitas a Meruri e Garça, para a execução da uma pesquisa, na década de 90, observamos que alguns aspectos da cultura bororo, como os descritos pelos autores Lévi-Strauss (1955) e Viertler (1976), permaneciam como outrora, mas outros haviam sido modificados. No Garça, aldeia que fica a 30 quilômetros de Meruri, constatamos que as casas dos índios eram construídas em palha e ainda dispostas em círculo, de acordo com a tradição bororo. A organização das famílias permanecia e o *bai mana gejewu*⁸ era mantido, com suas atividades, no centro da aldeia. (Grubits, 1994).

⁷ A oficina de desenho foi realizada pela acadêmica do 8º semestre de Psicologia da UCDB, Cibele Praça de Almeida Pinheiro.

⁸ Bai mana gejewu, casa dos homens, é uma construção localizada no centro do círculo, onde são realizados os rituais e funerais. Os homens sempre circulam na casa, porém as mulheres só podem entrar nas ocasiões especiais quando ocorrem referidos rituais e funerais.



Em Meruri, ao contrário, as casas eram de tijolo e a disposição delas não era circular, apesar da tentativa de que as fileiras formassem pelo menos um retângulo em torno do terreno central, onde existia uma estrutura que constituía uma tentativa de construção do *bai mana gejewu* (algumas estacas e cobertura de palha). Nem o círculo nem o retângulo se completaram, mas, segundo os depoimentos dos moradores, ainda tentavam manter as famílias numa organização semelhante à tradicional. (Grubits, 1994). Nos desenhos infantis bororo realizados na oficina, em 2002, percebemos que nas representações, completas ou não, também ocorriam tentativas de manutenção da referida organização.

Quanto aos kadiwéu, conhecidos como Guaicuru, índios cavaleiros, ceramistas famosos, com cores e desenhos característicos, de acordo com o grupo familiar, segundo relato de informantes. Notamos semelhanças com estudos citados por Wallon e cols. (1990), pois as meninas decoraram as casas com motivos de tais cerâmicas e tradição familiar.

A sequência de vários desenhos de meninas do grupo traz a representação da decoração kadiwéu, que tradicionalmente se refere à mulher ceramista, na fachada de casas e nas flores representadas. Em outro trabalho aparecem cores e desenhos das cerâmicas da referida etnia, não só na fachada das casas, como nas plantas e no animal desenhado. (Figura 4)

Os homens não são ceramistas, trabalham mais na pecuária e caça. Nos trabalhos dos meninos kadiwéu, notamos a ilustração desses temas, nas cores e desenhos escolhidos pelos meninos. As casas, os animais silvestres, como a anta, e o tatu, assim como os bois, não são coloridos. (Figura 5)

As diferenças são muito relevantes e apareceram nos desenhos, em especial nas casas das meninas kadiwéu. As questões de gênero e cultura vêm sendo confirmadas nas pesquisas que estamos desenvolvendo com referido grupo étnico. Cabe ressaltar que a construção da Identidade kadiwéu na análise destes trabalhos aparece sem conflitos ou contradições em relação à sociedade nacional.





figura 3



figura 4



figura 5

Conclusão

Tanto nas representações dos trabalhos da primeira pesquisa com crianças guarani/kaiowá de Caarapó, quanto nos trabalhos da oficina de desenho com crianças bororo, foi possível perceber nos desenhos a construção da Identidade infantil, nas contradições de ser ou não um indígena do grupo em questão. Em cada uma das experiências relatadas, as crianças de cada grupo expressaram-se graficamente de maneira diferenciada e específica, sem excluir a existência de signos e de regras universais.

Quanto aos kadiwéu, notamos que, de modo geral, a Identidade do grupo étnico em questão está presente em todos os trabalhos, o que indica uma resistência maior quanto à manutenção da sua cultura, surgindo, porém, diferenças relevantes na divisão relacionada a gênero e trabalho, tradicional entre tais índios.

Conferimos um sentido aos traços, ou seja, com sinais ou com as imagens, comunicamos o que muitas vezes é difícil de relatar com as palavras, principalmente no caso de culturas diferentes da sociedade nacional. Podemos, portanto, afirmar que a produção artística das crianças indígenas, em especial no desenho, é um suporte onde se misturam e se cruzam os valores do objeto e os valores da pessoa, no momento presente, integrando o passado e a história pessoal, com aspectos sociais e culturais propriamente ditos.

Bibliografia

- Boggiani, G. *Os caduveos*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.
- Darrault-Harris, I. & Klein, J. P. *Pour une Psychiatrie de L'Ellipse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.
- Greimás, A. J., & Courtés, J. *Sémiotique, dictionnaire raisonné de la théorie du langage*. Paris : Hachette Livre, 1993.
- Grubits, S. *bororo: Identidade em Construção*. Campo Grande: Departamento Gráfico do Colégio Dom Bosco, 1994.
- Grubits, S., & Darrault-Harris, I. *Psicossemiótica na construção da Identidade Infantil: um estudo da produção artística de crianças guarani/kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2001.
- Grubits, S. & Darrault-Harris, I. Transculturalité et représentation de L'espace chez les guarani-kaiowá du Brésil. In: *The Journal of the International Association for Visual Semiotics*. Canadá: Visio. 6, 2 –3, 2001.
- Lévi-Strauss, C. *Tristes Trópicos*. Paris: Plon, 1955.
- Levcovitz, S. *Kandire: O Paraíso Terreal*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1998.
- Meliá, S. J. B. A Terra Sem Mal dos guarani, In: *Revista de Antropologia*, v. 33, Publicações do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia,



- Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1990.
- Pereira, M. A. da C. *Uma Rebelião Cultural Silenciosa*. Funai, 1995.
- Siqueira Jr., J. G. *Arte e Técnicas kadiwéu*. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 1987.
- Vidal, L. B. O modelo e a marca ou o estilo dos misturados. Cosmologia, História e Estética entre os Povos Indígenas do Uaçá. *Revista de Antropologia*. São Paulo: 42, 1-2, 29 – 45, 1999.
- Viertler, B. R. *As aldeias bororo*: Alguns aspectos de sua organização social. São Paulo: Coleção Museu Paulista, Série Etnologia, 2, 1976.
- Viveiros de Castro, E. B. *Araweté, os deuses canibais*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- Wallon, P., Cambier, A., & Engelhart, D. *Le dessin de l'enfant*. France: Press Universitaires de France, 1990.



ali, onde é fronteira

Yanina Otsuka Stasevskas

Psicóloga formada pelo Instituto de Psicologia da USP, com mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-SP; pertence aos quadros da Prefeitura de São Paulo, tendo participado da fundação do Hospital-dia em Saúde Mental do Butantã e atuado como coordenadora do CAPS Adulto também do Butantã; entre os projetos de que participou, esteve a utilização de materiais culturais em ações junto a grupos de jovens da população excluída – antiga Febem, Movimento Moradia Centro e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

O primeiro contato que tive com a cultura guarani foi por Anita Moreira, que, interessada pelas artes populares de nosso continente, foi capturada pela música sensível e tocante das crianças guarani, na Primeira Conferencia Nacional de Cultura do Ministério da Cultura, em Brasília; e veio até mim, para partilhar a descoberta de aldeias na propria cidade de São Paulo, tão próximas de nós.

Naquele ano eram muito comuns notícias no jornal sobre desnutrição, mortalidade infantil e suicídio nas aldeias guarani kaiowa do Mato Grosso.

Anita e eu ficamos impactadas por essas notícias tão chocantes, pois naquele mesmo momento ganhávamos a noção da forte presença guarani neste continente, pela sua luta para sobreviver como povo e cultura e pela profundidade de sua reflexão espiritual. Tudo isso nos fazia desejar uma resposta forte e efetiva, capaz de transformar essa triste realidade. Pensávamos que uma resposta verdadeiramente eficaz só poderia vir do interior da cultura e do povo guarani. E que, de nossa parte, era de nosso maior interesse buscar junto com eles as maneiras de fortalecer sua união, entre as aldeias de todo o continente, pois isso traria fortalecimento de nossa própria raiz identitária e, com isso, uma forma de resistir ao empobrecimento trazido pelo processo da globalização.

Assim, Anita me chamou para falarmos com o cacique Timóteo Verá Popygua (aldeia *Tenondé Porã*) sobre a ideia de construir este projeto, cuja essência foi ali mesmo batizada por ele: “Yvy Rupa”: A terra é uma só e não tem divisões. Marcos Tupã, então chefe da aldeia *Kurukutu*, também dedicado lutador por seu povo e cultura, integrou-se a esse projeto e se tornou firme aliado. E também Kimy O. Stasevskas, minha irmã e também psicóloga, interessada no sujeito e seus múltiplos aspectos, marcados pelas diferentes culturas.



Recebi agora, enquanto escrevia esse artigo, uma valiosíssima notícia por e-mail de Anita:

Querida Yanina,

you bem sabe que inventei com o cacique Timóteo, que mantém nos olhos um brilho que vem do seu profundo comprometimento com o mais elevado e espiritual de sua cultura, de criar um movimento continental da cultura guarani (quando você, Yanina, ajudou), para que eles pudessem se unir para além das fronteiras que lhes foram impostas (estados, reservas, países), retomando sua circulação original. E ainda tínhamos outra ideia, tênue naquele momento, de propor para os governos do Mercosul uma Secretaria Especial guarani dentro do Mercosul, para criar políticas públicas integradas para esse povo, onde os próprios guarani fossem os diretores.

No começo, eramos poucos. Depois as aldeias de São Paulo foram achando boa a ideia...

Depois, encontrei na USP uma espanhola a quem contei a história do Projeto “Yvy Rupa”: A terra é uma só. Ela se dispôs a fazer uma doação pessoal de 1.500 reais e, com esse dinheiro, resolvemos fazer uma viagem até a Argentina para procurar a mãe de Timóteo. Ele não tinha notícias dela havia mais de 30 anos, pois saíra andando de lá muito pequeno com seu pai e irmão. E para criar, ao mesmo tempo, uma articulação com as aldeias de lá. E escutei pela primeira vez que havíamos realizado um sonho, o mais profundo da vida dele, que abria uma nova caminhada para todo o seu povo.

Percorremos umas 30 aldeias da Argentina com a ajuda do cacique Silvinio (da aldeia Fortim Bororé, fronteira do Brasil com Argentina). E em todas elas, Timóteo, além de procurar pela mãe, ia conversando com os caciques e lideranças guarani sobre a ideia do Projeto Yvy Rupa, de se unirem e buscarem soluções conjuntas como um mesmo povo antigo e irmãos de mesma cultura, o que foi por todos muito bem recebido (“Anheté”, eles diziam, o que significa “é verdade verdadeira isso que se diz”).

Cada vez mais o sonho foi crescendo, fomos para o México e, enquanto estávamos lá, criou-se por reivindicação guarani uma Comissão Nacional Yvy Rupa (2006). Dentro do espírito do Projeto Yvy Rupa, nunca quis participar diretamente de organização nenhuma porque meu papel sempre foi assessorá-los, dar condições para que eles se organizassem por si. Fazer crescer o sonho.

Recordo-me então de nossa ida ao México (2006) em um grupo de dez pessoas: Catarina Delfina dos Santos (tupi da aldeia Rio Branco), Laura Stasevskas Noffs (mestiça), Anita Moreira Ekman Simões (mestiça), Fabíola dos Santos Cirino (tupi da aldeia Peruíbe), Cláudio Fernandes da Silva Branco (guarani da aldeia



Tenondé Porã), Fábio Vera Popygua Veríssimo (guarani da aldeia Kurucutu), Kimy Otsuka Stasevskas (mestiça), Cristine Lima (descendente de Machacali), Carlos Fernandes Papa (guarani da aldeia Rio Silveira) e eu.

Era um projeto de intercâmbio cultural Brasil-México, com passagens pagas por edital do Ministério da Cultura e apoio da Secretaria Especial de Direitos Humanos e do Itamarati (em uma parte de pesquisa em artes originárias para Laura e Anita, que permaneceram no México por cinco e seis meses, respectivamente). Nesta parte do Projeto *Yvy Rupa*, de ir ao México, imaginamos intercambiar nossas diferenças históricas e culturais, incluindo a influência dos povos originários desde o passado e sua presença viva, com os povos originários da América Central e com os estudiosos mexicanos. Em novembro de 2006, durante 30 dias, nos apresentamos em universidades (Enah, Uagro e Ceamish Morelos), rádios comunitárias (da Enah, *Numdaa*, estadual de Morelos), de TV (estadual de Morelos), fizemos uma apresentação com a *Guelaguetza* no zócalo do Distrito Federal e também visitas a diversos *pueblos* e organizações de etnias originárias mexicanas.

No final deste mesmo ano, fizemos um segundo gesto, imaginado em primeira mão por Fabio Ekman, o de fundar uma casa de reza tradicional guarani, uma *opy* em uma escola pública bastante especial, a “escola sem paredes” Emef Desembargador Amorim Lima. Que foi inaugurada pelo cacique Timóteo e pelas crianças da aldeia Tenonde Porã, com a presença do Secretário de Municipal da Educação, Alexandre Schneider. Implantamos com essa *opy* a importância de dialogar e aprender com os conhecimentos tradicionais das culturas indígenas, matriz de nossa cultura mestiça brasileira, e também abrimos um espaço para se abordarem valores espirituais, não só religiosos, em um contexto de diversidade cultural, que é nossa herança, o que foi realizado em muitas ocasiões no corpo das atividades abertas da escola.

Em 2007, Marcos Tupã e Anita Moreira receberam apoio da Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo para o projeto de pesquisa “Yvy Rupa – A Descoberta da América que ainda não houve: visões guarani da história do nosso continente”. Nessa pesquisa, foi importante os guarani abordarem as notícias do que existe em sua tradição sobre sua ocupação nestas terras, assim como sua versão da chegada dos europeus, por meio de reuniões das aldeias dentro do costume, com os mais velhos e com os seus sábios (*cheramoi*).



Mas o e-mail de Anita prossegue:

Participei de reuniões importantes com os guarani e com você, Yanina, como a Reunião das Altas Autoridades dos Direitos Humanos do Mercosul, em Buenos Aires (2008), com todos os ministros de Direitos Humanos dos países participantes. Nossa proposta, embasada na importância da cultura guarani como raiz identitária de povos e nações presentes no Mercosul Social, foi de estruturar um apoio para o fortalecimento dessa cultura originária que partilhamos. A proposta foi muito bem recebida, muito escutada, muito elogiada por todas as comissões presentes.

E agora, finalmente, todos nossos sonhos que começaram pequeninhos lá atrás vão se concretizar.... Fui convidada para ajudá-los nessa proposta do “Aty Guasu Nñande Reko Resakã Yvy Rupa” - Encontro das Culturas do Povo guarani da América do Sul⁹, com delegações guarani Paraguai, guarani Argentina, guarani Bolívia e guarani Brasil (com participação das aldeias do Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul). O total de participantes será de 800 pessoas, sendo 50 da aldeia anfitriã.

... A persistência no sonho às vezes é tãooooooooooooo importante para se conquistar algo... Tudo tem um tempo, no sentido de que as coisas, quando são verdadeiras para as pessoas, perduram em seus corações e amadurecem...

Beijos, Anita.

Passavam em minha cabeça as cenas da origem da América, lugar em que nascemos, desta megalópole que é São Paulo e do modo como estamos vivendo. Como chegamos até aqui, por que vivemos desta forma furiosa e violenta? E, principalmente, como podemos tocar nossa vida, fazer frente a ela, respondendo aos muitos problemas, de forma que nela caibamos nós mesmos e também nossos filhos?

Pensava também nas muitas experiências de vida que compõem a história desta cidade. Para dar um exemplo, o nordestino, que sai de sua terra para sobreviver. Sendo um Zé-ninguém aqui, ele sente falta de ser uma pessoa, com família e com uma vida conhecida. E assim é com todos que estão aqui, que desaparecem, deixam de ser pessoas e se tornam indivíduos, ninguém.

Partilhar situações com outras pessoas e fazer múltiplas trocas são a experiência mais forte, aquela que estabelece elos que criam outras ordens no mundo: de referências, de liga, constituinte da comunidade humana. O reconhecimento dessa história e da posição que adquirimos nos situa de diversas maneiras

⁹ de 3 a 5 de fevereiro de 2010, na aldeia guarani Anhetete/PR – Brasil



e compõe um mundo de diferentes dimensões. E nos possibilita intervir nessa vida humana, com a potência de ser parte dela e também como sujeito destacado, desejante, com diferenciações.

É uma grande e preciosa força fazer parte e poder intervir, fazer alguma contribuição na vida, ainda sabendo que a equação social não é neutra e nem apenas do bem. E que as invenções da vida e as próprias pessoas são surpreendentes e imponderáveis. Há certamente a busca de significar algo diante de outros, para a vida ter sentido. O fundamento desta atitude está em nossa força desejante, em desejarmos viver. E por isso a vida, como um lugar que nos rechaça, nos purga, no qual não podemos nos apresentar e ser presentes, como está sendo a experiência de viver em sociedade, é insuportável e violenta.

Estamos jogados entre a vida e a morte com as pessoas de nosso próprio mundo, e não como antes, diante de um inimigo exterior, de outra tribo ou cultura, ou diante de forças da natureza. Antigamente havia a tradição do pão partilhado e da lei da hospitalidade com o estranho, que suspendia em um primeiro momento o ímpeto destruidor. Hoje não nos reconhecem nem existe lugar para nós, somos ignorados e destruídos a partir de dentro, entre os nossos. E em outra distorção, a do tempo, sentimos em um ritmo alucinado, estressado, a evidência de nossas fronteiras, de maneira pungente e passional as nossas fragilidades: é aqui que somos e que não somos mais. É aqui que um acaba.

Para conseguir mover-se nesta borda e sair da mira da morte imediata e ao que isso nos reduz, para readquirir a capacidade de viver as coisas possíveis antes de morrer, para recuperar o poder de apreciação – não apenas de gozo – tomemos como fio da meada a própria condição de fragilidade de ser vivo, é um recurso que podemos.

Para abordar o limite e a fragilidade, podemos fazer um movimento de remontar à origem, como tantas vezes fazemos quando a vida se torna penosa, ao buscar o que foi bom. Podemos recompor o fio do que fazia sentido e que se perdeu. Podemos recomeçar com as possibilidades abertas e refazer as escolhas e composições, reafirmando algo essencial nosso que não pode ser perdido ao preço de nos perdermos.

Esses eram os muitos nebulosos pensamentos se revolvendo em mim, no meu trabalho e em torno.

Quis por isso me aproximar dos povos originários.

Em 2009, fizemos outra parceria entre a Emef Desembargador Amorim Lima e o Projeto Yvy Rupa. Nela, queríamos encontrar uma maneira de cravar uma marca fundamental, formativa, do respeito à diferença e à integridade de outro povo, vivo e presente em nossa sociedade, ao fazer contato com ele. Em



especial, o povo guarani, devido a sua importância histórica na vida humana desenvolvida nesta parte da América meridional, desde milhares de anos antes da Europa saber de sua existência.

Por isso, visávamos as crianças. E assim, a partir da Lei 11.645, de 10 de março de 2008, que torna obrigatório o ensino de conteúdos das culturas de origem do povo brasileiro nas escolas, pensamos que o essencial seria oferecer a elas um encontro que abrisse para a potencialidade dos encontros humanos: a partir da distância e da diferença, o que isso nos traz no intercâmbio de imensurável renovação e riqueza.

Conversamos com a diretora da Emef Amorim Lima, Ana Elisa Siqueira, e com a professora Jerá Giselda, da aldeia Tenonde Porá, qual faixa etária seria mais favorável para elaborar o que iríamos propor, sem ideias pré-concebidas ou muito arraigadas e com maturidade suficiente para realizar o contato.

Para o Projeto Yvy Rupa, necessitávamos de um grupo de crianças da Emef Amorim Lima que pareasse em tamanho com um grupo de alunos da escola guarani, que são turmas pequenas, e que fosse também dentro de uma faixa etária que os guarani já conseguem falar e lidar um pouco com a nossa cultura, de acordo com conversas com a professora guarani Jera Giselda.

Portanto, construímos junto com a professora bilíngue Jera Giselda e as professoras Cleide Portis e Anna Cecília Simões uma experiência de intercâmbio cultural entre esses dois grupos de crianças.

Com relação às crianças da aldeia, havia a preocupação de terem estrutura para suportar a saída da aldeia, por viverem muito no interior da comunidade, das famílias e da cultura guarani, e também de saberem falar português suficientemente, ainda que sempre acompanhadas pela professora guarani Jerá.

Na escola Amorim, fizemos uma apresentação do projeto a duas turmas e propusemos uma roda na qual cada um dissesse se queria ou não participar e o porquê.

Este momento de manifestação pelas crianças, de interesse ou não pelo tema indígena e de compromisso de trabalho depois, na divulgação do mesmo na escola, é de fundamental importância. Elas experimentam a riqueza de um interesse compartilhado e não apenas autoreferido, e isso vai constituindo outra dimensão da ação humana, de caráter público e ético.

No momento seguinte, conversamos com o grupo de trabalho já configurado, sobre o que sabiam sobre o tema. E veio a professora Jera para falar sobre a cultura guarani, sua língua e também a história da chegada dos europeus nesta terra, de acordo com a sua cultura.

Em seguida, as crianças guarani vieram primeiro para a escola Amorim, para fazer o convite de visita à aldeia, por sugestão do cacique Timóteo. Houve



diversas atividades (ciranda, capoeira, aula de artes, brincadeira guarani da mandioca, futebol), o almoço e o lanche foram compartilhados, com muitos contatos e trocas entre todos. O grupo de alunos que elegeu o tema indígena acompanhou os alunos guarani, mas muitos outros alunos presentes da escola Amorim partilharam das atividades no dia.

Depois, foi a vez das crianças do Amorim irem até a aldeia Tenonde Porã. Lá fomos recebidos pelas crianças que já nos conheciam e pelos professores Jera e Pedrinho, com uma cerimônia na casa de rezas, dentro da espiritualidade própria do povo guarani. Fizemos uma trilha, almoçamos juntos. Tiramos muitas fotos. Houve futebol e banho no pequeno açude da aldeia.

Já de volta à Amorim, fizemos um mural com desenhos, fotos e frases desses quatro momentos e preparamos uma apresentação de como foi todo o projeto. Agendamos o assunto para uma Assembleia de Pais e Professores. Os pais dos alunos que participaram deste projeto foram especialmente convidados. Então, as crianças contaram para seus pais e outros adultos, com as suas palavras, o que foi a experiência do encontro com uma etnia originária e com uma cultura diferente. Foi intenção do Projeto que eles se encarregassem de transmitir o significado do que vivenciaram, porque queríamos valorizar a interlocução intercultural na valiosa interlocução entre pais e filhos.

As crianças fizeram apresentações para as outras turmas de 3ª e 4ª séries da escola que não tinham participado do Projeto Yvy Rupa na Escola sem Paredes. Escreveram uma carta conjunta para as crianças guarani que conheceram na aldeia *Tenonde Porã*, experimentando a viabilidade de manter contato.

Depois de tudo isso, contei para as crianças da escola Amorim a história de Gildo, índio terena. Eu via os olhos delas muito vivos em mim, acompanhando intensamente a narrativa. Enquanto eu contava, um deles gritava emocionado: Por quê? Por quê?! Por que eles fizeram ISTO?!

A história de Gildo terena é esta:

Dois anos antes das comemorações dos 500 anos da descoberta do Brasil, muitas diferentes tribos pelo Brasil afora fizeram preparativos com o título: “Brasil: Outros 500”. Eles queriam vir à festa de comemoração da chegada dos europeus em Porto Seguro, BA, promovida pelo governo brasileiro. Queriam marcar a sua presença e falar o que foi para eles este tempo e como estavam agora. Havia muito que dizer.

Prepararam encontros para saber como dizer o que queriam, prepararam caravanas por todas as partes. E se prepararam para a apresentação, com pinturas, armas tradicionais, ornamentos de penas.



Mas o governo brasileiro determinou que eles não participariam. O presidente brasileiro convocou as forças armadas e a polícia para impedir a participação dos representantes indígenas de todo o Brasil que haviam se locomovido até lá e mandou destruir o monumento que os indígenas quiseram fazer ao lado do monumento oficial, que não fazia menção aos povos que já viviam aqui há milhares de anos antes de 1500. E os presidentes de Portugal e do Brasil, mais umas 200 engravatadas autoridades, plantaram uma árvore de pau-brasil. Seis mil policiais, com helicópteros e um tanque, impediram que representantes de 140 etnias reunidas e pessoas de outros movimentos sociais caminhassem pela estrada de Santa Cruz Cabralia a Porto Seguro.

Então, Gildo terena caminhou em direção à barreira de policiais armados que não queriam deixar os índios passar. Ele explicou que eram gente e tinham o direito de estar ali, pois o encontro havido em 1500 fora entre os portugueses e os seus parentes. Ele se ajoelhou e pediu que não ferissem ninguém. Ele se deitou na estrada e estendeu os braços. Os policiais pisaram nele e atacaram os caminhantes com balas de borracha e bombas de gás.

Muitos foram presos, alguns se machucaram.

Gildo terena foi altamente considerado por sua tribo, quando voltou para o seu povo. Foi declarado guerreiro pelo que fizera, ao defender todos os povos indígenas.

Com essa história, queria explicar às crianças o significado mais profundo do Projeto Yvy Rupa na Escola sem Paredes: realizar outro encontro entre uma etnia originária – a guarani – e a nossa civilização, que inaugurasse uma forma diferente do que foi há mais de 500 anos e como tem sido habitualmente.

A proposta era que houvesse de fato a experiência do encontro. Com dignidade e incluindo as diferenças existentes entre as pessoas. E que era importante os alunos compreenderem isso, de parte a parte: das crianças guarani, que possam desenvolver estratégias e distinguir parcerias de seu interesse, que preservem a possibilidade de um diálogo verdadeiro. Das crianças da cultura envolvente, para que compreendam a riqueza humana existente nesta experiência intercultural para todos os envolvidos e a possibilidade de intercâmbios de sabedoria diante dos novos dilemas da vida que temos que enfrentar.

Agora, eu e as professoras desejamos fazer um livro dirigido para toda a gente sobre este encontro maravilhoso entre crianças, com as palavras delas mesmas. Para isso, precisamos retomar a batalha de criar condições.

O entusiasmo em fazer um livro veio do México. Recebemos, ainda em 2009, um convite de escrever o prólogo do livro de aniversário de dez anos de existência de uma escola bilíngue indígena longe das terras das aldeias, na



periferia de uma grande cidade, pela migração condicionada por crescente pobreza: Acapulco. Este convite foi feito pela professora Gabriela Barroso, da Universidad Autonoma de Guerrero, dentro do espírito de afirmação da presença viva das culturas autóctones em nossa sociedade, como acervo rico de sabedoria humana acumulada neste continente americano, há milênios. Escrevemos com muita honra e alegria um prólogo, que representa nossa herança indígena compartilhada, desde o México até essa parte sul da América.

Assim, também prosseguimos com o sentimento de aliança com os muitos povos originários ainda presentes em nossa sociedade, no continente americano.

Bibliografia

- ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
- FOUCAULT, Michel. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FREUD, Sigmund. *Lo perezadero* (1915), in *Obras Completas*, tomo II - Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- _____. *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte* (1915). in *Obras Completas*, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- KEHL, Maria Rita. A fratria órfã, in *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 2000.
- ORTEGA, Francisco. *Para uma política da amizade* – Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2000.
- TODOROV, Tzvetan. *Em face do extremo*. Campinas: Papirus, 1995.
- TODOROV, Tzvetan. *A descoberta da América: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.



psicologia e povos indígenas: uma experiência e algumas reflexões acerca do lugar do psicólogo

Lucila de Jesus Mello Gonçalves

Psicóloga (IPUSP) e psicanalista; especialista em Psicologia da Saúde (Unifesp) e mestrado em Saúde Pública (FSPUSP), área de Saúde Indígena; foi membro do GT Psicologia e Povos Indígenas (CRP SP); é pesquisadora ligada ao Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas Sociais em Saúde Pública (Liesp).

Introdução

Este texto é um breve relato da dissertação *Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena*, realizada na Casa de Saúde do Índio de São Paulo (Casai-SP), apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP em agosto de 2007. Pretende-se aqui trazer elementos para a reflexão sobre a inserção do psicólogo no trabalho com os povos indígenas.

Sabe-se que são os antropólogos os profissionais que têm uma longa tradição de trabalho e na pesquisa com os índios, e que somente bem recentemente é que tem havido uma aproximação e inserção do psicólogo junto a essas populações. Atualmente, há um número considerável de médicos e profissionais de Saúde trabalhando e desenvolvendo pesquisas com populações indígenas. Há também alguns trabalhos de psicólogos, mas estes ainda são raros nesse campo de atuação e pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa realizada se inseriu no campo da Psicologia Social e as referências teóricas utilizadas foram filosóficas (matrizes fenomenológicas), antropológicas e psicanalíticas.

Estudo exploratório

A pesquisa se deu na Casa de Saúde do Índio de São Paulo, a Casai-SP, que é uma instituição administrada pela Funasa. As Casais já existiam, mas não como casas de saúde, mas, sim, casas de passagem, hospedando índios em trânsito



por variados motivos, inclusive tratamentos. Atualmente são casas para onde vão os indígenas com problemas graves de saúde, que necessitam de tratamento mais complexo. São cerca de 48 casas de saúde no País. A de São Paulo é uma das maiores e a melhor equipada, tem convênios com importantes hospitais e uma equipe numerosa. São atendidos índios de todas as regiões do Brasil, com os mais diversos problemas de saúde, que não puderam ser tratados nas regiões de origem, seja na aldeia, seja no distrito sanitário mais próximo.

O início da pesquisa se deu como um estudo exploratório; tinha-se, informalmente, notícia de que as condições oferecidas por essas casas eram muito precárias. A ideia foi tentar entender como os indígenas passavam por essa experiência. Como seria vir se tratar em São Paulo? Como se daria a comunicação entre os pacientes índios e as equipes de saúde compostas por não-índios? Como se davam as relações ali? Havia uma primeira hipótese de que a experiência dos índios deveria ser de desenraizamento e de submissão maciça: a vinda para a cidade numa condição frágil, o tratamento médico não-indígena. As indagações que permeavam a experiência desse período diziam respeito a um possível lugar e contribuição do psicólogo nesse processo.

Ao longo do tempo, fui percebendo que as condições supunham, sim, uma submissão às várias regras da instituição e aos tratamentos estabelecidos, mas que a experiência ali era vivida não somente passivamente. Aconteciam alguns arranjos, feitos por parte dos índios, no sentido de negociações, entre as necessidades dos usuários e as regras da instituição, e que foram tomadas como formas menos submissas de vivenciar essa experiência. Como esses arranjos se davam, quais os dispositivos que os disparavam? Ainda no período inicial da pesquisa, também me perguntava o quanto a escuta diferenciada, no sentido da espécie de atenção dispensada nessas conversas, seria disparadora de arranjos.

Metodologia

A pesquisa se deu durante um ano e três meses, com visitas semanais. A metodologia adotada foi a da pesquisa participante, caderno de campo e entrevistas. As referências filosóficas utilizadas foram as das matrizes fenomenológicas, os estudos sobre percepção de Merleau-Ponty, a ideia de empatia de Edith Stein, a questão da atenção para Simone Weil. Ao longo da pesquisa, já que essa metodologia supõe a presença da pesquisadora de um modo vivo, aberto, participante, houve situações em que eu era chamada a participar efetivamente de algumas reflexões, dar opiniões, intermediar diálogos, e fui me perguntando: como se participa numa pesquisa assim? Quais os limites entre a pesquisa, a participação, a militância e a assistência?



Outra preocupação norteadora do processo dizia respeito a como se relacionar com a dimensão afetiva vivida nesse período, como contar com ela tanto quanto se conta com o que é apreendido de modo mais objetivo. Tomá-la como uma dimensão que traz elementos relevantes à pesquisa, ou seja, a própria participação como instrumento de conhecimento: o envolvimento do pesquisador com os sujeitos, as comunicações não verbais, não intencionais, não representadas, portanto, chamadas de silenciosas, tomadas como comunicações legítimas e reconhecidas como tais.

O caderno de campo foi bem importante como um diário, no sentido de lugar de registro e de elaboração dessa experiência, trabalho de pensamento e de *insights*. Essa escrita permitia a compreensão das situações com uma certa distância, o que facilitou a discriminação dos acontecimentos e dos afetos: era um lugar de registro dos vários níveis em que a experiência se dava.

Fiz também algumas entrevistas com indígenas que foram bem importantes, mas, aos poucos, percebi que, nas comunicações pessoais, as conversas se davam mais naturalmente e mais prazerosamente, então privilegiei esses momentos. Depois de alguns meses de pesquisa, pela relação que foi se estabelecendo com a equipe, com a demanda que se dava “à psicóloga”, decidi conversar com os funcionários e enfermeiros da Casa, bem como entrevistar os médicos ligados à Casai, do ambulatório do índio. O objetivo era saber como eles se sentiam atendendo os índios, quais eram as dificuldades encontradas. Afinal, se meu objetivo era observar e pensar sobre a questão da comunicação, das relações, era preciso conhecer melhor um pouco do outro lado.

Temas encontrados

Dentro desse contexto, nas conversas com os pacientes e acompanhantes, ainda que as etnias guardassem muitas diferenças culturais, alguns temas se repetiam e então tentei pensar um pouco no significado dessas repetições: a questão da **alimentação**, da necessidade de **privacidade e a convivência** necessária, da falta de **atividades** e a questão do **tempo**.

Dentro de cada assunto, aconteciam situações que foram chamadas de arranjos, como, por exemplo, na questão da **alimentação**, em que uma índia terena foi escolhida para representante dos usuários em relação à cozinha, ou as demandas de saídas/passeios por parte dos usuários para lidar com a falta de atividades no período que passavam aqui. Procurei refletir no que havia para além dos arranjos, o que essas queixas poderiam falar de um “modo indígena” de viver, de perceber o mundo. Por exemplo, novamente em relação à alimentação, entendi que as queixas tinham a ver com um incômodo em



relação ao momento, à situação proposta ali, não somente com a comida, que era do que literalmente reclamavam; parece que as queixas diziam respeito à falta de uma espécie de atenção, acolhimento e reconhecimento.

No que se referia à necessidade de **privacidade**, pensei que talvez a equipe pudesse refletir sobre critérios de organização e composição dos quartos, pensar em divisórias, pois havia casos em que etnias arquiinimigas historicamente dividiam o mesmo quarto não muito tranquilamente. Fui refletindo e pensando o que talvez pudesse ser feito de um modo diferente do que estava estabelecido, para lidar com essas diversidades tão grandes, que dizem respeito a modos culturais distintos. Os usuários que reclamavam passavam muitas vezes por mal-agraçados, poliqueixosos, querelantes ou requisitantes. Alguns deles talvez requisitassem mesmo muita atenção da equipe, mas qual seria o motivo, e será que não havia alguma mudança que pudesse ser feita?

No caso da falta de **atividades**, além de ser uma queixa constante, chamou a atenção a quantidade de acompanhantes que “adoecia”, no sentido de sentir-se doente, nada muito específico, e requisitavam consultas. Ainda que as razões para esses pedidos variassem, o que ficou bem claro é que esse sentimento tinha a ver com a necessidade de conversar, de partilhar o momento vivido com um parente. Se houvesse atividades, talvez estas pudessem proporcionar esse campo de pertencimento, espaços de troca onde, apesar de tantas diferenças interétnicas, pudesse aparecer o que eles tinham em comum naquele momento, que era a experiência que ali vivenciavam, criando, digamos, pequenas e momentâneas comunidades.

O **tempo**, ou melhor, a percepção da falta de tempo dos não-índios, foi uma reclamação, que, a meu ver, era uma constatação do modo de vida na cidade: a pressa da gente da cidade para conversar, o trabalho feito de modo mecânico, o médico que parece não escutar, “e que trabalha somente por dinheiro”. O desdobramento dessa observação relaciona-se com a questão do compromisso com o outro, que, na cidade, é muito diferente. O tempo e o modo de vida na aldeia fazem com que a percepção desses elementos fique ressaltada. Parecia haver uma demanda, por parte dos usuários, de certa qualidade de atenção que, por diversos motivos, não era contemplada pela equipe de funcionários da instituição.

Do lado da equipe, procurei conversar com os funcionários, os de saúde, os da administração, as cozinheiras, os vigias, e saber como eles se sentiam trabalhando ali, lidando cotidianamente com modos de viver tão diferentes.

Atualmente, as coisas na Casai mudaram, há uma equipe, que realiza o projeto Tomaru, cuidando de algumas dessas questões, mas até então (a pesquisa foi encerrada em agosto de 2006) eram 50 funcionários e somente uma indígena.



Para o atendimento em saúde indígena é necessária uma preparação para o trabalho com diferentes culturas, um conhecimento de cada etnia atendida, mas, o que parecia haver, na época, era uma dificuldade de abertura para o usuário. A equipe estava, em grande parte, fragilizada, despreparada e principalmente desamparada. Entendi o clima de tensão que permeava as relações como uma primeira reação ao que é desconhecido. Havia uma atmosfera de ameaça e senti uma profunda necessidade de diálogo por parte da equipe.

A possibilidade de comunicação com os indígenas poderia se dar por meio do preparo antropológico da equipe em relação às culturas das etnias atendidas, o que no sistema de saúde indígena é proposto como “atenção diferenciada”, mas acredito que ela se daria principalmente pela oferta de uma qualidade de atenção, que é a possibilidade de conversar, de se abrir para escutar o outro, de uma oferta de atenção não como função mental, mas como uma presença. Essa espécie de atenção, por múltiplos motivos, não se dava.

Conclusão

De um modo mais geral, dentro do campo da saúde indígena atual, ressalta-se a importância da participação dos indígenas nas formulações, efetivações e execuções das políticas de saúde a eles dirigidas, bem como a necessária capacitação do profissional de saúde indígena, não somente no campo cultural, antropológico, mas no campo da formação emocional e afetiva.

Houve a constatação da necessidade de capacitação da equipe, mas a questão que permaneceu foi, afinal, como se capacita para essa postura de ouvir, para essa abertura? Parece-me que, dando espaço de escuta, ofertando também essa espécie de atenção: aqui entra a Psicologia como campo de investigação profunda dos processos mentais e emocionais, dos fenômenos psíquicos e do desenvolvimento humano.

Na experiência desta pesquisa, em que o material envolvia várias dimensões, que foram desde a questão da biografia de cada sujeito até as questões de elaboração das políticas de saúde, a principal reflexão foi como um psicólogo poderia contribuir nesse panorama. A pesquisa sugere que o psicólogo pode contribuir na construção de um espaço de escuta, de diálogo em reciprocidade, dentro deste campo da comunicação, por vezes tão difícil, entre os indígenas e as equipes não-indígenas.



o curador-ferido de crianças

uma experiência de acompanhamento
psicológico de um guarani dependente
de álcool internado na enfermaria de
psiquiatria do hospital estadual de
diadema

Cláudio Loureiro

Psicólogo clínico e Institucional, especialista em Dependência Química (Proad/Unifesp), atua no Hospital Estadual de Serraria (Diadema); supervisor institucional do CAPS-DQ (São Matheus) e do Projeto Novos Rumos (Várzea Paulista); coordenador clínico do Projeto Quixote (SP) e docente do Curso de Especialização de Dependência Química do Proad/Unifesp.

Introdução

Observamos que a dependência e o consumo abusivo de substâncias psicoativas apresentam hoje proporções epidemiológicas. Não se restringem a uma classe social específica, não são apenas sintomas dos guetos ou mesmo peculiaridade da conduta marginal.

Também não têm sido apenas um problema da nossa sociedade. Hoje o problema está profundamente presente nas comunidades indígenas do nosso país.

Podemos fazer a conjectura que a proximidade e o convívio da comunidade indígena com a cultura das cidades ou a presença ostensiva do homem branco que não tem respeito pela etnia contribuem para que este fenômeno também se apresente no cotidiano das aldeias.

O consumo abusivo e dependente do álcool em muito tem contribuído para que o índio acabe percorrendo o destino do exílio e corra o risco de acabar com suas referências de pertencimento. Dizendo de um jeito mais poético, perca a chance de não encontrar mais aquela face do sol nascente que ilumina a natureza do seu lugar.



Existe uma consequência que é comum em ambas sociedades: ela está no enfraquecimento dos valores e laços que orientam a conduta do homem consigo mesmo e com o outro do seu lugar.

Isto, antes de tudo, se circunscreve num percurso quase trágico de exílio moral que coloca quem vive o problema numa desesperadora sensação de estranheza. Quem vive esta experiência não consegue deixar de lado a nostalgia de uma familiaridade perdida num ontem que parece distante e quase não existe mais na grande ruptura vivida no hoje.

O caso

Estas palavras iniciais são reflexões soltas que surgiram após ter tido a experiência de acompanhar na enfermaria de psiquiatria do Hospital Estadual de Diadema um paciente guarani dependente de álcool.

Um caso muito delicado cuja queixa inicial apresentada pelo vice-cacique era a de que o paciente, após ficar uma semana abstinente, ficou com o comportamento agressivo, referindo ouvir vozes e ver imagens dos filhos esquartejados. Nesta vivência acreditava que sua irmã havia cometido tal ato, por este motivo invadiu a sua casa e acabou ferindo gravemente a sobrinha.

Foi amarrado na casa de reza e, após consulta com o pajé, foi encaminhado para avaliação médica. Após esse fato, o paciente se encontra numa situação muito complicada na aldeia, correndo o risco de ser linchado pela sua comunidade.

No momento da sua internação, o paciente mostrava-se bastante refratário ao contato, preferiu deixar o vice-cacique contar a história. No entanto, comunicava-se em guarani com o seu acompanhante reforçando o compromisso de ficar até o momento da alta da internação.

Nos primeiros dias, mostrava-se muito arrependido pelo que fez, comenta que tinha sido a terceira vez que apresentou este tipo de alteração do comportamento. Há dois meses, teve a primeira crise caracterizada pela presença de alucinações auditivas e visuais, com comportamento auto e heteroagressivo associado ao conteúdo das alucinações. Este quadro sempre ocorria em períodos de abstinência, com remissão completa e rápida desta vivência.

Na realização do exame psíquico durante a internação, o paciente negava alteração da senso-percepção e nada foi observado na sua conduta que pudesse inferir a possibilidade de estar tomado por estas vivências na enfermaria. Nos primeiros dias, estava mais lentificado e durante toda a internação apresentava humor deprimido e afeto sintônico com as suas experiências. Não foi prescrito nenhum tipo de medicação psicotrópica nem mesmo para poder amenizar a possibilidade da fissura pelo álcool. Aliás, durante este período, não apresentou



fissura e apenas relatava o medo de voltar a beber e perder de novo o controle do seu comportamento. A vivência da culpa, o arrependimento e o misto de terror e estranheza sobre o que fez se sobrepunham a qualquer outra intensidade psíquica naquele momento.

Logo estabelece bom contato com a equipe, mostrando-se motivado e receptivo ao tratamento oferecido. Teve boa adaptação na enfermaria e também foi muito bem acolhido pelo grupo de pacientes.

Participa de todas as atividades da internação. Mesmo tímido, consegue ser coerente nas suas colocações.

Nos primeiros atendimentos individuais, mostrava-se disponível para querer conversar, mesmo numa língua diferente da sua. Estava sofrendo muito com o fato de ter agredido uma criança, ressaltava que estava confuso e que na hora não sabia se era realidade ou não o que via e ouvia.

Relata que seu pai, sua mãe, seu irmão e seu sobrinho fazem consumo abusivo de álcool e que o seu consumo piorou após a separação da esposa. Tem dois filhos que moram com seus pais e dois que moram com a esposa. Estava separado havia dez meses.

Demonstra muito carinho quando menciona os filhos e fica preocupado com a possibilidade de vingança. No final da internação conta que, quando morava no Paraná, costumava ajudar o pajé a benzer as crianças da aldeia. Ressalta que, se não tivesse se envolvido com a bebida, poderia ter seguido este caminho.

Sobre o seu histórico de vida, traz que nunca recebeu nenhum conselho do pai, diz que ele sempre foi uma pessoa muito quieta. Lembra vagamente que ele brigava com sua mãe. Diz que, na verdade, não morou muito tempo com eles, foi para o Paraná e por lá ficou até os 19 anos. Quando retornou para a sua aldeia, logo casou.

No Paraná não bebia, embora a influência do branco para beber fosse maior.

Relata que quase foi adotado por uma família de homem branco, isto só não acabou acontecendo porque teve a interferência da Funai. Foi neste período que estudou até a 5ª série da escola formal.

Fica feliz quando recebe a visita da mãe e da filha. Nesta ocasião, demonstra preocupações de não resistir à influência de amigos e familiares. Comenta que no ano passado teve dores de estômago e o benzedor da tribo aconselhou a parar o consumo da bebida. Ficou três meses abstinente, recaiu quando estava com o irmão e um amigo. Na ocasião, o irmão fez o convite para beber, inicialmente recusa, mas acabou cedendo quando o irmão o acusou de não ser mais amigo como era antes, bebeu para não decepcionar o irmão, mesmo contra a sua vontade.



Enquanto o paciente estava internado, a equipe ainda não tinha conhecimento sobre qual seria o seu futuro após alta da internação. Tínhamos um vago conhecimento de que a sua situação na aldeia tinha ficado extremamente complicada e que existia uma forte possibilidade do paciente não poder voltar mais para lá.

Em contato com a Coordenação de Saúde Mental da Funasa, foi articulado um encontro na aldeia com as lideranças e a família envolvida no fato para ser avaliada a possibilidade de se mediar o conflito e também dar uma resposta à comunidade sobre como o paciente vinha sendo tratado e compreendido pela equipe. Sabendo desse encontro, o paciente, apesar de ter a noção da gravidade do que havia acontecido, ainda alimentava alguma esperança de que poderia ser perdoado e ter mais uma chance.

O resultado deste encontro confirmou a impossibilidade do paciente poder retornar para a família e mesmo de ser perdoado. O cacique ainda tenta discretamente sondar as possibilidades de a família envolvida ter alguma consideração, afinal eram parentes próximos, mas a marca do acontecimento deixou de presente o medo de acontecer de novo. Nesta hora, parece que, embora ainda este temor estivesse muito colado ao ocorrido, na figura do paciente, o pai da criança estava com medo de continuar morando na aldeia, pois tinha o conhecimento de outros casos de alcoolismo.

O pai da criança, cunhado do paciente, embora seja um ex-alcoolista, não conseguia ter nenhuma abertura para compreender a situação, afinal o desfecho do acontecimento quase tinha tirado a vida da sua filha.

Tendo claro que o destino do paciente seria o exílio, o próximo passo foi o de poder aguardar informações a respeito do local para onde seria transferido e neste meio tempo continuar o trabalho a partir deste dado de realidade.

O paciente, após receber esta informação, fica angustiado com a possibilidade de não poder conviver com os seus filhos, mas ainda alimenta a esperança de ser transferido para uma aldeia próxima e com isto poder ficar mais perto da sua família.

Após visita do cacique, recebe a informação de que iria para a uma aldeia mais distante do lugar onde mora sua família, ressalta-se ser o único local que aceitou recebê-lo.

O paciente, a partir deste encontro, fica mais calado, introspectivo, e num momento de maior angústia me diz que seria bom se eu pudesse conversar com ele em guarani. Dias depois começa a se mostrar indignado com o cacique dizendo que ele conversou muito rápido, dando margens ao entendimento de que ele não teve muita escuta. Em seguida, comenta que ficou muito chateado com a decisão do cacique e começa a se preocupar com a sua



adaptação na nova aldeia e a grande distancia que ficará dos filhos. Pede o número do meu celular porque temia ficar muito sozinho e desamparado. Após conversa com a Coordenadora de Saúde Mental da Funasa, fica mais tranquilo ao saber que seria assistido de perto pelas lideranças desta aldeia e a distância pela própria.

No dia da alta da internação, firmei com o paciente o compromisso de poder recebê-lo no meu consultório uma vez por mês para dar continuidade as nossas conversas, pois eu estava me desligando do serviço.

Quero finalizar esta primeira parte da minha apresentação mencionando uma pequena história que me provocou algumas meditações sobre esta experiência:

Um dia descubro que o paciente tocava violão. Peço para ele tocar uma música em guarani e ele canta uma história muito interessante sobre a visita do deus Sol-mirim, que chega à aldeia acompanhado de um adulto misterioso.

Ao traduzir a letra da música, relata a seguinte história: o deus Sol-mirim aparece na aldeia acompanhado deste adulto misterioso. As pessoas indagam à identidade do adulto misterioso que fica sem ser revelada até o final da canção, momento que ele se apresenta como sendo o próprio Sol.

Ao se escutar a música, percebe-se uma atmosfera festiva que é proporcionada pela linha melódica e pelo ritmo presente tanto no momento da pergunta que se repete algumas vezes, como na resposta que é dada no final da canção. Ela termina num bom espanto.

Sobre o Espanto

Eu ficaria muito satisfeito se pudesse ter a alegria de fazer uma pergunta alegre como as personagens da letra da música diante daquela presença misteriosa. Esta imagem de alegria presente na música inspira uma abertura semelhante à curiosidade da criança quando descobre o mundo, quando descobre o outro. Como se diz na filosofia grega, é uma atitude de espanto que nos aproxima daquilo que se apresenta para ser conhecido.

A situação trágica desta história, no entanto, com muita facilidade poderia nos levar ao espanto do distanciamento se apenas ela tivesse sido escutada ou lida numa matéria de jornal, ou se esta informação transcorresse nas nossas vizinhanças. Um tipo de experiência de espanto que por estar tão próximo nos distancia da complexidade do caso por meio do medo, do terror ou mesmo por uma teoria pré-concebida que cansamos de fazer na nossa sociedade quando um fato deste acontece entre nós. Neste caso seria muito rápido dizer que foi por causa da droga, isto poderia ser dito tanto num campo leigo como até num campo de especialistas.



Não posso deixar de dizer que recebemos este caso a partir de uma demanda que estava evocando este olhar técnico, recomendado até pelo pajé da sua aldeia. A expectativa de um remédio que pudesse dar conta de uma conduta complexa, uma explicação plausível que pudesse buscar algum sentido para uma súbita conduta estranha ao repertório usual do paciente.

Compreensão do caso

É importante frisar que, antes de recebermos este caso, houve todo um trabalho de sensibilização e compreensão desta cultura a partir do momento que a coordenadora de Saúde Mental da Funasa buscou o nosso auxílio. Quero dizer com isto que, apesar de estarmos no lugar de um saber especialista, também tínhamos no clivo da nossa avaliação o interesse de sermos dialéticos com a cultura do paciente. Acredito que este espírito dialético contribuiu para que, apesar dos nossos “especialismos”, pudéssemos vivenciar o espanto da proximidade.

A primeira hipótese que deveria ser testada apontava para o fato de como poderiam ser compreendidas suas alucinações. Seria um sintoma psicótico provocado pela abstinência do álcool ou um quadro de comorbidade que estaria associado ao outra patologia mental? Qual explicação poderia ser encontrada sobre o seu comportamento dentro da sua cultura? O que o pajé nos poderia dizer sobre o caso? Qual o significado psicológico que poderia ser inferido a partir da imagem dos filhos dilacerados presente no conteúdo das suas alucinações e a posterior agressão dirigida a uma criança?

Como já foi mencionado, o paciente, quando chegou para a internação, não apresentava nenhuma alteração da senso-percepção e nenhuma alteração do pensamento. Estava com crítica da situação vivida e estava fora do quadro agudo que apresentou na sua aldeia.

Apesar disto, ainda poderia existir a possibilidade de que, durante a internação, o paciente voltasse a manifestar este quadro, isto se fosse confirmada a hipótese do paciente apresentar um quadro de comorbidade psicótica.

Esta foi a primeira hipótese que foi descartada, pois, como já foi dito, durante a internação este quadro não apareceu.

Descartada a hipótese da psicose em curso, a primeira explicação médica sobre o quadro de alucinação visual e auditiva, restou à compreensão de que esta alteração da percepção havia sido causada pelo efeito da abstinência do álcool. Apesar da objetividade dada para compreender o que havia acontecido com o paciente, às vezes não resistíamos à tentação de ensaiarmos alguma outra compreensão que pudesse ser lida dentro da sua própria cultura. Seria



feitiçaria? Poderia ser algo espiritual? O que aconteceu seria reflexo de algum tipo de laço frágil com a sua cultura?

Mas o pajé assistiu o paciente e resolveu encaminhar para nós!

Não tínhamos competência para mergulharmos nestas questões, logo dentro desta objetividade uma pequena margem de mistério que provocou um interesse maior pelo paciente, um compromisso ético de oferecer hospitalidade a um exilado.

Apesar do humor deprimido, a equipe compreendeu que não havia necessidade da medicação, pois isto era antes de tudo reflexo do que aconteceu e isto não comprometia a sua participação das atividades e na percepção de si mesmo. O seu afeto estava sintônico com a experiência vivida.

Agora, indo mais para o campo do acompanhamento psicológico, a primeira pergunta que se apresenta é a de como este paciente experimenta no seu psiquismo os laços diretos de pertencimento, sua relação com os pais, irmãos de sangue e filhos. Como funciona o psiquismo de um índio guarani, como se dão as suas representações afetivas e os seus conflitos?

O paciente não foi criado com a família nuclear, se ressentido da falta de conselhos do pai, quase foi adotado por um homem branco e vivia próximo da vida urbana. Este percurso poderia ter alguma relevância para que este paciente buscasse um destino de ruptura por suas idas e vindas pelo mundo guarani e pelo mundo dos brancos, no seu consumo abusivo da bebida e na experiência de loucura de primeiro ver os filhos mortos e depois agredir uma criança? Este exílio já não percorre de algum jeito dentro do seu psiquismo há muitos anos? Estas perguntas continuam sem uma resposta consistente, talvez se tornem melhor elaboradas ou mesmo se modifiquem quando surgir a oportunidade de encontrá-lo de novo.

Para finalizar minhas inquietações sobre o caso, trago a informação dada pelo paciente de que no Paraná ajudava o pajé a benzer as crianças. Lembro de constatar que o afeto mais claro que o paciente trazia durante os atendimentos estavam dirigidos ao filho. Apesar disso, agride uma criança porque vê seus filhos dilacerados no caminho. Um paradoxo da vocação?

Agora, se me permitem, gostaria de emprestar uma fantasia arquetípica a este paradoxo: ele é um curador-ferido de crianças. Que o deus Sol possa caminhar ao lado do Sol-mirim dentro da sua alma e lhe proporcione boa hospitalidade no mundo.



os paradoxos do fator identitário na produção de políticas de promoção da saúde indígena

Bianca Sordi Stock

Psicóloga; mestranda do PPG em Psicologia Social pela UFRGS, componente no grupo de pesquisa Corpo, Arte e Clínica; assessora técnica para a área de Saúde Mental e Povos Indígenas; membro da Comissão de Direitos Humanos do CRP-RS.

“O índio não é uma questão de cocar de pena, muçum e arco e flecha, mas sim uma questão de ‘estado de espírito’. Um modo de ser e não um modo de aparecer.

Na verdade, mais do que isso, a indianidade designa um modo de devir.”

Eduardo Viveiros de Castro

Conviver continuamente com os povos ameríndios nos leva a desafiar nossa capacidade de transformar a maneira como olhamos a vida, embarcando em uma complexa viagem de múltiplas paisagens. Eles trilharam caminhos radicalmente diferentes das forças de subjetivação que a sociedade capitalista ocidental forja. Na afirmação da sua singularidade e protagonismo, sem precisarem estar de dedo em riste, acabam denunciando o empobrecimento da vida alimentado por essas forças, ainda mais evidente nos centros urbanos. O cotidiano estressante, regulado pelo relógio, onde vigora a desigualdade social e tudo é passível de compra e venda, onde quem fala mais alto é o capital, com suas tendências homogeneizantes... Realidade amplamente debatida, conhecida e sentida por todos.

As políticas de infantilização desses povos, traduzidas no assistencialismo e na exacerbação da tutela, tornaram-se estratégias do Estado para estancar essa denúncia e capturar a diferença encarnada nos povos ameríndios. Havia um lugar possível para os indígenas na lógica de Estado ocidental: aquele de incapazes de construir o presente, porque já perdedores na guerra da colonização, por isso tendo que ser preservados apenas como uma curiosidade antropológica de



uma expressão do humano que só é cabível no passado. Cria-se então um índio idealizado, um modelo-Peri, que deve ser copiado por todos os outros. Triste lugar esse, pois um lugar de morte, que os destina ao desaparecimento por falta de futuro possível ao desejo. Resta que se esforcem para serem cópias de identidade perfeitas do modelo-Peri, correspondendo sempre ao imaginário da sociedade envolvente, porque senão já não serão mais reconhecidos como índios.

E como os povos originários se relacionam com esse destino inventado? E a Psicologia que se apresenta para o encontro com eles? Questões complexas e paradoxais, com as quais precisamos nos ocupar, não no sentido de desvendar verdades, mas de habitar as incertezas, criando um campo problemático de perguntas éticas fundamentais, que nos auxiliem a ampliar as saídas possíveis.

Se hoje temos um crescimento demográfico significativo das populações indígenas, como também um tempo propício de demarcações de terra – tendo como expressão mais significativa a demarcação em área contínua da Raposa Serra do Sol, em Roraima, determinada pelo Superior Tribunal de Justiça – evidentemente é devido à capacidade criativa de fugirem das armadilhas de morte e inventarem inúmeras maneiras de construir um presente singular para si mesmos. Por outro lado, o contato crescente com a sociedade envolvente, as negociações nas lutas por seus direitos e reconhecimento teceram redes de trocas simbólicas e de lugares sociais por vezes limitadores.

Os indígenas são a todo o tempo convocados a ocupar a vaga de coitados que devem ser assistidos, por vezes embarcando nesse papel. Há vários benefícios sociais a eles destinados, o que não significa que não sejam necessários, pelo contrário, entretanto, acabam por ser faca de dois gumes, correndo o risco de, como denominaria Guattari, configurarem-se como grupo sujeitado. Para gozarem dessas benesses, precisam pagar com o preço da adaptação indiscriminada, tendo que abandonar práticas julgadas como não adequadas pela organização social dominante, como, por exemplo, a itinerância. Devem sempre “parecer” índios, mantendo-se correspondente ao imaginário social de como os índios devem ser, com pouca margem para a cultura manter-se viva por meio da constante transformação.

Aquilo que no senso comum chama-se de crise de identidade, sobretudo em relação aos jovens das diversas etnias, precisa ser revisto, pois conceitualmente é ferramenta insuficiente para compreensão dessa alteridade. O pensamento ameríndio, como o antropólogo Eduardo Viveiros de Castro tem nos ajudado a compreender, não tem na identidade o valor fundamental a ser afirmado, mas, sim, na troca. Isso é absolutamente relevante no esforço de entendermos os dramas pelos quais estão passando



as comunidades indígenas hoje, quando chega à Psicologia o pedido de parceria para enfrentar essas situações.

Em 2009, as lideranças da etnia kaingang da cidade de Porto Alegre, em conjunto com uma equipe multiprofissional formada pela Fundação Nacional de Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, elaboram um projeto para problematizar coletivamente determinadas demandas que estavam sendo relatadas na Terra Indígena Lomba do Pinheiro. Na sociedade envolvente, poderiam ser remetidas ao campo da saúde mental, como a dependência ao álcool e outras drogas, inclusive antidepressivos, por parte especialmente das mulheres, as recorrentes situações de violência doméstica, os conflitos internos que se agravavam e aos poucos esfacelava o ethos de coletividade, expresso no crescente comportamento individualista das famílias.

As discussões em torno daquilo que vem sendo chamado de saúde mental das populações indígenas ainda são demasiadamente novas e necessitam de extremo cuidado ético, a começar pela denominação saúde mental, visto que ela não faz parte da cosmologia ameríndia. Por outro lado, há um acúmulo no campo da Saúde Mental na sociedade envolvente que pode sim se colocar a dialogar com as demandas e os saberes indígenas, como por exemplo, a luta antimanicomial e a redução de danos, quem sabe criando um saber híbrido que venha a auxiliar as comunidades no enfrentamento daquilo que estão significando como problemático ou causador de sofrimento.

Com esse tom, foi planejado, vivido e finalizado o projeto “Saúde indígena e saúde mental: conviver para viver melhor”. A equipe externa foi convocada a ser parceira da construção da intervenção como acontecimento único, o qual teve as suas etapas integralmente planejadas com as lideranças e a comunidade, sendo todos sujeitos do processo. Partilhávamos das ferramentas da cartografia, articulada à pesquisa intervenção, por isso desde sempre nos interessava ser acompanhantes dos desejos daquele coletivo que se dispunha a estranhar, olhar de novo e cuidar do cotidiano em vista de uma melhor qualidade de vida que se pautava sob as suas próprias compreensões do que isso poderia dizer. Éramos, portanto, agenciadores biopolíticos.

Logo no início do projeto, uma cena foi relatada à equipe externa. Alguns meses antes do início das atividades, certa emissora de televisão esteve na comunidade para filmar as mulheres preparando comida tradicional. Houve então uma discussão entre as mulheres indígenas, instigada pela equipe de tevê, e decidiram que apenas apareceriam nas filmagens aquelas de descendência direta de kaingang, mesmo que algumas mulheres de descendência não-

indígena, mas casadas com indígenas, já estivessem integradas na cultura e soubessem preparar igualmente a comida tradicional. Essa cena foi-nos relatada como um episódio marcante daquele coletivo, apresentando-se como ferida aberta e forte analisador dos conflitos.

Percebemos que a comunidade estava respondendo a uma demanda de identidade como aparência despertada pela equipe de tevê, que ali representava o olhar da sociedade envolvente. Se no cotidiano as mulheres e homens de fenótipo não-indígena estavam integrados ao modo de vida kaingang e eram acolhidos pelos “índios puros”, como também as crianças brancas e negras adotadas por eles (como é recorrente entre os kaingang), frente ao olhar ocidental não conseguiam espaço para esta maneira singular de relação com a alteridade. Desde então, perpassou o percurso do projeto a reflexão que faziam acerca do que é ser índio e ser índio na cidade. O que faz serem um coletivo? Mais do que isso, o que pode esse coletivo?

Durante o processo, não se resumiram em fazer distinções entre índios e brancos, mas, sim, que diferenças são capazes de fazer no contemporâneo, saindo de uma lógica binária identitária e restituindo a potência do pensamento ameríndio que se fundamenta pela multiplicidade. A relação com a alteridade é marcada pela afirmação da diferença positiva. Como disse certa vez um terena, “posso ser o que você é, sem deixar de ser o que sou”. Podem se relacionar com o mundo ocidental contemporâneo, não sendo necessário que optem em ser brancos *ou* índios, pois podem ser índios *e* brancos *e*... Foi o que fizeram desde o início do contato com os colonizadores e catequizadores. Como estamos acompanhando atualmente, escolhem aquilo que desejam tomar para si do modo de vida ocidental, transformando essas aprendizagens em algo novo. É o que está ocorrendo, por exemplo, com a entrada na universidade de indígenas que possuem vivo o elo com o seu povo. Ou, então, na capacidade dos povos indígenas de comporem os saberes da medicina dos “brancos” com a sua medicina tradicional.

Por oito meses, sempre às segundas-feiras, a comunidade se encontrou ao redor do fogo e das cinzas para a feitura de comidas tradicionais ou outras desejadas, criando uma atmosfera de coletividade por aquele dia especial da semana, onde todos se reuniam para comerem juntos. Aos poucos, as conversas surgiam, a roda se formava e diversos assuntos relevantes para a vida daquele povo eram tratados. À maneira dos kaingang conduzirem as rodas de conversa, as lideranças falavam primeiro, as mulheres também tinham a sua vez, as crianças seguiam brincando em volta dos adultos e os jovens devagar se integravam. E quanto havia para conversar! Vez ou outra solicitavam que trouxéssemos



alguma atividade disparadora, como no dia dos pais, quando cada pessoa foi convidada a expressar algo que gostaria de dizer ao seu pai se ele estivesse ali. Foi um momento especial, pois falaram da força da figura paterna no imaginário kaingang e os desafios de hoje, suas angústias, dúvidas e aprendizagens.

Aos poucos as famílias se aproximaram, apropriando-se do espaço da segunda-feira, independente da participação da equipe externa. Revitalizaram o Centro Cultural que estava fechado, criando um tempo de convivência. Decisões importantes foram tomadas nesse período, como a troca de lideranças e articulações políticas a favor das causas indígenas. Assim como, atividades que demarcavam posições frente à sociedade envolvente, como por exemplo, o seminário interno ministrado pelos próprios indígenas sobre as tradições kaingang, com objetivo de reavivar aspectos que estavam soterrados pelas demandas do urbano.

Especialmente em Porto Alegre, as comunidades indígenas reivindicam outra relação com a cidade. Não desejam o isolamento, pelo contrário, lutam pelo direito de circular pelos seus espaços, vide as reivindicações de passe livre para o transporte público. Todavia, também o direito à terra e de viverem de maneira coletiva com seus parentes em áreas demarcadas que permitam o acesso à mata, parques e áreas de conservação ambiental, onde se encontram as matérias-primas para confecção do artesanato. O direito de terem local para a realização de suas festas e rituais, como as casas de reza e centros culturais. A condução do trabalho foi toda realizada com o protagonismo da comunidade, cabendo à equipe externa apenas acreditar na potência do grupo pela constância da presença, em posição de simetria de saberes. Os kaingang da Lomba do Pinheiro experimentaram a produção de saúde por meio da convivência. Parece algo simples, mas num tempo onde o individualismo impera, conviver é algo complexo. E isso não se faz pela imposição, mas pelo contágio, pelo comer junto, pela brincadeira, pela escuta, pela presença. Assim nos ensinaram eles. Quando a “com-vivência” entre os kaingang cresceu, apontaram que estavam recuperando uma riqueza de seu povo: o diálogo operando como medicina. Abarrotados de informações, capturados pelas seduições da máquina capitalista, afirmaram que o espaço do grupo em encontros periódicos e permanentes permitia que dividissem as angústias, “vomitando” os excessos para então escolherem o que de fato querem aproveitar daquilo oferecido pela vida no urbano. Como ressonâncias do projeto, outras redes de cuidado começaram a ser tecidas. As lideranças encamparam negociações com a Secretaria Municipal de Saúde para que o SUS conheça, respeite e elabore ações inovadoras que contemplem as especificidades étnicas, compondo com as diversas terapêuticas,



tanto da sociedade envolvente, quanto dos indígenas e negros, sobretudo no enfrentamento de sintomas, como é o caso do alcoolismo ou a dependência a outras drogas. A articulação com outras secretarias, como as do Esporte e Cultura, da Educação, Direitos Humanos na formulação de políticas públicas que promovam dignidade dos povos indígenas, transformando o preconceito em convivência com os outros coletivos da cidade.

Como afirma Viveiros de Castro, “uma boa política é aquela que multiplica os possíveis”. Nesse sentido, é necessário que nos livremos das amarras do referencial identitário, o qual nos empurra a pensar que sabemos o que é melhor para o outro, em um platonismo triste de repetição estéril do mesmo. Nem niilismo, nem idealismo. São os povos indígenas que nos mostram como jogar com a multiplicidade, tendo o passado vivo na construção do presente. Nesses termos, o encontro entre os saberes indígenas e os saberes da Psicologia pode ser produtor de diferença e alegria.



reflexão sobre a experiência de gestão pública em saúde mental indígena no estado de são paulo

Elisabeth Passero Pastore

Psicóloga, especialista em Psicologia Social, responsável técnica pela área de Saúde Mental Indígena da Coordenação Regional de São Paulo/Funasa/MS, colaboradora da Associação Rondon Brasil.

250

Esta apresentação foi elaborada com a efetiva colaboração do assessor de Saúde Indígena, do Estado de São Paulo, Paulo Eduardo Guedes Sellera¹⁰, e apresenta reflexões sobre a experiência de gestão pública em Saúde Mental Indígena e o processo de implementação da política de Saúde Mental Indígena no Estado de São Paulo, iniciada em 2008. Seu foco está na análise de ações de articulação com lideranças indígenas, gestores públicos, gerentes de serviços especializados e equipes de Saúde Indígena, coresponsáveis pela atenção em Saúde Mental.

Os profissionais que atuam como gestores públicos têm como referência de suas atuações as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas destinadas à populações específicas. Dessa forma, para analisarmos a experiência de gestão na área Saúde Mental Indígena é importante contextualizarmos as políticas de Saúde do nosso país relacionadas com SUS, Saúde Mental, bem como Saúde dos povos indígenas.

¹⁰ Engenheiro, Chefe da Assessoria da Saúde Indígena da Coordenação Regional de São Paulo/Funasa/MS.



Políticas de Saúde do Brasil - sistema de saúde pública

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal. Representou uma conquista da luta dos movimentos da sociedade civil e trabalhadores da área da Saúde. Em setembro de 1990, foi publicada a Lei nº 8.080 (19 de setembro de 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Destacamos suas diretrizes principais são: a) universalidade de acesso aos serviços de Saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade de assistência; c) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e d) participação da comunidade (Controle Social, regulamentado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

Subsistema Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema de Saúde SUS foi instituído por meio da lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, e da portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que dispõem sobre a Política Nacional à Saúde dos Povos Indígenas. Podemos destacar como principais diretrizes: **a)** organização dos serviços de atenção à dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e Pólos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; **b)** articulação dos sistemas tradicionais indígenas de Saúde; **c)** promoção de ações específicas em situações específicas; **d)** promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; **e)** promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e **f)** controle social. Resumidamente, a Atenção à Saúde Indígena é caracterizada por ser **integral, diferenciada e integrada**.

Fundação Nacional de Saúde (MS/Funasa)

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é uma instituição do Ministério da Saúde e foi criada em 1990, por meio da lei nº 8.101, de 6 de dezembro de 1990. Tem como missão “a promoção e proteção à saúde, mediante de ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como o atendimento integral à saúde dos povos indígenas, visando à melhoria da qualidade de vida da população”¹¹.

¹¹ Caderno Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2007.



A estrutura organizacional e funcional está definida por:

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos por todo o território nacional e definidos em macroregiões, de acordo com a distribuição populacional das comunidades indígenas;

Assessorias de Saúde Indígena distribuídas nos Estados que não possuem sede em nenhum Distrito Sanitário Especial Indígena;

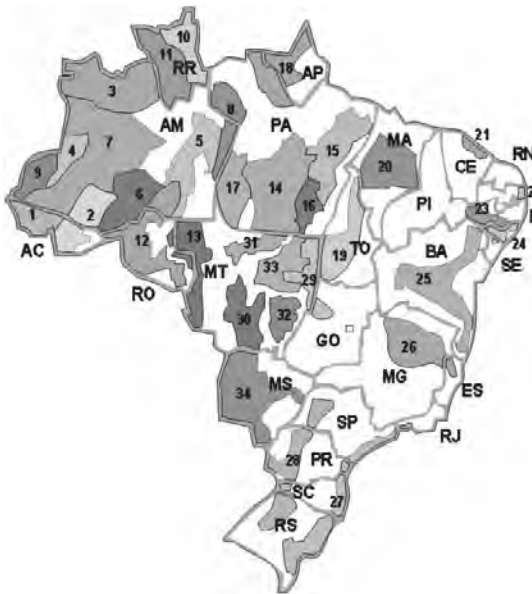
Polos-base distribuídos regionalmente, de acordo com as localizações das comunidades indígenas. Cada Pólo-base é responsável pela assistência de um número fixo de comunidades indígenas locais e possui, no mínimo, uma equipe multidisciplinar de Saúde Indígena.

As equipes multidisciplinares de saúde indígena – EMSI são compostas por enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de dentista, motorista, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento. São responsáveis pela atenção básica e promoção à saúde da população indígena que vive em aldeias. Essa composição pode variar de acordo com a demanda local. Por exemplo, atualmente no DSEI/MS, as EMSIs são compostas também por psicólogos e assistentes sociais.

As Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai), distribuídas de acordo com a demanda da população indígena, oferecem assistência aos pacientes que precisam de recursos e serviços que não foram atendidos pelas referências locais. Por exemplo, a Casai São Paulo é referência nacional para casos de alta complexidade que são atendidos normalmente pelo Hospital São Paulo.

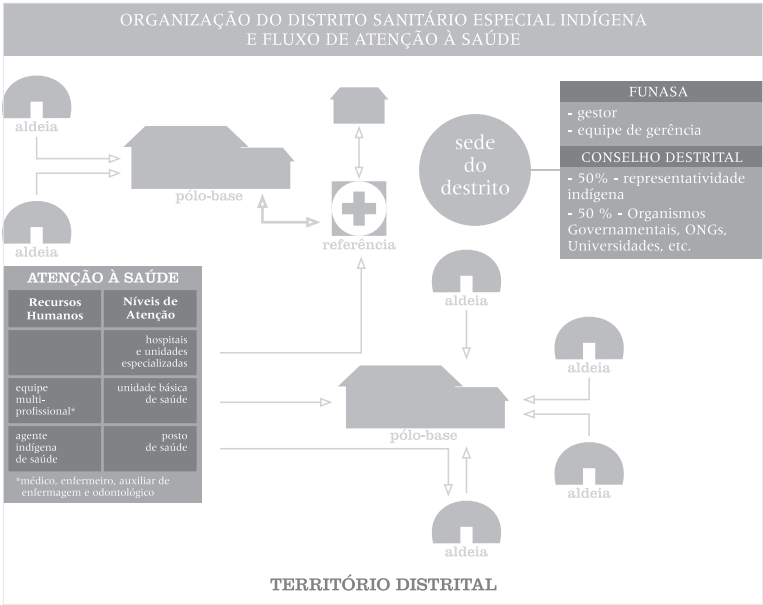
As figuras abaixo ilustram as localizações e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo território nacional.

mapa dos distritos sanitários especiais indígenas - localização e organização



- 1 - Alto Rio Juruá - AC
- 2 - Alto Tio Purú - AC / AM
- 3 - Alto Rio Negro - AM
- 4 - Alto Rio Solimões - AM
- 5 - Manaus - AM
- 6 - Médio Rio Purú - AM
- 7 - Médio Rio Solimões - AM
- 8 - Parintins - AM / PA
- 9 - Vale do Rio Javari - AM
- 10 - Leste de Roraima - RR
- 11 - Yanomami - RR / AM
- 12 - Porto Velho - RO / AM
- 13 - Vilehna - RO / MT
- 14 - Altamira - PA
- 15 - Guamá Tocantins - PA
- 16 - Kaiaipó - PA
- 17 - Rio Tapajós - PA
- 18 - Amapá e Norte de Pará - AP / PA
- 19 - Tocantins - TO
- 20 - Maranhão - MA
- 21 - Ceará - CE
- 22 - Potiguara - PB
- 23 - Pernambuco - PE
- 24 - Alagoas e Sergipe - AL / SE
- 25 - Bahia - BA
- 26 - M. Gerais e Esp. Santo - MG / ES
- 27 - Litoral Sul - RJ / SP / PR / SC / RS
- 28 - Interior Sul - SP / PR / SC / RS
- 29 - Araguaia - GO / MT
- 30 - Cuiabá - MT
- 31 - Kaiaipó - MT
- 32 - Xavante - MT
- 33 - Parque Indígena do Xingú - MT
- 34 - Mato Grosso do Sul - MS

aproximações da psicologia



Em relação ao Estado de São Paulo, segundo o sistema de informação Siasi, a população indígena do Estado é de 5.284¹² e está distribuída nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Litoral Sul e Interior Sul.

O trabalho de atenção à saúde indígena é executado por meio da estrutura de seis polos-base: Bauru (DSEI Interior Sul) e os polos-base de São Paulo, Litoral Norte, Peruíbe, Mongaguá e Registro inseridos no DSEI Litoral Sul.

A população indígena no Estado de São Paulo está com sua maior distribuição localizada na faixa litorânea e na cidade de São Paulo, e em menor número na região Noroeste. Atualmente, existem 37 aldeias, a maioria da etnia guarani m'byá, tendo também outras etnias como tupi-guarani, terena, kaingang, krenac e pankararu (não moram em terras indígenas).



Estado de São Paulo – População Indígena

¹² Caderno Atenção básica e especializada aos povos indígenas – Regulamentação dos incentivos; Fundação Nacional de Saúde, Brasília : Funasa, 2007, p. 36.

O número de população pode variar devido à cultura de mudança de comunidade, principalmente dos indígenas da etnia guarani m'bya. Essa etnia migra com frequência para aldeias situadas nos Estados do Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Saúde Mental, álcool e outras drogas

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se na década de 1970 e teve na década de 1990 muitas mobilizações e conquistas do movimentos sociais, como o compromisso do Brasil com a Declaração de Caracas (1990) e o começo da regulamentação de novos modelos de serviços de assistência especializada.

Em 2001, o Governo Federal sancionou a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias que regulamentaram o modelo assistencial em Saúde Mental extra-hospitalar por intermédio da efetivação de Centros de Atenção Psicossocial, com ênfase na territorialidade (local ou regional), base comunitária e trabalho multidisciplinar. Além disso, foram definidos tipos de CAPS de acordo com suas especificidades: crianças e adolescentes (CAPSi), adultos (CAPS), usuários de álcool e outras drogas (CAPSad).

Em 2003, foi instituído o programa “De Volta para Casa”, que beneficiou, inclusive com pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial, os pacientes egressos de internações em hospitais psiquiátricos de longo tempo de permanência, incentivando-os ao reingresso aos convívios familiares e sociais. Para integrar a rede de atenção em Saúde Mental, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003), destinados aos pacientes que não têm familiares ou querem residir sozinhos.

Em 2004, o Ministério da Saúde, publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, tendo como principais diretrizes: a) Intersetorialidade; b) Atenção Integral; c) Prevenção; d) Redução de Danos e e) fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de Saúde e sociais.

Em relação à Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, somente em 2007 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que estabeleceu suas diretrizes gerais, mas suas normatizações ainda não foram elaboradas pelo GT designado com essa responsabilidade específica. Podemos destacar como pontos principais:

- a) apoio e respeito à capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;
- b) apoio à organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida,



que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

c) garantia de ações integradas, por meio da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e municípios);

d) garantia à acessibilidade, sobretudo por intermédio da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas.

Estratégias

Para implementar a política de saúde mental indígena, adotou-se a estratégia de articulação, por meio principalmente de reuniões com gestores municipais de Saúde e outras secretarias, como Meio Ambiente, gerentes e profissionais de serviços de Saúde Mental e as equipes multidisciplinares de Saúde Indígena. A pactuação de compromissos, construção de ações, avaliação e monitoramento dos trabalhos desenvolvidos foram os principais objetivos.

A articulação com as lideranças indígenas também tem sido de fundamental importância, pelo fortalecimento da cultura e a utilização de recursos tradicionais, como a realização de pajelança, para lidar com problemas de saúde mental. Para tanto, firmou-se o pacto de os indígenas serem encaminhados para os serviços de Saúde Mental após conversa com um pajé¹³.

Outra estratégia foi a construção de uma rede mínima de referência de Saúde Mental. Nesse sentido, firmou-se parceria com o Hospital Geral de Diadema, por possuir enfermaria especializada no atendimento de usuários de álcool e outras drogas e o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) da Unifesp.

Com o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, institui-se parceria por intermédio da participação do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas, cujo objetivo é contribuir para maior inserção da Psicologia e dos psicólogos na promoção da Saúde Mental Indígena e para a qualificação dessas práticas.

Discussão

O Estado de São Paulo é o mais rico economicamente do País e seu paradigma socioeconômico tem na globalização, na cultura do consumo e, historicamente,

¹³ Liderança espiritual.



no modelo hegemônico médico e hospitalocêntrico a referência de atenção à saúde. Dessa forma, as demandas de saúde, inclusive de saúde mental, e as ações para atendê-las estão inseridas nesse contexto. A mudança de paradigma da Saúde Mental preconizada pela Reforma Psiquiátrica e regulamentada pelas políticas de Saúde Mental exige significativos investimentos dos governos, instituições, gestores públicos, lideranças indígenas e trabalhadores, bem como tempo.

As políticas públicas de Saúde definem diretrizes gerais e cada gestor das esferas federal, estaduais e municipais é responsável por suas implementações. Esse caráter geral possibilita aos gestores referenciais, mas também podem ocorrer ações fragmentadas e, por vezes, arbitrariedades. Consideramos que, para as implementos das políticas públicas, são necessárias a integração de todos os atores responsáveis e, principalmente, a efetiva participação de representantes da população indígena.

Em relação à Saúde Indígena, um aspecto que merece destaque é o da atenção diferenciada. Muitas vezes, no senso comum isso é visto como privilégio, e questionamentos sobre esse posicionamento se tornam necessários. A atenção diferenciada está fundamentada em indicadores epidemiológicos, vulnerabilidades orgânicas e sociais, especificidades culturais, bem como no déficit histórico de acesso à Saúde. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, com grandes diferenças culturais, sócio-econômicas e políticas, a violação de direito pode ser mais frequente do que o esperado e aqueles que de alguma forma têm direitos preservados podem ser vistos pela maioria da população como privilegiados.

O gestor de Saúde Pública assume papel de suma importância por meio de seu trabalho de articulação, objetivando a integração de todos os atores envolvidos no processo de construção desses modelos, também conciliando as diretrizes das políticas públicas. Vale ressaltar que esse trabalho exige do gestor ampliação de seu campo de análise dado pelo diálogo transdisciplinar, evitando, assim, a armadilha do etnocentrismo, caracterizado por considerar a supremacia de uma cultura em detrimento de outra e que a cultura “do outro” deve ser modificada até ficar igual à cultura dominante.

Em relação à saúde, o modelo da Medicina ocidental estabelece uma estrutura hierarquizada que tem principalmente na figura do médico o representante “do saber” e, conseqüentemente, de “autoridade” sobre outros profissionais de Saúde e do próprio “paciente”.

As comunidades indígenas têm sistemas próprios de Saúde, ou seja, uma Medicina Indígena, com peculiaridades de cada cultura e com pessoas responsáveis pelos cuidados como as parteiras, os pajés e conhecedores de



ervas curativas. Assim, o trabalho de articulação do gestor, bem como dos trabalhadores, deve também contemplar a Medicina Indígena no âmbito da atenção integral dos usuários indígenas atendidos nos serviços do SUS, bem como nas capacitações de profissionais que trabalham com as populações indígenas. Por fim, ao pensar em Saúde Mental Indígena, é indispensável a construção de modelos que partam da problematização, envolvendo as comunidades indígenas visando o fortalecimento de respostas locais e apropriadas às suas culturas, bem como sua integração com o sistema de saúde da sociedade envolvente.

Referências bibliográficas

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007.

Atenção básica e especializada aos povos indígenas regulamentação dos incentivos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007.

Legislação em Saúde: sites da Fundação Nacional de Saúde (www.funasa.gov.br) e do Ministério da Saúde (portal.saude.gov.br/saude).



promoção da saúde mental indígena.

a experiência da casai-sp.

Joana Garfunkel

Psicóloga do Programa Tamoromu da Casai-SP; psicóloga clínica, trabalha com projetos de educação e cultura, articulando a Psicologia com literatura e música.

Vou começar falando sobre a escolha do nome do Programa. Pedimos sugestões aos indígenas para pensar em um nome que combinasse com aquele trabalho que vínhamos fazendo com eles. Surgiram alguns nomes de bichos ou de árvores. Acabamos descobrindo uma história chamada “A Árvore de Tamoromu”. É uma história wapixana, o mito de uma árvore que dava de tudo. Uma árvore que tinha de mandioca a banana, abóbora, enfim, tudo o que era preciso para alimentar a comunidade.

Então, escolhemos esse nome. Vínhamos pensando o quanto as oficinas eram esse lugar de acolher diversidades, um lugar muito frutífero, de abrigar e compor com as diferenças, com pessoas com suas particularidades e origens. Achamos que era um nome que combinava com o programa. Contamos essa história algumas vezes nas oficinas e, enfim foi batizado: “Programa Tamoromu”.

O objetivo geral desse trabalho é potencializar a estrutura de acolhimento na instituição e auxiliar no tratamento e recuperação do bem-estar dos pacientes. Esse é o nosso objetivo primeiro, maior.

Sobre os objetivos específicos desse nosso trabalho, o primeiro deles é valorizar a cultura e o conhecimento de cada paciente e acompanhante indígena. Não partir do pressuposto de que quem chega não tem nenhum conhecimento. Os indígenas que estão na Casai têm conhecimento pleno, têm uma cultura, uma forma de lidar com esse mundo e o Programa Tamoromu dá chance de se falar disso nas oficinas, uma chance de tentarmos não cristalizar papéis, lugares.

Em uma oficina, há troca, há um intercâmbio de lugares, eu não sou a que sei, não existe quem sabe, quem não sabe, todos sabemos e vamos trocar experiências, conhecimentos, informações, angústias, medos.

Vou aproveitar e falar um pouco das oficinas, que é onde estimulamos a socialização entre os indivíduos, a convivência e o intercâmbio. Um dos



objetivos das oficinas é estimular e compartilhar experiências, estimular essa troca, estimular produção e a criação de materiais. Estimulamos a produção e uma postura ativa no processo de espera e de tratamento.

Outro objetivo é mobilizar novas práticas e formas de organização do cotidiano. Vai ficar mais claro quando contarmos um pouco do que se tratam as oficinas. São dez oficinas que realizamos, cada uma propicia um tipo de trabalho.

Ampliar o conhecimento e atuar com a diversidade cultural é outra finalidade deste dispositivo. Muitas vezes a oficina é um lugar de encontro muito intenso. Acontece de muitos indígenas conviverem no dia-a-dia da Casai sem saberem uns dos outros, da onde são, o que estão fazendo ali, e a oficina é um lugar para esse encontro.

Buscamos consolidar um grupo de escuta e diálogo, tanto para indígenas, quanto para funcionários e cuidar das questões subjetivas, emocionais vividas por indígenas e funcionários, ali dentro da Casai, naquela experiência de estranhamento, que é a doença em si, a cidade, o tratamento médico ocidental, a medicina.

Só para se ter uma ideia, a Casai conta atualmente com cerca de 60 indígenas por dia de diversas etnias, de todo o Brasil. São pacientes e acompanhantes, crianças, adultos, adolescentes, idosos. Há, portanto, diversidade etária, diversidade cultural, diversidade também de trânsito. Tem gente que passa o dia, como os guarani, principalmente, vão para uma consulta e depois voltam para sua aldeia. E indígenas que permanecem por muitos meses na instituição em função do tratamento, um transplante, por exemplo. Enfim, tem de tudo. Dividimos essas oficinas em três categorias: as oficinas de criação, de reflexão e lúdico-corporais. Além de oficinas, o Programa Tamoromu faz atividades com funcionários, atendimentos psicológicos e acompanhamentos interdisciplinares de casos, reuniões de equipes e com instituições parceiras, comunicação e divulgação.

As oficinas, o que são? São esses espaços por excelência de produção comum. Oficina é o fazer comum, o fazer coletivo. É um espaço, portanto, de intercâmbio, de experiências. As pessoas podem trocar de papéis e experimentar algo diferente do que é vivido na cidade, onde o médico representa o topo da hierarquia dentro do tratamento (o médico, a enfermagem, o técnico). A oficina desmonta isso, é uma roda, onde quem ensina às vezes aprende.

Complementando essa informação sobre o intercâmbio de papéis, a nossa medicina nos propõe um lugar muito passivo e as oficinas possibilitam à pessoa assumir uma postura ativa. Ela produz, fala, possui conhecimento, tem o que dizer, o que perguntar.



É muito comum nas oficinas os indígenas trazerem questões que são discutidas na consulta médica e que não há lugar, não há tempo para se explorar. Nas oficinas também tentamos dar lugar. Às vezes, não para o conhecimento técnico apenas, mas para o que é vivido e sentido: “Nossa, mas eu estou com medo, não entendi”, “Ai, como é que vai ser?”.

É isso que estamos tentando dizer, não é só o médico e o paciente. A oficina proporciona criação de novos papéis. Um lugar de convivência como já foi dito, onde há democracia do saber, nessa roda todos contribuem com um conhecimento específico, todos têm para dar e para receber. Outro aspecto fundamental é que este seja um espaço livre, aberto, uma alternativa à lógica do tratamento da Medicina Ocidental, que impõe muitas regras e obrigatoriedades ao paciente.

A oficina é um espaço ao qual se pode negar: “Não, não quero participar”, “Não, isso não faz bem pra mim, ou faz”, “quero entrar”, “quero ficar um pouco”, “quero sair”. Lugar de escolha tem a ver com isso que eu estou dizendo, abrindo um pouco essa possibilidade de escolher, porque muitos ficam na Casai sem possibilidade de escolha: é horário do remédio, horário da consulta, é aquela comida que tem pra comer. A oficina abre o tema a ser trabalhado, participar ou não, é uma escolha de cada um.

É um lugar também onde buscamos a experiência de um outro tempo diferente do vivido na cidade, o tempo do relógio, dos horários para medicação, dos horários para consulta. A oficina abre esse espaço onde as coisas podem ser vividas no tempo de cada um e de um grupo. A oficina propicia essa autonomia, essa apropriação do que se produz ali, “É meu, e eu vou fazer de que jeito?”.

Muitas vezes são os indígenas que coordenam as oficinas. Tem a oficina de história, por exemplo, que é uma roda de conversa. Geralmente eu abro com uma história e o grupo se apropria do rumo da atividade. É esta a natureza desse encontro, um espaço aberto, onde se pode falar do que é vivido na Casai e produzir sentidos, criar sentidos alinhavando o novo ao familiar.

Então, como é vivido, experienciado ali dentro da Casai esse encontro da novidade e daquilo que já era conhecido? Faz sentido? Onde é que costura? Como é que amarra? É um espaço de elaboração da vivência e é um espaço de negociação também, porque ali o grupo decide como a oficina vai funcionar. Tem uma divisão de materiais, é um lugar privilegiado para se falar da convivência entre os indígenas na Casai. Na oficina, estamos juntos e isso vira um tema de trabalho.

Falando um pouco sobre as categorias das atividades. As oficinas de criação são Cerâmica, Artesanato e Reciclagem. (A equipe se divide entre as oficinas,



cada uma de nós é responsável por duas ou três oficinas e, quando possível, trabalhamos em duplas.)

Tem as oficinas lúdicas corporais; a Oficina de Passeio; a de Jogos e Brincadeiras. As oficinas de reflexão são as de História, Vídeo, Leitura de Matérias de Jornal, Cultura e Linguagem e Educação para a Saúde. Na Oficina de Vídeo, os indígenas tanto assistem a vídeos como produzem o vídeo. Há um projeto em andamento - ideia de um dos indígenas, inclusive - de um vídeo da Casai no qual os indígenas apresentam a instituição para os novos indígenas que chegam.

A Oficina de Leitura de Matérias de Jornal, por sua vez, tem um caráter mais político, de discussão do que acontece nas aldeias, nas comunidades.

Além destas, há uma Oficina para Funcionários e a Capacitação em Antropologia, que também é uma atividade para funcionários.

A Oficina de Cultura e Linguagem, se encaixa em diferentes categorias. Nessas oficinas há momentos em que ela assume caráter mais lúdico-corporal, momentos em que propõe a reflexão, momentos que é de criação, então é uma oficina que tem essa abertura de trabalhar por projetos.

As atividades com funcionários se dividem em reuniões de equipes mensais, discussões clínicas de casos e confraternizações.

O Programa Tamoromu também realiza atendimentos psicológicos e acompanhamentos interdisciplinares de casos.

A equipe do Programa realiza reuniões semanais. Também propomos reuniões entre equipes da Casai, com uma equipe grande de enfermagem, com equipe de limpeza, de motoristas, da cozinha e da administração.

Há ainda as reuniões com equipes parceiras, com instituições parceiras, como o Ambulatório do Índio e a Funasa. E, por fim, o Programa coordena as reuniões ampliadas de discussão de caso.

Outra atividade do Programa Tamoromu é a divulgação e a participação de eventos, relatórios, registros, exposições, informativos.

Entre os principais resultados de todo esse trabalho, de acordo com nossa avaliação, estão o fortalecimento da sociabilidade entre os usuários, o fortalecimento do intercâmbio cultural e o acompanhamento destes pacientes nesta situação, propiciando que os indígenas estejam, na medida do possível, mais preparados para enfrentar a doença, o tratamento e a desconhecida cidade de São Paulo. Chamamos atenção também para uma postura mais ativa em relação à situação de doença e exílio, a consolidação de um espaço institucional de escuta para indígenas e funcionários, construção de um grupo de pertencimento e interlocução para questões pessoais e culturais de indígenas e funcionários.



Podemos citar também o acolhimento das angústias vividas pelos indígenas durante a permanência na Casai, e o acolhimento das angústias vividas pelos funcionários no cotidiano de trabalho. Com a avaliação e o acompanhamento interdisciplinar dos casos, percebemos que as zonas de conflito estão hoje minimizadas na Casai.

Vou contar rapidamente como se deu o caminho da Psicologia e da Psicologia em interface com a Antropologia dentro da Casai São Paulo. Eu nunca tinha tido experiência com indígenas, nunca tinha trabalhado com indígenas quando fui convidada para esse trabalho. Mas, tive uma experiência na ACTC, que é uma casa de apoio ligada ao Incor, onde eu fazia atendimentos em terapia breve para pessoas em situação muito parecida com essa que os indígenas vivem na Casai. Na ACTC, as pessoas vinham para tratamentos de doenças cardíacas e ficavam ali por tempo indeterminado na maioria das vezes, vivendo uma série de questões bem difíceis, um conjunto a que chamamos de crise. Depois eu caracterizo um pouco que crise é essa vivida na Casai.

Como o atendimento psicológico surge na Casai? O projeto inicial (Projeto de Atividades Cotidianas para Indígenas e Funcionários da Casai-SP) não previa atendimentos psicológicos aos indígenas. Esta era uma questão a ser pensada. Cabe ali? Ajuda? As perguntas eram muito básicas quando eu entrei na Casai. Eu fui tateando, e tinha uma pergunta básica que virou do avesso toda a Psicologia que eu tinha aprendido: conversar ajuda, aqui neste contexto, pra essas pessoas? Era a pergunta mais básica que eu podia ter, para saber como a Psicologia, como uma psicóloga poderia trabalhar a favor daquelas pessoas, com aquelas pessoas.

Havia muitas perguntas, eu achava bem delicado o trabalho da Psicologia com indígenas, eu precisei de um chão para que esse trabalho pudesse se desenrolar. Primeiro há uma circunstância específica, a circunstância Casai São Paulo. Os indígenas estão ali transitoriamente, em tratamento, sofrendo, isso se pode ver. Há um recorte ali.

Outra baliza que torna possível o trabalho de psicóloga com os indígenas é ter a prática ancorada em um programa, dentro de um projeto e, por fim, dentro de uma equipe interdisciplinar. Então, o atendimento psicológico nasce neste um contexto.

Fui percebendo algumas similaridades e conexões em relação a minha experiência na ACTC e a vivência na Casai. É um grande aprendizado trabalhar lá.

Mas, o que se vive ali? Em primeiro lugar, o medo da morte, tema que ronda a Casai. O medo da morte do parente, de si próprio, dos colegas, dos outros indígenas que estão ali. O contato com esse tema é muito intenso e diário,



mesmo para aqueles que estão bem. A morte está aí, está na cara. Enfim, a situação vivida é de doença, a doença própria ou de um familiar, de um parente. De estar doente fora de casa, fora da família, fora da comunidade, fora da língua. É um estranhamento bem intenso.

Há, muitas vezes, uma vivência de esgarçamento das relações com a família e a comunidade. É difícil a comunicação. Muitas vezes, é bem difícil de se falar com as aldeias, com que as famílias. Daí, vêm muitas fantasias do que está acontecendo com a família lá, se a pessoa ainda tem seu lugar garantido ali, naquela família, naquela comunidade. Isso é uma vivência muito dolorosa.

A espera é outro ponto nessa crise. Também é um assunto que ronda, uma espera angustiada porque não se sabe até quando ela vai durar exatamente, não se entende muito pelo “o que” se espera muitas vezes. É uma vivência de perda de controle da situação, a pessoa fica ali à mercê.

A questão do retorno é uma crise também. Quando chega a notícia de que é hora de voltar, o retorno é também cheio de questões e incertezas: as despedidas na Casai e as perspectivas em relação à volta para casa. As coisas estarão transformadas? Ainda há lugar para si? Como será recebido?

A Casai é um lugar transitório. Diariamente pessoas chegam e partem. Então, como se vincular ali dentro? Também é uma questão muito rica a ser trabalhada.

O medo da medicina, do desconhecido, da cidade, o estranhamento, o medo do outro estranho, dos outros indígenas diferentes de outras etnias e uma sensação de paralisação de vida na aldeia, de paralisação dos projetos pessoais e coletivos, cada um com sua comunidade.

Em princípio, tínhamos esta aposta da oficina como um espaço de escuta e um lugar por excelência para se trabalhar essas questões, e elas são trabalhadas, de fato, neste espaço. Durante a Oficina de Artesanato, por exemplo, os assuntos vêm à tona: quanto tempo está aqui, que difícil que é ficar esperando, se tem conseguido falar com a família. Tudo isso surge nas oficinas. Mas, com o tempo, surgiram demandas de atendimentos individuais. Quem primeiro falou disso foi a equipe de enfermagem da Casai, que pediu que eu comesse a atender alguns casos.

Enfim, vamos experimentar. Achei que podia ser proveitoso ter um espaço mais protegido, uma conversa individual. Entre mil aspas, porque individual, no atendimento com o indígena, é um individual bem relativo. Mas o quanto um espaço protegido, reservado, para se falar e se conversar sobre o que é vivido ali, podia funcionar, podia ajudar? A resposta foi muito positiva porque a demanda foi crescente.



No início, era a enfermagem que fazia, que sugeria, que encaminhava. Atualmente, não, os indígenas vêm querendo ter esse tipo de conversa.

Essa minha primeira pergunta radical ao trabalho da Psicologia voltada a indígenas, sobre a eficácia da conversa foi respondida, em parte: conversar, sim, pode ajudar. Ajuda em alguns casos, com algumas pessoas, ajuda muito, sim. Em princípio, o que eu faço ali? Eu ofereço um espaço de escuta para a elaboração do que está sendo vivido ali, naquela situação específica de crise. Em princípio é isso. O atendimento na crise se propõe a trabalhar no caos e a partir do caos.

Essas questões, que compõem a crise do indígena que está na Casai, são algumas, são as mais gerais. Elas podem ser trabalhadas em atendimentos psicológicos. São muitas e como é que se pode cuidar um pouco de cada uma? Esse é o desafio ao qual se propõe esta linha da terapia breve na qual eu trabalho.

Nos atendimentos é possível aproveitar, também, essa crise, a riqueza que ela tem, porque este é um momento muito rico. Em primeiro lugar, a pessoa distanciada da aldeia consegue ter uma visão diferente da vida lá, consegue elaborar coisas novas. Além disso, há um convívio com a diferença, com essa diversidade que é a Casai, e essa experiência de estranhamento com a novidade possibilita muitos novos sentidos.

No atendimento, eu me ofereço também como testemunha dessa experiência, de construção de uma história. Aquilo é uma parte da história.

Esqueci de falar que eu sou psicóloga e contadora de histórias também. Uma das oficinas que eu faço na Casai é a Oficina de História. Tenho pensado bastante nas histórias, uma história no consultório. Na verdade, eu penso que o meu material de trabalho são histórias. Os psicólogos trabalham com isso e com a possibilidade de criar, de recriar, de recontar a própria história, de direcionar a sua própria história para lugares desejados.

Quais são os meus instrumentos de trabalho nesses atendimentos, no meio desse caos que é vivido ali na Casai? Primeiro é a escuta, é ouvir, é partir dessa pergunta “Como você está?”, “O que você está vivendo aqui?”, “O que é ficar aqui na Casai esse tempo?”. Abrir muito os meus ouvidos, amplificar muito minha escuta para tentar captar de onde essa pessoa está partindo, de onde ela vem. Qual que é o ponto de partida, a partir do que ela está pensando e construindo sentidos?

Isso eu não faço sozinha. É isso que também me dá um chão pra trabalhar nessa diversidade, nesse estranhamento, porque eu vivo um estranhamento radical, a cada atendimento. Isso é vivido no consultório também, mas eu sinto que na Casai é vivido na sua radicalidade, porque muitas vezes não se



compartilha sequer a mesma língua com o paciente. Então, como que se dá este diálogo? Já é a primeira pergunta.

O chão que me possibilita caminhar com este trabalho é a equipe interdisciplinar e principalmente as conversas com a antropóloga Vanessa Caldeira. É nessa interface da Psicologia com a Antropologia que podemos fazer hipóteses a respeito do que determinada pessoa vem vivendo ali na Casai.

Um instrumento fundamental para meu trabalho como psicóloga é uma pergunta muito profunda que ronda qualquer atendimento que eu faça: “Mas que diabos essa pessoa está falando?”, “Do que ela está falando?”. É uma pergunta fundamental, essa é a pergunta da escuta. Essa pergunta, no atendimento com um indígena, ainda é mais radical por conta da distância entre culturas. É uma pergunta desconfortável (é mais fácil achar que se sabe, ficar em um lugar conhecido) mas é ela que orienta o trabalho. A partir disso, então, podem-se construir hipóteses do que aquela pessoa quis dizer, e até pensar os rumos possíveis para essas conversas-atendimentos. Essas hipóteses são construídas em equipe, principalmente com a Vanessa.

Além desta escuta, essa pergunta estranha que me orienta, essa postura de estranhamento profundo, os diálogos e construção de hipóteses na interface com a Antropologia, ainda conto com mais um instrumento potente de trabalho. Este consiste no diálogo entre duas culturas, a minha e a do outro. O que parece, em princípio, a maior dificuldade deste trabalho, pode ser um elemento que potencializa o encontro e a transformação. Este diálogo, sem dúvida, é muito rico e propicia construção de novos sentidos.

Algo que eu tenho constatado que pode aliviar um pouco a angústia dos que estão passando pela Casai é trazer o universo familiar para o atendimento. Trazer a história de cada um, a cultura de cada um, a origem, para aquele contexto, possibilita que a pessoa faça conexões do que é vivido na Casai com algo familiar, já conhecido – o que possibilita alguma elaboração. Este trabalho vai em direção à recriação da própria história e da criação de projetos de vida. A Casai é um lugar privilegiado para se construírem projetos de vida, por incrível que pareça. Um tanto por essa situação de crise que eles vão vivendo, outro tanto por esse distanciamento que possibilita olhar para a vida a partir de um outro lugar, então, buscar caminhos novos.

O atendimento, como reconhecimento de um sujeito com uma origem determinada, com uma história própria e no meio de um aglomerado de pessoas, que muitas vezes é a Casai, por si já é terapêutico.

Tem uma amiga minha que fala uma frase que eu gosto muito. Ela diz que: “Quando a gente conta uma história, a gente se dá conta dela e a gente toma



conta dela". Então, é nesse sentido que trabalhar com a história é muito terapêutico ali dentro.

Eu tenho aprendido um monte de coisas novas, uma delas é um pouco esse atendimento indígena, que vem com uma demanda diferente. Atender o indígena muitas vezes é acompanhar o indígena em um telefonema, é prepará-lo para uma consulta, é ajudar a explicar o que a chefia disse, quais são as regras da casa, entre outras coisas.

Mas, essa é a vantagem também de se estar em uma equipe interdisciplinar, pois na medida em que estas outras demandam atropelam o que eu penso que possa ser, mais genuinamente, meu trabalho de psicóloga, temos a possibilidade de ter a participação das outras pessoas da equipe. Tem uma pedagoga indígena que pode fazer determinadas coisas, a Vanessa que pode ter algumas conversas que eu não posso, enfim.

É por aí que eu venho pensando o modo como têm sido esses atendimentos. Atendimento individual é um jeito de chamar um atendimento *sui generis*, cada um é um.

O individual às vezes é uma família que vem conversar, várias pessoas da família acabam sendo atendidas. Às vezes, atendendo um indígena, há outro que está com um problema parecido, que está com uma questão em comum. Vem junto, participa, elabora, conversa.

Temos feito, além dos atendimentos, os acompanhamentos de caso. Alguns casos precisam de mais do que um atendimento, de uma conversa, de um acompanhamento psicológico. Vários casos são discutidos. A Vanessa me ajuda com suas hipóteses para os atendimentos e propostas de intervenção, e também faz atendimentos nesses acompanhamentos de caso.

Eu trouxe como exemplo o caso de uma indígena kalapalo, só para ilustrar um pouco o que pode acontecer ali dentro. Ela chegou até nós, com um câncer no útero, e veio para um tratamento com um objetivo de ficar boa logo e poder engravidar de novo. Ela tem um filho com o marido dela, e ambos ficaram ali um bom tempo na Casai, até que ela entendeu que não poderia ter mais filhos. Ela ficou muito mal.

Ela não dizia quase nada, o marido é que falava sempre por ela. Por sinal, ele é agente indígena de saúde lá no Xingu. Ele é que coordenava, tentava participar do tratamento dela. Falava por ela, dizendo que ela não sabia o português, e dizia para mim sempre que ela estava muito triste por só ter um filho. Realmente ela estava muito triste, era visível. Eu fiz atendimentos com os dois, mas só ele falava e ela, ao lado dele, concordando. Depois de um tempo, ela passou a ter muito ciúme do marido, ali dentro da casa. Ele é bonito, sedutor, e ela não podia ter mais filhos, uma posição bem difícil para ela.



Eu estava havia muito tempo querendo conversar com ela, a sós. Um dia, consegui uma brecha. Ele falou um monte por ela, o que ela estava sentindo, como era, como não era. Uma hora que ele se afastou, eu insisti, fiquei lá do lado dela, suportei um tempo de silêncio, de timidez e, de repente, ela começou a falar. Nessa hora, ela conseguiu reconstruir um pouco a própria história, ressignificar aquilo que estava vivendo.

Aquele era o segundo marido dela. Do primeiro casamento, ela tinha mais três filhos. Ela não era mãe de um filho só, é que ele queria mais filhos. Daí, ela foi dizendo da saudade da aldeia, e eu fui indo muito atrás, “Saudade de quem? Quem que está lá?”, daí ela falou: “Três filhos”, “Ah, tem mais três filhos? Nossa!”, e daí ela foi se dando conta “É mesmo”, de repente, “Puxa, eu tenho quatro filhos, não um só”. No meio dessa conversa, foram aparecendo os netos novinhos, dois netos, que ela vinha ajudando a criar, a cuidar.

Então, ela sentiu um alívio que, a meu ver estava relacionado com a possibilidade de ressignificar seu papel de mulher. Foi um atendimento muito pontual, e foi interessante como ela foi se dando conta de tudo o que ela tinha. Pôde a partir daí dar outro sentido para aquela vivência terrível na Casai, pois ela tinha quase que deixado de ter alguma função de maternidade, de mulher, de não poder mais ter filhos, não poder mais engravidar, além do ciúme doentio do marido.

Um outro caso interessante para ilustrar a parceria da Psicologia com a Antropologia na Casai foi o acompanhamento de um casal suruí que permaneceu alguns meses na instituição. A esposa era paciente. Esses acompanhamentos foram muito espontâneos, não planejamos atendimentos, a enfermagem não chegou a fazer indicação para este caso.

Vale, antes de trazer o caso, ressaltar que os indígenas, quando começam a ter um pouco de confiança, a estabelecer uma relação com você, eles te procuram, escolhem um ou outro profissional de acordo com a simpatia, com a afinidade. Então, nem sempre é o psicólogo o profissional que se busca para essa conversa.

Então, o que fazia a nossa equipe, sendo que histórias passavam por nós individualmente a partir dos laços estabelecidos? Como profissionais, como equipes, nós ficávamos perdidos. Decidimos em equipe que os casos seriam acompanhados sempre em interlocução comigo, uma espécie de supervisão. A equipe discutia os casos para pensar, a partir de um olhar da psicóloga, como conduzir as próximas conversas.

Esse casal começou procurando uma pessoa, duas, três, quatro. De repente, vários profissionais da Casai estavam envolvidos com a vida pessoal, entre



aspas, com a vida emocional desse casal, que entrou em crise conjugal, no nosso termo, no nosso jeito de falar. Então, separa, não separa, liga para o pai, que era o cacique, se ele autoriza, se volta um, se troca o acompanhante.

Aquilo foi envolvendo todo mundo e, quando demos conta, estavam todos superpreocupados. Nós, como profissionais, pensávamos: “Poxa, vir a São Paulo para fazer um tratamento e gerar a dissolução de uma família... Nossa, que barra!”. Quer dizer, será que é esse o preço? Você vem para cuidar da saúde e descuida de um outro lado?

Foi um caso clássico, era um grupo com o qual a Vanessa nunca tinha trabalhado e ela tinha pouca informação sobre como é que se dava a vida cultural, as tradições, os costumes, os valores desse universo suruí.

Ela foi dialogar com uma pessoa da Antropologia que se dedicou a esse povo. Conversamos muito com o casal, os atendimentos eram intensos, o casal demandava muito da equipe. Foi muito gratificante porque, ao mesmo tempo, foi um aprendizado enorme para nós.

A equipe ficou muito angustiada e ansiosa por querer ajudar e não saber como. Foi um alívio perceber que, em princípio, só a escuta já ajuda bastante.

Quando esse indígena falou para Vanessa: “Eu estou com ciúme da minha esposa”, e ela falou: “Deve ser difícil”, ele encontrou um lugar para ele, foi acolhido, entendido, minimamente, no que pode ser que ele estivesse sentindo.

Vanessa disse que se arriscou muito porque, em uma situação dessas, não sabia se essas conversas eram capazes de ajudar. Sua estratégia nas conversas, quando ele lhe falava coisas que não entendia era dizer abertamente: “Não estou entendendo nada. Eu não estou entendendo o que te angustia porque não faz parte do meu universo. Como o casamento foi arranjado, o que é o amor?”

Vanessa trabalha há pelo menos 11 anos com povos indígenas. Nunca teve um olhar para esse universo doméstico, mas sempre para o universo político, as reivindicações, as reuniões, demarcações de terra, pleito de políticas públicas, fóruns de discussão e assim por diante.

De repente, a Psicologia e o atendimento à saúde trouxeram novas questões a serem pensadas no âmbito da Antropologia. A Vanessa dizia: “eu nunca conversei com os indígenas a respeito, o que é amor? O que é sofrimento? O que é traição? Eu não sei. Então, eles vinham trazendo tudo isso para mim e eu ficava olhando, e falava: ‘Meu Deus, será que o que ele está falando é o que eu estou entendendo?’”.

Como Vanessa diz, não é apenas uma questão da língua, não é só ele falar suruí ou falar português, é outro código de linguagem. Nesse sentido, é fundamental perguntar, o quanto for necessário, o que o indígena está



falando, a partir de que está sentindo e pensando. Só assim, podemos nos aproximar da construção de algum sentido comum.

Isso foi legal, porque nesse caso deu certo. Muitos indígenas ficam cansados de responder muitas perguntas, principalmente para os antropólogos. Segundo Vanessa, eles cansam de ficar respondendo e explicando para o antropólogo o que você é, como é que você vive. Nesse caso deu certo porque ele gostou, porque para ele foi bom falar.

Criamos um vínculo a partir do que estava se passando com eles, e tentamos, então, usar isso como instrumento para buscar soluções. A solução não veio de nós, da equipe, veio desse diálogo com o casal, que foi suado, porque ele achava que nós, antropóloga e psicóloga, podíamos trazer a solução.

Conforme o tempo passava, a Vanessa virou Van, eu virou Jô, criamos uma intimidade. Era assim: “Van, o que a gente faz?”, “O que a gente faz? Não sei”, “Como você não sabe? Você não entendeu o que eu falei?”, “Entendi”, “Então, o que faz?” e a Vanessa falava: “Não sei”, “Como não sabe?”, “Não sei, não sei mesmo”. E nisso foram longas conversas.

O casal estava havia muito tempo sem se falar, eles não conseguiam conversar um com o outro. Acabamos virando pombos-correio. Ele queria que eu conversasse com ela e eu falava: “Bom, a intenção é que você vá conversar com ela”. Então, teve uma sessão por fim que vieram os dois, mas continuavam direcionando as falas a mim.

Eu ficava num fogo cruzado, era muito difícil. Em um atendimento com os dois – eles falavam em português comigo o tempo inteiro –, de repente, ele pergunta pra mim: “Mas por que ela faz isso comigo? Isso e aquilo?”, e eu falava: “Pergunta para ela”. Ele continuava falando comigo: “Mas eu não consigo entender por que isso, por que aquilo”, e eu: “Pergunta para ela, olha ela aí”. Enfim, chegou um momento em que ele começou a falar suruí com ela, um monte de coisas. Aí, ele virava para mim, falava: “Não é, Jô?”, como se eu pudesse entender sua língua. Nesse momento fica clara a intensidade deste encontro, a sensação de que estamos compartilhando de fato aquelas questões a ponto de o indígena ter uma sensação, por alguns instantes, de que podíamos compartilhar até mesmo sua língua. Esse atendimento é um exemplo interessante por conta da sua intensidade e por ter se dado de modo bastante ilustrativo nesta interface da Psicologia com a Antropologia.

Vivemos muito intensamente com aquele casal, com aquela família. Fizemos o parecer técnico para que a filha dela pudesse vir, uma menina pequenininha, que tinha ficado na aldeia. A paciente (e mãe!) tinha 14 anos, ficou internada na pediatria. Precisamos reforçar diante da chefia da Casai a importância de



que este bebê viesse para ficar com a mãe – que, na nossa cultura, é uma criança, uma adolescente. Fizemos um parecer na época e consultamos Betty Mindlin também para este caso, para que seu parecer também reforçasse o que essa moça solicitava havia muito tempo: a vinda e permanência de sua filha na Casai durante o tratamento da mãe.

Este é um exemplo de atendimento interdisciplinar que realizamos e que, muitas vezes, se desdobram em discussões ampliadas de casos. Atualmente temos feito isso. Quando há casos complexos, fazemos reuniões com os parceiros, para pensar casos específicos e outras situações mais gerais.

Em alguns casos mais complexos, chamamos para estas reuniões ampliadas o médico do Ambulatório do Índio, o enfermeiro, a equipe toda da Casai. Um representante da enfermagem, um técnico, a chefia da Casai, liderança, o paciente e seus familiares, principalmente.

Esse tipo de reunião que envolve família, liderança, profissionais da ponta (polos-base) é possível quando se trata de indígenas do Estado de São Paulo (guarani, principalmente). Apesar de focarmos casos específicos, acabamos trabalhando a favor de outros casos e exercitando um modo de trabalho interdisciplinar, em rede e que, acima de tudo, parte daquilo que faz sentido para o indígena e seus parentes/comunidade.



a contribuição indígena na construção do nosso futuro comum

Paulo Roberto Martins Maldos

Psicólogo, trabalhou com Educação Popular junto a setores populares urbanos e rurais de todo o País, por meio do Centro de Educação Popular do Instituto Sedes Sapientiae – Cepis (São Paulo, SP), de 1978 a 1991; foi assessor político do Secretariado Nacional do Conselho Indigenista Missionário – Cimi (organismo da CNBB, Brasília, DF), de 1991 a 2009; desde abril de 2009 é assessor especial do Gabinete Pessoal do Presidente da República, atuando principalmente na interlocução com os povos e organizações indígenas e movimentos sociais do campo brasileiro.

Agradeço o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo pelo convite a este debate. Foi importante perceber que o nosso encontro em Brasília (Seminário Nacional Psicologia e Povos Indígenas, CFP/Cimi, 2004) foi mencionado aqui como um momento especial, de certa forma fundador, mas penso que este evento de hoje apresenta frutos que superam, e muito, aquele evento inicial. Vocês estão de parabéns pela forma como estão continuando esse movimento, penso que é uma experiência única no país e que cada vez mais vai ser uma referência para o Brasil todo.

Como estou situado na Presidência da República, a minha fala vai ser marcada por um olhar político sobre a questão das relações dos povos indígenas com o Estado brasileiro e as políticas públicas.

Primeiro quero comentar um pouco sobre quem são estes povos indígenas com os quais nos relacionamos. Estes povos estão aqui, neste continente, desde muito tempo antes de nós, há pelo menos 12 mil anos. Nos últimos 500 anos, os povos indígenas sofreram um processo brutal de redução da sua população: eram entre cinco e seis milhões de pessoas no ano de 1500, pertencentes a mais de mil povos que habitavam essa região, que hoje chamamos de Brasil.

Da fase colonial até a Ditadura Militar, esses milhões foram reduzidos a quase zero. Aliás, houve um plano oficial na Ditadura de zerar a população indígena, de aniquilamento total. Esse plano, felizmente, foi superado, com a mobilização indígena e de seus aliados nas universidades, igrejas e entidades da sociedade civil.



Nos anos 70, ocorreram as assembleias indígenas interétnicas, com a temática central da “terra”, o que gerou uma articulação inicial dos povos indígenas no País. Depois veio a criação da chamada UNI, a União das Nações Indígenas, com lideranças que se tornaram referências para o movimento indígena, que então se iniciava.

Esse processo ganhou peso durante os anos 70 e 80; no País todo foram sendo realizadas, cada vez mais, assembleias indígenas e lutas indígenas pela terra. Tudo isso desembocou na Assembleia Constituinte, de 1986 a 1988, que resultou na Constituição que temos hoje e no capítulo indígena, os artigos 231 e 232. A Constituição Federal de 1988 criou uma ruptura com todo o passado de uma relação colonialista e integracionista, que o Estado nacional mantinha com os povos indígenas no Brasil.

O capítulo indígena da Constituição foi uma vitória expressiva dos povos indígenas, que teve consequências grandes na época, tem cada vez mais e vai ter cada vez mais consequências. As elites nacionais, se soubessem o que estavam aprovando naquele momento, certamente não teriam assinado.

Neste capítulo, que é breve, há conquistas com relação ao reconhecimento dos territórios indígenas, com relação à diversidade cultural, com relação ao reconhecimento do direito à participação dos povos indígenas na formulação das políticas públicas que lhes dizem respeito e com relação ao reconhecimento das suas formas próprias de reprodução física e cultural.

Esse novo patamar para as relações entre os povos indígenas e o Estado nacional teve consequências que foram se desdobrando ao longo dos anos, por exemplo, o crescimento populacional. Apesar do risco que passamos durante a Ditadura, temos atualmente 235 povos indígenas, cuja média de crescimento populacional supera a média da sociedade nacional.

Segundo as últimas estimativas, mais de 700 mil indígenas vivem hoje no País. O próximo censo, certamente, vai confirmar a população indígena brasileira com mais de 1 milhão de pessoas, vivendo nas aldeias e nas cidades.

O reconhecimento do direito territorial propiciou a demarcação de terras indígenas, em uma boa parte da Amazônia brasileira e nas demais regiões do País. As terras indígenas demarcadas somam hoje quase 13% do território nacional. Há muito a ser feito ainda, particularmente no Mato Grosso do Sul, no Sul e Nordeste.

Conhecemos avanços significativos nas demarcações e avanços também em outro processo importante, na região Nordeste principalmente, que alguns antropólogos chamam de “reconstrução étnica”. São povos indígenas que viviam as suas culturas de forma clandestina e, de alguns anos para cá, vêm



se reconstruindo como povos, retomando seus rituais, suas formas de viver, e seus territórios.

A Constituição reconheceu o direito dos índios poderem representar a si próprios para interagir com o Estado, o que favoreceu, dos anos 80 para cá, o surgimento de uma infinidade de organizações indígenas no País todo. Há regiões do País onde existem hoje muitas organizações indígenas: organizações por povo, entre diferentes povos, federações e assim por diante.

O processo de articulação desses povos ocorreu também em termos de macroregião, como a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – Coiab, que cobre toda aquela vasta região Norte. No Nordeste surgiu a Apoinme, que é a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Norte de Minas e Espírito Santo.

Existem várias mobilizações indígenas coletivas hoje. A cada ano ocorre o chamado Abril Indígena, que reúne mais de mil indígenas, pertencentes a quase duas centenas de povos de todo o país. Os representantes indígenas vão aos ministérios, onde discutem as temáticas que lhes dizem respeito: saúde, educação, cultura, demarcação de terras, a relação com o Estado e assim por diante.

Conhecemos hoje as alianças dos povos indígenas com outros setores do campo, com a Via Campesina, por exemplo, uma articulação das organizações camponesas, entre as quais o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Movimento dos Pequenos Agricultores, Movimento das Mulheres do Campo, Movimento dos Atingidos por Barragens. Os povos indígenas se articulam com essas organizações do campo para lutar pelas políticas públicas que lhes dizem respeito.

O exemplo maior de participação indígena na relação com o Estado brasileiro é a Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI), na qual os representantes indígenas participam de maneira quase paritária com os representantes de diversos ministérios, Funai e outros órgãos governamentais. Eles discutem ali as políticas públicas indigenistas e a maneira de implementá-las.

Os povos indígenas têm um protagonismo fundamental nesse processo. Ali, na CNPI, já foram desfeitas pelos índios várias armadilhas, por exemplo, a tentativa de se criar uma legislação específica para a mineração nas terras indígenas. Os índios exigem que toda a legislação referente à questão indígena seja discutida no âmbito do novo Estatuto dos Povos Indígenas, que está parado no Congresso Nacional há décadas.

É preciso consolidar toda a legislação indigenista num único projeto de lei, que é o novo Estatuto dos Povos Indígenas. Existe, ainda hoje, o antigo Estatuto do Índio, que é da época da Ditadura Militar.



As elites perceberam que na nossa Constituição Federal está a base das conquistas dos povos indígenas, então passaram a judicializar a questão indígena, encaminhando ações ao poder judiciário, ao STF, ao STJ, aos TJs, para impedir demarcações de terras, para impedir iniciativas do Executivo que possam ser benéficas aos povos indígenas.

Vimos isso com bastante clareza na questão da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, o Governo já a havia homologado em 2005 e uma ação do Supremo Tribunal Federal tentou impedir que se concretizasse.

Foi um debate que se prolongou por anos, até abril de 2009, e, felizmente, os índios ganharam, também graças à grande mobilização que tiveram de aliados no País todo.

Ganharam, porém as elites conseguiram introduzir as chamadas “19 condicionantes” para as próximas demarcações. Estas condicionantes buscam limitar, coibir as demarcações de terra, mais particularmente aquelas que hoje, com tanta dificuldade, estamos buscando realizar no Mato Grosso do Sul, pertencentes ao povo guarani kGaiowá. É nosso dever fazer todo o esforço para superar esta situação. O guarani é um povo que reza muito, que fala baixo, que não é de responder agressão com outra agressão, muito pelo contrário, é de se retrair. Tem toda uma forma de reagir que não tem nada a ver com as formas históricas que conhecemos de lutas sociais.

É um povo que sofre, há anos, um processo de etnocídio e genocídio. O Governo Federal tem feito tentativas de demarcar e identificar as terras indígenas no Mato Grosso do Sul, mas há fortes resistências naquele Estado, a partir do próprio governo estadual. A reação dos guarani kaiowá frente à falta de perspectivas de vida é a do suicídio.

Essa reação de suicídio é uma reação que talvez psicólogos e antropólogos juntos possam ajudar a compreender, mas não basta compreender, temos que superar esta situação. A cada ano, cerca de 90% dos casos de morte indígena no País ocorre no Mato Grosso do Sul, sendo que quase todas as mortes por suicídio ocorrem Naquele Estado.

E cada vez mais os suicídios ocorrem entre jovens e crianças. Se anos atrás, os suicidas tinham vinte e poucos anos, hoje têm doze, treze anos de idade. Li recentemente a notícia chocante de uma criança guarani kaiowá, de 12 anos, que chegou em casa vinda da escola, varreu embaixo de uma árvore e ali, em seguida, se enforcou.

Situações corriqueiras resultam em suicídio, por exemplo, a partir de uma briga entre namorados. Depois da briga, o garoto se suicida, daí um irmão deste garoto se suicida, um primo ligado a este irmão se suicida, na outra semana um



amigo deste primo se suicida. Criam-se às vezes ondas de suicídio, detonados por um suicídio de um adolescente, de uma criança. Portanto, é uma situação trágica à qual devemos nos dedicar como uma prioridade em termos de política pública.

Outra questão que deve exigir muito de nós é a defesa e proteção dos povos indígenas isolados. Existem mais de 70 indícios de povos isolados no País, que sofrem a ação da sociedade nacional, principalmente das frentes agrícolas situadas na região amazônica.

Hoje, a própria Funai e os indigenistas já compreenderam que a forma ideal da sociedade brasileira se relacionar com esses povos é não nos relacionarmos com eles, ou seja, identificar os seus territórios e demarcá-los para que eles possam viver tranquilamente na sua forma histórica, porque eles já optaram em não se relacionar conosco. Então, o que precisamos é garantir esse direito deles de não terem contato conosco.

Vivemos hoje uma tensão e um conflito bastante intensos entre os povos indígenas e a sociedade nacional. Localizamos essa tensão, principalmente, na nossa visão de desenvolvimento econômico, que, por sinal, se encontra totalmente questionada.

O nosso modo de ser, o nosso modo de agir, como sociedade nacional, já é algo condenado pela história. Como bem disse um indígena que nos precedeu aqui, a espécie humana talvez tenha dez ou vinte anos para começar a ver seriamente os resultados desta forma catastrófica de se relacionar com a natureza. Os povos indígenas têm muito a nos ensinar neste tema fundamental.

Hoje conhecemos, devido ao crescimento das lutas indígenas na Bolívia, no Equador e em outros países da América Latina, o conceito indígena do “bem viver”. Este conceito, que propõe a relação respeitosa, equilibrada, entre as pessoas e com a natureza, já está inscrito nas constituições da Bolívia e do Equador e pode nos ajudar a construir outra maneira de viver e conviver em sociedade.

Acredito que o profissional psicólogo pode ter um papel importante como facilitador deste processo de escuta das comunidades e povos indígenas, do nosso aprendizado com eles, do reconhecimento respeitoso de subjetividades diferentes da nossa.

A subjetividade hegemônica na nossa sociedade é uma subjetividade urbanizada, globalizada, marcada pela influência onipresente das multinacionais, numa dinâmica em que nós somos estimulados a consumir incessantemente, assim como consumidos pelos objetos que compramos.

O nosso objetivo deve ser superar, definitivamente, o Estado colonial presente, hegemônico nas nossas instituições; superar a ideologia colonial presente na nossa sociedade, nas relações entre os grupos sociais e entre as pessoas. E,



finalmente, superar o que eu chamaria de subjetividade colonial presente nas próprias pessoas, em nós mesmos, numa repetição que é fruto de mais de 500 anos desta visão de mundo que nós ainda adotamos, que é predatória com relação aos demais seres humanos e com relação à natureza.

Nós, psicólogos e outros profissionais, como cidadãos, podemos contribuir teórica e cotidianamente na construção de novas subjetividades, na construção de novas relações sociais decorrentes delas e na construção de um novo Estado.

Considero que este é o grande desafio: fortalecer as novas subjetividades emergentes, construir com elas novas relações pessoais, novas relações sociais e um novo Estado.

Precisamos buscar romper com essa repetição secular, precisamos implodir a lógica das relações e subjetividades impostas e abrir oportunidades de reconhecimento e vivência de outras subjetividades, das subjetividades indígenas, quilombolas e de outras minorias étnicas.

Se fortalecermos, tanto os territórios originários, no interior do País, como os territórios urbanos, onde tais minorias também se expressam, vamos perceber que os povos indígenas e as demais minorias têm muito a contribuir conosco na construção de uma nova sociedade e de um novo modo de viver e conviver.

Cada vez mais, os povos indígenas poderão deixar de ser povos do passado, como se ensina nas escolas ainda hoje, para serem cada vez mais povos do futuro, porque vão nos ajudar a construir um novo país, uma nova nação, um novo modo de ser, baseado na concepção de bem viver com a natureza e de bem viver com os outros.



ensaio para uma epistemologia trans (disciplinar, cultural e pessoal) na mediação da psicologia em sua aproximação com os povos indígenas

Luiz Eduardo Valiengo Berni

Psicólogo, mestre em Ciências da Religião pela PUC-SP; doutor em Psicologia pela USP; membro do GT Psicologia e Povos Indígenas (CRP SP); membro fundador do Centro de Educação Transdisciplinar (Cetrans); pesquisador do Grupo de Pesquisa - Estudos Transdisciplinares da Herança Africana (Unip/CNPq); coordenador científico da Université Rosae-Croix Internationale (URCI) – Amorç, jurisdição de Língua Portuguesa.

Apresentação

Meu contato com os povos indígenas tem pelo menos 20 anos, embora nunca tenha se dado de maneira sistemática ou contínua. Inicialmente o interesse esteve ligado à musicalidade desses povos, principalmente dos povos andinos e amazônicos. Com o passar do tempo estendeu-se para a dança sagrada incluindo-se aqui fragmentos da cultura de etnias norte-americanas. Com o passar do tempo ampliou-se para cultura e fui percebendo a complexidade e diversidade desses povos em suas especificidades. Foi somente no mestrado em Ciências da Religião, onde estudei o complexo canto-dança-oração, elemento irreduzível e comum a muitas etnias, que acabei chegando ao CRP SP. Com o desenvolvimento de nossas reflexões e a criação do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas e posteriormente a coordenação do Grupo de Estudos Transdisciplinares Psicologia e Povos Nativos (Getrans), que a reflexão atingiu o status aqui apresentado, sendo ainda apresentada em dois de nossos eventos.



Trata-se, pois, de uma proposição epistemológica apresentada em sete pontos. (1) Início com uma reflexão sobre o pluralismo epistemológico que vigorava até a modernidade, enfatizando sua glória pela diferenciação do Bom, do Belo e da Verdade, e sua queda com a ênfase na Verdade e o cientificismo, e a consequente oposição entre ciência e religião que se sucedeu. (2) Depois procuro traçar um panorama da Psicologia Científica que surge no auge da cisão ciência-religião, motivada pela necessidade de se atribuir novos significados ao mundo moderno. Abordo, também, a fragilidade da Psicologia Científica e as grandes correntes do pensamento psicológico. (3) Em seguida apresento uma reflexão do caráter disciplinar ao transdisciplinar traçando um histórico desse movimento. (4) Na sequência, apresento os pilares da abordagem transdisciplinar enfatizando seus eixos ontológico, lógico e complexo. (5) A reflexão prossegue com um exame comparado entre Transdisciplinaridade e Transculturalidade, esta compreendida como um elemento complementar para apoiar o transdisciplinar no diálogo da Psicologia com os povos indígenas, onde são apresentadas as dimensões mito-simbólica, lógico-epistêmica e mistérica; (6) Então realizo um primeiro exercício transdisciplinar fazendo uma releitura de elementos do perspectivismo à luz dos conceitos transdisciplinares, além de analisar dois roteiros etnopsicológicos para mapeamentos transculturais; (7) e, por fim, realizo num segundo exercício, uma aproximação etnopsicológica da cultura guarani apresentada a partir de seus parâmetros históricos e sócio-religiosos; com breve caracterização da dimensão mito-simbólica, da estrutura social e relacionamentos; arrisco uma concepção de pessoa e a noção de desenvolvimento humano para, por fim, apresentar alguns elementos sobre a educação e a cura.

Espero que essas reflexões possam ajudar os interessados na aproximação da Psicologia com os povos indígenas a dimensionar seu desafio.

Introdução

A Psicologia científica ensinada em nossos cursos de graduação é pautada por um viés que pode dificultar um diálogo inter e transcultural fundamental para o contato com a subjetividade dos povos indígenas.

Ao narrar sua *História da Psicologia*, Mueller (1968), afirma categoricamente que “foi considerando a Psicologia como uma criação da mentalidade ocidental que tomou a liberdade de excluir de sua história não só as concepções animistas dos povos ditos primitivos, mas também as grandes tradições orientais” (pág. XVIII). Schultz e Schultz (1981) em *História da Psicologia Moderna* não tiveram preocupação desta natureza, fato talvez desnecessário, pois o título de seu



livro sugere de onde partiram, ou seja, do projeto científico da modernidade. A mesma perspectiva segue Davidoff¹⁴ (2000) em sua *Introdução à Psicologia*, fato que também pode ser observado no popular *O que é Psicologia?* de Teles (1995). Não bastasse esse olhar enviesado, o status da própria Psicologia Científica é questionado por diversos autores, dentre eles Japiassu (1982), que levanta a problemática não apenas no campo da Psicologia, mas também no que diz respeito às Ciências Humanas como um todo, visto que não há unicidade de campo em tais estudos que, não raro, podem ser conflitantes entre si. A mesma perspectiva é abordada por Figueiredo (1996, 2000) que traz a questão da pluralidade “aparentemente caótica e antagonônica” que existe do campo da Psicologia, dada a diversidade de posturas metodológicas e teóricas nela existente.

Embora os conhecimentos psicológicos encontrem uma grande dispersão por diferentes campos da ação humana, as teorias de personalidade talvez possam assumir um lugar privilegiado, sobretudo porque a partir delas pode-se compreender as visões de homem e de mundo por elas veiculadas. Visões estas que se fazem implícitas das posturas dos psicólogos que atuam em diferentes áreas.

Fadiman e Frager (1979), ao apresentarem um conjunto das teorias de personalidade mais veiculadas no pensamento psicológico ocidental, têm a coragem de incluir três capítulos que contêm uma aproximação comparada com sistemas psicológicos orientais marcadamente os veiculados pelo zen-budismo, o ioga na tradição hindu, e o sufismo. Por entenderem que “a Psicologia torna-se cada vez mais um campo de estudo internacional, menos amarrado aos pressupostos intelectuais e filosóficos dos Estados Unidos e da Europa Ocidental.” (pág. 282). Neste sentido, Wilber (2000) vai além, fazendo estudos comparados entre diversos sistemas psicológicos das tradições esotéricas ocidentais e orientais.

Como se verá, iniciativas como as de Fadiman e Frager e Wilber são de extrema importância para que a Psicologia possa estabelecer um diálogo com a Psicologia dos povos indígenas.

Diante desta breve introdução, pergunto-me: será que os psicólogos e os profissionais de outras áreas que atuam na área da Saúde e da Educação, junto aos povos indígenas, já pararam para considerar quais as implicações de suas concepções de homem e de mundo nas intervenções que fazem junto aos Povos indígenas do Brasil? É neste contexto que esta reflexão se

¹⁴ É importante destacar que o livro de Linda Davidoff, *Introdução a Psicologia*, é de Psicologia Geral, não de História da Psicologia, porém traz um capítulo introdutório situando a Psicologia Moderna.



justifica, tentando explorar algumas zonas entendidas como fundamentais para o estabelecimento de uma perspectiva epistemológica que sirva de ponte para a realização desse diálogo.

A Psicologia apenas muito recentemente começa a se aproximar institucionalmente das questões indígenas. O marco foi o Seminário Nacional promovido pelo CFP e CIMI em 2004 e as iniciativas do CRP SP que desde 2005 acabaram por redundar na constituição do GT Psicologia e Povos Indígenas em 2007.

É preciso que se diga que, apesar dessa novidade em termos institucionais para a Psicologia brasileira, muitas iniciativas interventivas, marcadamente no campo da pesquisa, já aconteciam anteriormente. Felizmente, tivemos a honra de contar com a participação de muitos desses colegas em nossos colóquios.

Da grande cadeia do ser ao reducionismo: a oposição ciência-religião

Segundo LenKow (1992) Einstein teria afirmado que “ciência sem religião é coxa, e religião sem ciência é cega”, pois “a ciência é indubitavelmente um dos métodos mais profundos encontrados pelo homem para descobrir a verdade; ao passo que a religião é ainda a maior força produtora de significação” (WILBER, 1998, pág. 11).

Mas religião e ciência vivem em conflito. Como a dimensão teológica é fundamental para os povos indígenas, penso que seja importante que possamos olhar, ainda que brevemente, para a história desse desacordo procurando entender como ele se deu e quais as implicações para as sociedades envolvidas.

Até o advento da Modernidade, por volta do ano 1600, a realidade era compreendida a partir da visão do que Lovejoy (2005) denominou de Grande Cadeia do Ser. Uma estrutura multidimensional, onde Níveis de Realidade superiores abarcavam e continham Níveis de Realidade inferiores numa grande hierarquia ou *holarquia*¹⁵.

Essa estrutura podia ser compreendida em seus diferentes matizes, dependendo da cultura, escola, religião ou tradição que a abordasse. Era possível divisar, por exemplo, pelo menos cinco Níveis de Realidade ou dimensões que a contemplavam: (1) o do Sagrado elemento não-dual, que

¹⁵ Recorrendo ao conceito de hólon de Arthur Koestler, Wilber (1998) afirma que essas hierarquias formadas seriam mais holarquias, nas quais o hólon seria um “inteiro/parte ou inteiros que são simultaneamente partes”.



pode ser compreendido pela mística¹⁶, do qual emanava o (2) Nível Espiritual, que podia ser compreendido pela dimensão mítica, que continha o (3) Nível Mental, que podia ser compreendido pela dimensão racional, que continha o (4) Nível Emocional, que podia ser compreendido pela dimensão psicológica, que continha o (5) Nível Físico, que podia ser compreendido pela dimensão material química, física e biológica, ou seja, de forma totalmente objetiva.

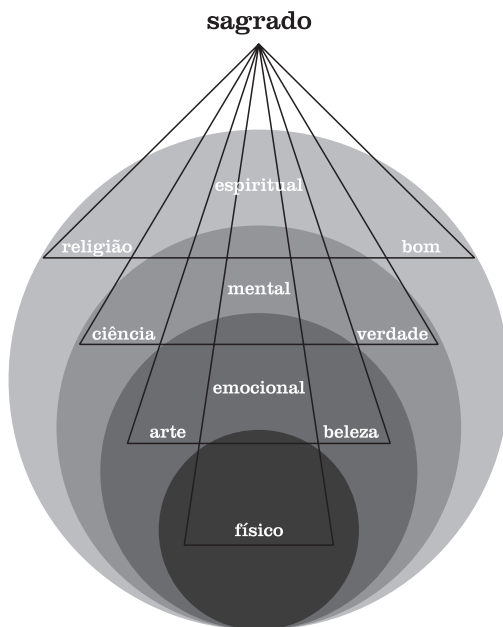


Figura 1 – A Grande Cadeia do Ser

Concepções desta natureza orientaram, em grande medida, a sabedoria de diferentes culturas no Oriente, assim como penso ocorra com muitos povos indígenas do Brasil. Trata-se de uma forma de abordar a realidade na qual vigora um pluralismo epistemológico¹⁷, significando que as diferentes escolas ou “disciplinas” que sondavam a Grande Cadeia do Ser produziam conhecimentos que eram e ainda são considerados relevantes.

A sondagem dessa grande cadeia se dava (e se dá) de forma empírica, por meio da experimentação, e os conhecimentos produzidos foram (e são)

¹⁶ Em Ciência da Religião, a mística estuda o caso de pessoas que tiveram contato direto com o Sagrado, com o Numinoso. Casos dessa natureza existem em diferentes culturas e religiões.

¹⁷ Campo da Ciência que estuda como se produz o conhecimento

sistematizados em forma da sabedoria cultural perenizada por meio do que conhecemos como Arte, Ciência e Religião.

Segundo Wilber (1998) a Modernidade, a partir de Max Weber, clareou a relação existente entre essas esferas, estabelecendo uma diferenciação dos “Três Grandes”: O Bom, a Verdade e o Belo. O Bom ficou a cargo da Religião (das Tradições); o Belo, a cargo das Artes; e a Verdade, a cargo da Ciência. Essa diferenciação permitiu significativos avanços na sondagem empírica da realidade, ou da Grande Cadeia do Ser, evitando-se um aspecto altamente nocivo que prevalecia até então: a invasão de uma esfera pela outra. Essa situação invasiva foi muito comum, sendo que a religião assumiu o domínio das demais áreas por um longo período de tempo, fato que quase levou Galileu para a fogueira.

Segundo Stoeger (2002) essa posição acirrada da Igreja contra Galileu teria sido fomentada pelos iluministas franceses do século XVII que almejavam a separação da Igreja e do Estado. Todavia, os reais objetivos de Galileu, que era um católico devoto, seriam apenas o de levar Ciência e Religião a uma situação de equilíbrio. O fato é que o episódio acabou ficando conhecido como o marco da cisão entre a Igreja e a Ciência. A partir daquele momento, na cultura ocidental, as palavras teologia e religião passaram a ser sinônimo de “atraso”.

Assim, aquela situação de equilíbrio teve uma efêmera duração, um reflexo tênue de um momento de lucidez da humanidade, que possibilitou a livre sondagem da Grande Cadeia do Ser, levando a avanços significativos em muitas áreas do conhecimento humano, contribuindo para a instalação das democracias e para o avanço dos estudos na Medicina.

Entretanto, de forma bastante rápida, a ciência passou a promover uma dissolução reducionista dessa sondagem, ou seja, o pluralismo epistemológico foi paulatinamente sendo substituído por um monismo lógico e gradativamente a ciência começou a reduzir a sondagem da realidade apenas ao nível físico da Grande Cadeia, ou daquilo que podia ser compreendido por um empirismo sensório-motor. Surgia, então, o cientificismo, que passaria a dominar as demais esferas como antes o fizera a religião.

A religião ocidental, por sua vez, marcadamente o cristianismo (católico ou não) reagiu rapidamente à perda de poder estabelecendo uma aliança estratégica com o Estado, que supostamente almejava pela separação. Essa aliança se deu no campo político-econômico, assim, o Estado passou a fornecer os recursos materiais e tecnológicos para que a Igreja e o próprio Estado ampliassem seu poder.

Essa empreitada se deu por meio das Grandes Navegações, que levaram à conquista das Américas, onde os religiosos sempre marcaram presença. Desta



forma, a igreja acabou mantendo seu poder e o Estado ampliou suas riquezas. Os efeitos dessa aliança hegemônica foram devastadores para as culturas do novo mundo. Vejamos como isso foi descrito por Smith (1992) que, de maneira quase poética, foi capaz de registrar esse momento histórico.

“Ao rever o caminho de como o novo substituiu o velho – reflexo de uma parada míope, de uma cegueira à eternidade como a que pode ocorrer no amanhecer de um dia brilhante –, nossos pensamentos se voltam para os nativos americanos. Eles também assistiram ao desmonte da paisagem. No caso deles, de uma paisagem rica em magia. Uma paisagem inexplorada e intocável como grãos de solo do Grande Espírito. Onde árvores eram os pilares do templo, onde o solo era tão sagrado que só podia ser pisado suavemente pelas peles macias de seus mocassins. Através daquelas passagens virgens, sem paralelo na natureza, aquelas pobres hordas possuíam essa estranha capacidade que pareciam ser de outra raça. Eram incapazes de ver as coisas da natureza como potencialmente exploráveis: árvores como lenha, animais como comida, montanhas como pedreiras. Essas vítimas da ‘missão civilizatória’, como os predadores denominaram sua conquista, podiam apenas sentir, como afirmou um oficial aposentado do Comissariado de Assuntos Indígenas dos EUA, *uma tristeza tão profunda quanto à imaginação possa alcançar - homens tristes, completamente conscientes, observando o universo ser destruído por um inimigo desprezível*. Os índios sabiam ‘que o mundo estava perdendo... a ancestralidade, a reverência e a paixão que o humano compartilhava pelo antigo, perdendo a reverência e a paixão pela terra e pela teia da vida’.” (Smith, 1992, pág. 35)

A análise do posicionamento radical da Religião em sua aliança com o Estado fez com que teóricos de grande relevância como Freud, Marx, entre outros, formulassem teorias que negaram a existência do Sagrado ou do Espírito relegando-os a categorias secundárias tidas como “ilusórias” (David, 2003). Ao analisar a história da dissolução, Wilber (1998) afirma que, ao longo dos séculos, quando a ciência materialista conseguiu provar que os processos anímicos ou espirituais encontravam ressonância ao nível cerebral, esse foi o momento do golpe derradeiro e a Grande Cadeia do Ser foi definitivamente abandonada, dissolvendo-se por completo as perspectivas plurais de compreensão da realidade. Então, tanto o Belo quanto o Bom foram abandonados em detrimento da Verdade, pois só a ciência materialista era capaz de explicar a realidade.



A partir da Modernidade, com o cientificismo, enfatizou-se a expansão disciplinar. Isso trouxe para a sociedade inúmeros benefícios e, simultaneamente, muitos problemas. A fragmentação dos conhecimentos, sobretudo com a exclusão do Bem e do Belo do debate sobre a realidade, levou à criação de uma série de cisões.

No caso do projeto epistemológico da Psicologia, Figueiredo (1996) nos lembra que, além de se expurgar a dimensão espiritual, expurgou-se também a mente, ficando-se apenas com a dimensão física, corporal.

Wilber (1998) apresenta três grandes movimentos que buscaram por uma reaproximação entre ciência e Religião. Visando a reintegração corpo-mente-alma, foram eles: O Romantismo, o Idealismo, o Pós-Modernismo.

Os românticos tentaram reconciliar a Ciência e a Religião propondo um retorno à natureza como forma de combater o excessivo reducionismo racionalista, afirmando sua crença na bondade do homem, enaltecendo a nobreza do selvagem e a admiração do herói. Estes caíram no que denominou de “falácia pré/trans” quando o pré-racional foi confundido com o transracional, simplesmente porque ambos não eram racionais. Isso porque a espiritualidade está além da racionalidade e não aquém desta (Wilber, op. cit. pág. 75-83). Os românticos se empenharam em libertar os sentimentos que estavam aprisionados pela razão, todavia, o caminho adotado os conduziu muito mais no sentido pré do que trans, ou seja, mais no sentido da indiferenciação do que da diferenciação. Isso os levou a valorizar indiscriminadamente tudo que não fosse racional, inclusive práticas regressivas, egocêntricas e narcisistas. O Romantismo foi, de fato, vítima da própria dissociação que procurou negar.

Os idealistas procuraram transcender a noção romântica que buscava a integração “do paraíso perdido” no passado, no “tempo antes do tempo” e a ela incorporaram a ideia da evolução (desenvolvimento). Assim tomam um caminho oposto ao dos românticos e rumaram para o pós-racional, para o Espírito Desperto, não-dual, e não para o pré-racional ou do Espírito Adormecido dos românticos. Propuseram que a grande integração não poderia ser alcançada nem pela volta à Natureza, nem pela Mente, mas somente pela via do Espírito que as transcende e engloba. Todavia, apesar desse avanço gigantesco, as proposições idealistas não lograram sucesso, pois eram apenas proposições intelectuais que careciam de prática, ou seja, não havia o elemento contemplativo que as pudesse levar para uma prática contemplativa, o que fez com que suas proposições fossem classificadas como “metafísicas”, ou como pensamentos sem evidência real, portanto, não foram aceitas pela Ciência (Wilber, op. cit. pág. 84-93).



Os pós-modernistas (extremos) procuraram atacar as bases do cientificismo, ou seja, negando-lhe a objetividade pretendida. Afirmando que a Verdade inexistia, existindo apenas interpretações, sendo esta a “característica intrínseca ao tecido do universo”. Esta forma de atacar a Verdade fez com que ela fosse reduzida às dimensões do Belo e do Bom que haviam sido negadas. Porém, ao tentarem negar a objetividade da Ciência, esta foi reduzida à subjetividade. Isso gerou uma panaceia de teorias incoerentes que acabavam por negar a si próprias. Todavia, essas teorias derivavam de três grandes pressupostos que pareceram a Wilber (op.cit.) poder contribuir para o diálogo entre Ciência e Religião. São eles: (1) A realidade não é apenas dada, é também construída de forma interpretativa; (2) O significado atribuído a essa interpretação depende do contexto onde se dá, sendo que este pode ser num contexto que crie limitações; (3) Portanto, a cognição não deve privilegiar nenhuma perspectiva isolada.

Apesar dessas importantes formulações, quando os pós-modernistas chegam ao extremo de negar toda e qualquer objetividade à Ciência, incorreram em erro, pois acabaram por reduzir tudo a uma perspectiva linguística e, desta forma, suas próprias formulações ruíram frente aos argumentos lógicos mais básicos, pois, se tudo era uma interpretação, os próprios pós-modernistas estavam fazendo isso (Wilber, op. cit. pág. 94-108).

Como se viu, ao longo dos séculos da Modernidade, muitas foram as tentativas de retomar o diálogo entre as esferas que exploravam a Grande Cadeia do Ser reconciliando saberes. Todas, infelizmente, aparentemente sem muito sucesso. Wilber (op.cit.), por fim, salienta que essa situação levou à existência de cinco posturas básicas, com as quais nos deparamos ainda hoje, que refletem a situação atual deste conflito, ou da busca pelo diálogo. São elas: (1) A Ciência nega qualquer validade à Religião e à tradição. (2) A Religião ou tradição nega qualquer validade à Ciência. (3) A Ciência é apenas uma das diversas modalidades válidas de conhecimento. (4) Dentro da Ciência, pode se encontrar argumentos plausíveis para a explicação do Espírito, do Sagrado. (5) A Ciência, ou a Verdade, não existe, o que existe são apenas interpretações.

O panorama da psicologia científica

No século XIX, enquanto a Psicologia se constituía como ciência na Europa, em meio aos posicionamentos extremos assumidos pela Ciência e Religião, nas Américas os povos indígenas eram massacrados.

Conforme afirmou Figueiredo (1996), do século XVII a meados do século XX a cultura ocidental esteve obcecada com as questões do conhecimento, com o foco na “produção e validação” das nossas crenças. Com a falência das tradições que



sucumbiram frente ao cientificismo, radicalizando-se em posturas cada vez mais fundamentalistas, formou-se o caldo ideal para a “privatização da individualidade” particularizada nas categorias analíticas que passaram a ser objeto da Psicologia Moderna. O triunfo da consciência reflexiva clamava por uma nova organização das crenças. “Nesse contexto, o recurso às experiências subjetivas individualizadas e de caráter privativo (em oposição às experiências coletivas promovidas pela Religião) passou a ser tanto uma possibilidade como uma exigência na tarefa de reconstruir crenças e regras de ação, valores e critérios de decisão seguros e confiáveis.” (Figueiredo, 1996, pág. 15 – parênteses nossos).

Michel Bernard, citado por Japiassu (1982), afirma que a necessidade da Psicologia pretender-se científica é um reflexo da ideologia que a precedeu, aliás, isso ocorreria em qualquer campo científico. A perspectiva paradigmática formulada por Khun (1999) para explicar a “ciência normal” elucidada com muita clareza esse posicionamento. Para ele “alguns exemplos aceitos na prática científica real – exemplos que incluem, ao mesmo tempo, lei, teoria, aplicação e instrumentação – proporcionam modelos dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica”. (Kuhn, op.cit. pág. 30).

Como exemplo desse utilitarismo conveniente, gostaria de citar um “esquecimento” comum em livros de História da Psicologia. Wilber (2000) ao realizar uma “arqueologia da Psicologia” descobre alguns elementos curiosos e pouco conhecidos na História da Psicologia. O mesmo Gustav Fechner, que em 1850 formulou a primeira lei da Psicologia (Lei de Fechner), teria escrito anos antes (1835) um livro impensável para um teórico de seu calibre, *“A Vida Após a Morte”*¹⁸, que anos mais tarde fora prefaciado em sua versão para o inglês por um de seus discípulos, William James.

Neste ponto da nossa reflexão, penso que seja fundamental retomar um ponto crucial: afinal de contas, o que é a Psicologia?

O estudo da alma? É isso que sugere o termo grego que lhe dá origem ao nome. Mas não seria a alma o objeto de estudo da Religião? Então, talvez fosse melhor dizer que o objeto de estudo da Psicologia é o homem? Mas esse não seria o objeto de todas as “Ciências Humanas”? O comportamento? Ao acaso a Antropologia ou a Sociologia também não o estudam? Por fim, talvez fosse mais adequado dizer, como propôs Wilber (op.cit.), que a Psicologia estuda a consciência, ou a inconsciência.

Infelizmente, não há resposta certa. A Psicologia pode ser tudo isso e muito mais. Essa é a grande angústia que acompanha a Psicologia Científica desde

¹⁸ Buchlein vom Leben nach dem Tode (Little Book of Life After Death) Chicago: Open Court Publishing, 1945.



sua formulação. Portanto, conforme já afirmou Figueiredo (1996), “é preciso reconhecer que a Psicologia não tem uma delimitação unívoca do campo, uma compreensão partilhada do que é fundamentalmente seu objeto, nem muito menos, há consenso sobre como gerar ou validar conhecimentos”. (pág. 22 – parênteses nossos).

Mas é possível reconhecer-lhe grandes linhas de pensamento. O próprio Figueiredo fez isso em seu *Matrizes do Pensamento Psicológico* (2000), assim como o fez Japiassu em *Introdução à Epistemologia da Psicologia* (1982) e Maslow, em *Introdução à Psicologia do Ser* (1968). Este último compreende a Psicologia a partir das “forças” ou de seus grandes enfoques epistemológicos. Assim, identificou como Primeira Força o Behaviorismo, como Segunda a Psicanálise, como Terceira a Psicologia Humanista e como Quarta a Psicologia Transpessoal.

O Behaviorismo está intimamente vinculado à constituição da objetividade da Psicologia a partir da qual esta se fundamentou como ciência. Seu foco está no clássico esquema estímulo-resposta, no qual os fatores externos (ambientais) assumem papel preponderante na determinação dos comportamentos. Seu maior representante foi Burrhus Frederic Skinner (1904-1990).

Sigmund Freud (1856-1939) é sem sombra de dúvida o representante mais importante da Psicanálise, a segunda força, que enfatiza, ao contrário do behaviorismo, a preponderância dos fatores internos na determinação dos comportamentos, onde as pulsões de vida e de morte (sexualidade e agressividade), que jazem no inconsciente, assumem uma função preponderante na determinação dos comportamentos.

Abraham Harold Maslow (1908-1970) e Carl Ransom Rogers (1902-1987), dentre outros, são considerados os pais da Psicologia Humanista, que não negou os fatores internos e externos abordados pelas psicologias de primeira e segunda força, mas acrescentou a estes os elementos puramente humanos na determinação dos comportamentos. Como a capacidade de escolha, a liberdade e uma tendência inata à realização humana.

Maslow é também considerado o pai da Psicologia Transpessoal, pois ele via a terceira força apenas como um trampolim para uma força mais abrangente, “mais elevada, transpessoal, transhumana, centrada mais no cosmos do que nas necessidades e interesses humanos, indo além do humanismo, da identidade, da individuação e quejandos”. (Maslow, op.cit. pág. 12). Essa psicologia tem vários representantes na contemporaneidade dentre os quais se destacam Pierre Weil (1924-2008), Stanislav Groff (1931-) e Ken Wilber (1949-), entre outros.



Do caráter disciplinar ao transdisciplinar

A Psicologia, como ciência e profissão, tem diferentes áreas de pesquisa e aplicação como, por exemplo, a Social, Organizacional, Clínica, Escolar, do Desenvolvimento Humano, Hospitalar, Jurídica, do Esporte. É preciso que se compreenda que essas subáreas são fruto da especialização disciplinar do conhecimento própria da modernidade.

Uma disciplina se configura a partir de um problema que precisa ser explicado. Por exemplo, o campo Psicojurídico se configurou inicialmente pela necessidade do Direito da compreensão psicológica para entender os comportamentos que podiam fomentar (ou que fomentavam) situações desviantes (ou conflitantes) das normas sociais. Na configuração deste campo, inicialmente duas subáreas da Psicologia foram fundamentais: a Psicologia Clínica e a Psicologia Social. Na Psicologia Clínica, como se sabe, encontram-se diferentes formas de compreensão do fenômeno humano. Poderíamos retomar aqui a perspectiva maslowiana de compreensão epistemológica, ou seja, poderíamos ter uma Psicologia Clínica Psicanalítica, uma Psicologia Clínica Comportamental, uma Psicologia Clínica Humanista, ou uma Psicologia Clínica Transpessoal. Embora se reconheça que as contribuições da Clínica tenham sido relevantes para a configuração do campo Psicojurídico, foram as delimitações intrínsecas ao campo, como a delimitação de um objeto de estudo, no caso o comportamento dos atores do sistema judiciário e a realização de estudos (pesquisas) e a consequente produção de conhecimento que se sucedeu, que possibilitaram que a Psicologia Jurídica se configurasse como disciplina.

Se por um lado vivemos ainda um momento de grande profusão disciplinar, estamos também em tempos de compreensão multi, inter e transdisciplinar.

A multidisciplinaridade pode ser entendida como uma troca que se faz entre profissionais de disciplinas diferentes para compreensão de uma mesma problemática. Por exemplo, a situação dos reclusos no sistema penitenciário pode ser olhada pelo psicólogo, pelo assistente social, pelo médico. A Saúde Mental Indígena pode ser compreendida pelo médico, pelo antropólogo, pelo psicólogo. Cada um desses profissionais procura fornecer explicações para o fenômeno e, dessa maneira múltipla, contribuir para a solução do problema comum. Uma crítica que se pode fazer a essa abordagem é o estado de fragmentação produzido, pois as contribuições são dirigidas ao problema comum visto como objeto de estudo. Como elas serão gerenciadas? Quem estará apto a capitanear as informações para a solução da problemática?

A interdisciplinaridade envolve a troca de metodologias entre as disciplinas (Niscolescu, 1999b). Esse processo pode chegar ao ponto de que uma nova



disciplina seja gerada. Veja o exemplo que se deu ao se explicar a formação da Psicologia Jurídica.

Dentro das correntes pós-modernas, começam a surgir movimentos que apresentam força epistemológica e passam a ganhar credibilidade na comunidade científica. Um desses movimentos é o da Transdisciplinaridade, que, segundo Nicolescu (2005), tem seu início formal com Piaget na década de 1970, passando também a ser desenvolvida no mesmo período por Edgar Morin, que liderava um “Laboratório de Transdisciplinaridade” numa importante universidade francesa. Esses pensadores atribuíram à Transdisciplinaridade um sentido de “liberdade de pensamento entre as disciplinas”. Mas, foi o próprio Nicolescu (op.cit.), entretanto, que propôs que a Transdisciplinaridade devesse ser considerada também num contexto maior, ou seja, para além das disciplinas. Assim, pode-se definir a Transdisciplinaridade como uma abordagem científica que considera que existem verdades intrínsecas ao campo disciplinar, que existem verdades intrínsecas ao espaço entre as disciplinas (interdisciplinar) e que existem verdades para além das disciplinas (transdisciplinar). O objetivo da Transdisciplinaridade “é a compreensão do mundo presente, para o qual um dos imperativos é unidade do conhecimento”. (Nicolescu, 1999, pág. 46)

Assim, a partir da década de 1970, começaram a ser realizados eventos que congregaram a comunidade científica em torno da necessidade de religação dos saberes. Nestes eventos foram produzidos documentos que passaram a se constituir em importantes referenciais para a constituição da Transdisciplinaridade como movimento científico. Eis a cronologia, disponível no Centro de Educação Transdisciplinar – Cetrans¹⁹:

- Em 1986 em Veneza, Itália, foi realizado o “Congresso A Ciência nas Fronteiras do Conhecimento”, no qual se produziu a célebre *Declaração de Veneza*, que enfatiza categoricamente a necessidade do diálogo entre a Ciência as tradições, a importância do respeito à diversidade e o surgimento de um novo racionalismo e uma nova metafísica.

- Em 1991 em Paris, França, houve o “Congresso Ciência e Tradição: Perspectivas Transdisciplinares”. Esse evento denunciou o enfraquecimento da diversidade cultural pela crença na existência de um único caminho de acesso à realidade e lançou o desafio de se pensar numa Civilização Planetária.

- Em 1994 em Arrábida, Portugal, houve o evento mais importante no campo da Transdisciplinaridade, o “ICongresso Mundial da Transdisciplinaridade”, no qual se produziu a *Carta da Transdisciplinaridade*, que, em seus 15 artigos, enfatiza

¹⁹ www.cetrans.com.br



que a Transdisciplinaridade: é contrária ao reducionismo; é complementar à abordagem disciplinar; compreende a realidade como multireferencial; valoriza, também, o diálogo; respeito às diferenças; entende que a economia deve estar a serviço do humano; e que a pesquisa científica deve ser pautada por rigor, tolerância e abertura.

- Em 1997 em Locarno, Suíça, foi realizado o “Congresso que universidade para o amanhã? Em busca da evolução transdisciplinar da universidade”, no qual se discutiu a unificação do sujeito e do objeto em sujeito-conhecedor.

- Em 2000, em Zurique, Suíça, houve a “Conferência Transdisciplinar Internacional”, no qual, onde se produziu a *Declaração de Zurique*, que enfatizava: a importância da reconciliação da Ciência com a Arte e a Espiritualidade; a importância do desenvolvimento integral do ser (interior-exterior); a importância do papel da Intuição, do imaginário e do corpo para uma educação verdadeira; a integração da Ciência, da Economia, da Democracia, da Metafísica, da Epistemologia e da Poesia. E se apresentaram pilares da Transdisciplinaridade: Complexidade, a Lógica do Terceiro Incluído, Níveis de Realidade.

- Em 2005, em Vila Velha, Santa Catarina, foi realizado o “II Congresso Mundial da Transdisciplinaridade”, no qual se produziu *A Mensagem de Vila Velha*, que enfatiza a necessidade de uma maior apropriação da *Carta da Transdisciplinaridade*; e a necessidade de integração dos múltiplos saberes, além de se criarem ações mais efetivas junto à universidade.

Com se vê, a Transdisciplinaridade é muito recente, embora a Psicologia também o seja. Em 1979, comemorou-se internacionalmente o centenário da Psicologia como ciência. A profissão no Brasil tem apenas 48 anos, tendo sido reconhecida apenas em 1962.

Os pilares da transdisciplinaridade

A Transdisciplinaridade não se opõe à especialização disciplinar da Ciência. Nem poderia ser diferente, pois ela só se justifica a partir do disciplinar. Enquanto a modernidade reduziu-se na busca da Verdade pelas leis matemáticas de funcionamento do universo, a partir da dimensão física, a Transdisciplinaridade não tem obviamente esse objetivo. Está empenhada em buscar a unidade do conhecimento.

Nicolescu (2005) afirma que a Transdisciplinaridade reconhece três eixos axiomáticos por meio dos quais pauta suas pesquisas. São eles:



a) O Eixo Ontológico: Há na natureza e no conhecimento da natureza diferentes Níveis de Realidade e consequentemente diferentes Níveis de Percepção da realidade.

b) O Eixo Lógico: A passagem de um nível para outro só é apreensível por meio da lógica do terceiro incluído.

c) O Eixo Complexo: A estrutura total dos Níveis de Realidade e de percepção é uma estrutura complexa, onde cada nível é o que é porque todos os demais níveis existem ao mesmo tempo.

O conceito de nível de realidade é o ponto central da metodologia transdisciplinar, entretanto, os três eixos então intimamente ligados. Ao introduzir a noção de nível de realidade no campo da Ciência, a Transdisciplinaridade se harmoniza com o conceito pré-moderno da Grande Cadeia do Ser. Morin (1999) parece considerar que esse conjunto axiomático poderia se constituir num novo paradigma para a Ciência, o “paradigma da complexidade”.

Níveis de Realidade são estruturas complexas regidas por leis próprias que lhe conferem consistência. Tais leis são estruturadas a partir de lógicas próprias acessíveis por meio dos Níveis de Percepção²⁰, formando um todo complexo, ou nas palavras de Arthur Koestler, citado por Wilber (1998), *hólons* “inteiros que são simultaneamente partes”, pois fazem parte de um todo maior. Embora cada nível tenha uma lógica própria e uma consistência, eles são *per se* incompletos. A compreensão dos níveis só é possível a partir de uma compreensão lógica dessa incompletude que se faz por meio da “lógica do terceiro incluído”.

“Um novo Princípio de Realidade emerge da coexistência da pluralidade complexa e da unidade aberta: nenhum nível de Realidade se constitui um lugar privilegiado do qual pode-se compreender todos os outros. Os níveis são o que são porque todos os níveis existem ao mesmo tempo. Esse Princípio de Realidade dá origem a uma nova perspectiva para a Religião, política, arte, educação e para a vida social.”

(Nicolescu, 2005, pág. 6)

Nicolescu criou uma representação diagramática para os Níveis de Realidade (ver figura 2).

²⁰ Os Níveis de Percepção se complexificam em Níveis de Compreensão, e de Representação.



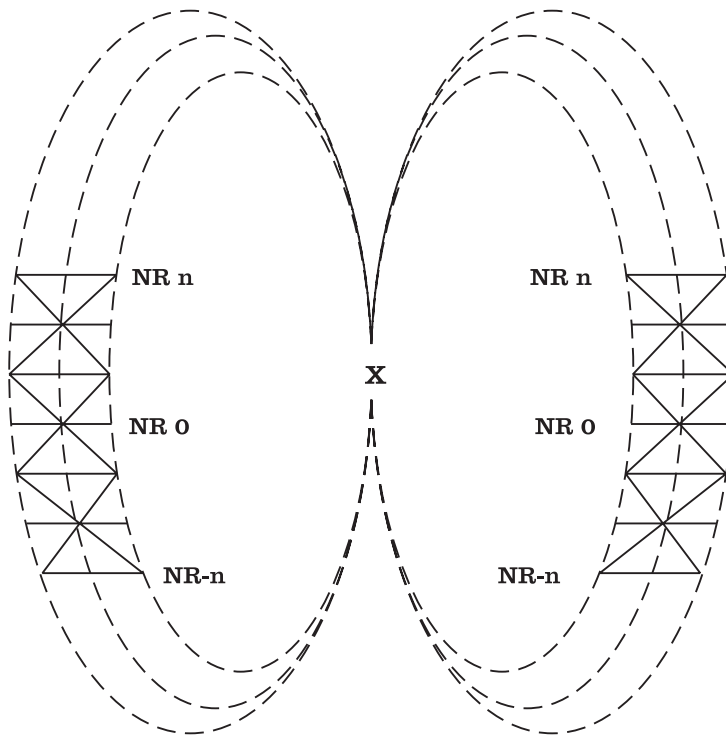


Figura 2 – Estrutura dos Níveis de Realidade (versão simplificada pelo autor)

Neste diagrama, que é apresentado aqui em uma versão simplificada, pode-se divisar do lado esquerdo a estrutura aberta da realidade em infinitos Níveis de Realidade (NR) e do lado direito os igualmente infinitos Níveis de Percepção (NP) que correspondem às lógicas a partir das quais se pode compreender os Níveis.

Os Níveis de Realidade são o objeto de estudo da Transdisciplinaridade, a partir dos Níveis de Percepção (estados de consciência) a eles associados, estes identificados como o sujeito transdisciplinar, portanto contemplam uma unificação entre sujeito e objeto.

Como se afirmou, cada Nível de Realidade possui uma consistência apreensível por uma lógica própria. Mas, como também se afirmou, os Níveis são *per se* incompletos. O que significa que suas limitações poderão ser encontradas na limitação da lógica que os explica. Desta forma, a resolução de um problema no limite da compreensão lógica de um Nível poderá ser encontrada na base de outro. Assim, uma incongruência intranível (paradoxo) só será resolvida num outro Nível de Realidade, com outra lógica. É assim que muitas vezes os Níveis se revelam a seus observadores.



Foi exatamente isso que ocorreu quando se descobriu o Nível Quântico. A lógica clássica que servia para compreender o macrocosmo não mais servia para explicar a realidade da matéria, visto que no universo quântico (microcosmo) o princípio da identidade da lógica clássica não é válido. Desta forma, só foi possível compreender o microcosmo a partir de uma lógica não-clássica. Na figura 3 apresenta-se uma representação diagramática de um “corte da figura 2”, ou de um Nível de Realidade (NR), compreendido, como se afirmou também, por um Nível de Percepção (NP). (Nicolescu, 2000, pág. 51)

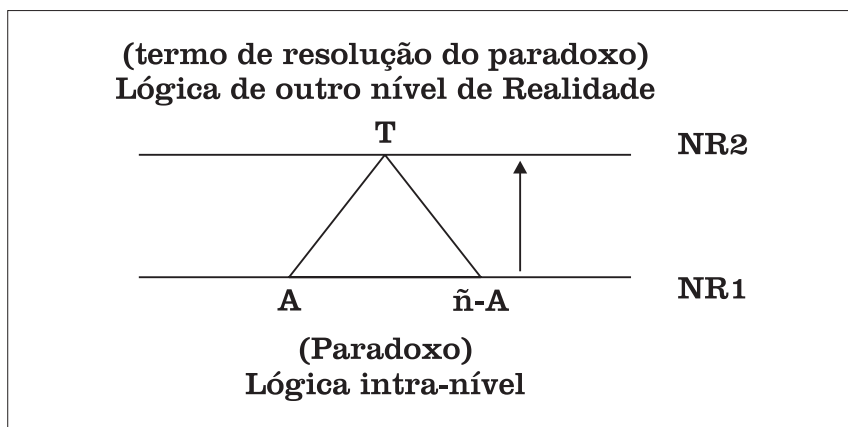


Figura 3 – Secção de um Nível de Realidade e a Lógica do 3º Incluído

Como os Níveis de Realidade constituem-se em “inteiros-partes”, tanto o “mais alto quanto o mais baixo” têm que estar unidos por um elemento que lhes seja comum. Como um colar, cuja beleza do todo das contas só é possível divisar porque existe um “fio invisível” que as mantém unidas. Do ponto de vista transdisciplinar, esse “fio de união” é denominado “zona de não-resistência absoluta”, que, como o fio do colar, está velado ou oculto, mas perpassa todos os níveis e os mantém coesos. Essa “Zona” segundo Nicolescu (op.cit.) corresponde ao Sagrado ou àquilo que se mantém velado e que não se submete a nenhuma redução. No diagrama apresentado na figura 2, corresponde ao “ponto X”, do qual todos os Níveis de Realidade emanam e para onde convergem. Assim, a Transdisciplinaridade reabilita o Sagrado para o campo da Ciência.

Elementos transculturais para o diálogo

Para uma aproximação efetiva da Psicologia com os povos indígenas, será fundamental uma complementação mediante o exercício transcultural, pois “as culturas não são disciplinas”. As culturas não são comparáveis (ou redutíveis) ao disciplinar, até porque, como afirma Panikkar, citado por Coll (op.cit., pág. 73), “cada cultura é uma galáxia em si”.

O objeto disciplinar corresponde apenas a uma parte da realidade, fruto de uma construção metodológica, como já se explicou. A disciplina em si não tem dimensão ontológica²¹, apenas lógica, e reflete a “maneira que a cultura ocidental moderna desenvolveu para conhecer melhor o Real, com todas as luzes e sombras que esta segmentação comportou e ainda comporta (Coll, op.cit. pág. 74)”. Uma disciplina lança um olhar sobre um fragmento de um Nível de Realidade, portanto corresponde apenas a um Nível de Percepção, compreensão, representação. Já a cultura, ao contrário da disciplina, com seu caráter holístico, procura explicar a totalidade da realidade. Portanto, lança um olhar ao Real de forma a explicar a realidade. Portanto, possui dimensão ontológica. Por isso o choque entre as culturas é tão violento.

Se retomarmos a Grande Cadeia do Ser por meio da *Psicologia Integral* de Wilber (2000), vemos que ele fez uma leitura ocidental dos Níveis de Realidade de Lovejoy²², aos quais denominou “O Grande Ninho do Ser”. (veja figura 4)

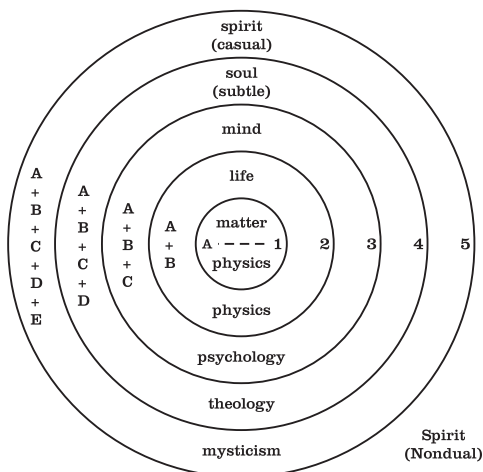


Figura 4 – O Grande Ninho do Ser (Wilber, op.cit, pág. 20)

²¹ Talvez a Psicologia seja uma exceção, por isso tem tanta dificuldade em circunscrever um objeto de estudo.

²² É importante que se diga que A Grande Cadeia do Ser, de Arthur Lovejoy, é um texto que reflete o pensamento filosófico ocidental dos gregos (Platão e Aristóteles) até a Modernidade (passando pela Idade Média), sendo publicado pela primeira vez em 1936.



Observe que neste enfoque disciplinar a Matéria ficaria a cargo da Física; a Vida a cargo da Biologia; a Mente a cargo da Psicologia; a Alma a cargo da Teologia; e o Espírito a cargo do Misticismo. O Sagrado ou Espírito Não-dual está fora dos círculos de compreensão.²³

Apesar da dificuldade de se definir cultura pode-se dizer que ela seja o “conjunto de valores, crenças, instituições e práticas que uma sociedade ou grupo humano desenvolve num certo momento do tempo e do espaço, em diferentes campos da realidade, a fim de assegurar sua sobrevivência material e a plenitude espiritual, tanto individual quanto coletivamente.” (Coll, op.cit., pág. 76)

Toda cultura, ao fazer uma interpretação completa (complexa) do Real, o faz a partir de três dimensões ontológicas: (1) Dimensão Mito-Simbólico – Reflexo de uma forma particular de consciência para além da lógica. Eliade (1999) entende que a principal função do mito seja a de fixar modelos exemplares para todas as atividades da coletividade ao qual represente, ou seja, o mito orienta os ritos realizados na família, no trabalho, na educação, etc; Panikar, citado por Coll (op. cit.) afirma que esta dimensão dá conta de três realidades: o homem, o cosmos e o divino. Portanto, os mitos e os símbolos encontrados nesta dimensão procuram explicar esses elementos do Real; (2) Dimensão Lógico-epistêmica - Que contempla a consciência de tudo o que pode ser pensado, ou seja, os conceitos, os signos, os termos, etc. A compreensão disciplinar enquadra-se neste nível; e a (3) Dimensão Mística - Ou daquilo é impossível de se definir, aquilo que não se submete à redução. Para Otto (1985) trata-se do Sagrado que não se submete a qualquer redução, o totalmente outro.

Há, como sabemos, uma grande diversidade de culturas no mundo. O Brasil é uma das nações que apresenta grande diversidade. Segundo dados do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), em 2004 eram identificados 241 povos indígenas, falando 180 línguas, vivendo em 24 dos 27 estados da Federação, com uma população total de 734.131 pessoas.

Evidentemente é fácil para nós constataremos que a cultura ocidental é extremamente forte na dimensão lógico-epistêmica, dada a importância da Ciência em nossa cultura, mas também o é na dimensão mito-simbólica, veja presença das religiões entre nós. Porém essas instituições encontram-se em conflito na cultura ocidental há pelo menos 400 anos! Isso dificulta sobremaneira o já delicado diálogo com as culturas indígenas, cuja força está no nível mito-simbólico.

²³ Com isso, é possível deduzir, à luz de Coll (op.cit.), que a cultura ocidental procura compreender os Níveis de Realidade a partir de grandes conjuntos epistemológicos disciplinares.



Felizmente, vivemos em tempos onde se valoriza o pluralismo, a diversidade e o relativismo, e o perspectivismo. Mas esta valorização por si só, não garante o diálogo. Possibilita, entretanto, uma boa compreensão das interfaces culturais para além das reduções. Para Coll (op.cit.), o reconhecimento dessas três dimensões (mito, logo, mistério) é fundamental para o diálogo entre as culturas. Portanto, para compreender outra cultura é preciso dialogar conectando todas as dimensões presentes nas culturas, respeitando-se as diferenças.

O tratamento dialético dos sociólogos, etnógrafos, etnólogos, antropólogos, ainda que necessário, continua nitidamente insuficiente para perceber as culturas naquilo que elas são existencialmente, pois elas escapam a uma análise exclusivamente objetiva, lógica, teórica que pode mesmo tornar-se uma profanação se pretender auto-suficiente e não se fizer acompanhar de uma comunhão mítica. (Coll, op.cit., pág. 87)

Esse ponto pode ser aclarado pelo trabalho da etnopsicóloga Ronilda Ribeiro. Em seu estudo da sabedoria negro-africana percebeu que o caráter eurocêntrico da própria definição disciplinar de Etnologia compreendida como “ramo da antropologia que estuda a cultura dos chamados povos naturais ou das populações primitivas” (Ribeiro, 2004, pág. 86) pode comprometer o diálogo entre as culturas. Isso reforça a necessidade da mediação transdisciplinar e transcultural. Adverte, também, para os cuidados que devem ser tomados na transposição dos elementos de uma cultura para outra. Citando Ruth Benedict afirma que “as noções psicanalíticas segundo as quais a relação com genitores e os traumatismos da primeira infância são fundamentais na formação da personalidade” não se confirmam em muitas sociedades não ocidentais. O mesmo podendo ser afirmado em relação ao Complexo de Édipo. Assim, conclui que práticas psicoterápicas que desconsiderem crenças e expressões culturais, pelas quais a pessoa se reconhece, promovem a “decapitação cultural” reproduzindo o discurso do colonizador. (Ribeiro, Op. cit. pág. 88)

Concluimos com Coll (2002) que afirma se o transcultural, existir ele corresponde à partilha do mito, do logos e do mistério que existe entre as culturas.



Por uma epistemologia trans para realizar o diálogo

Retomemos brevemente o percurso que tracei até aqui. Como vimos, até a instauração do cientificismo a compreensão da realidade na sociedade ocidental se dava numa perspectiva onde vigorava um pluralismo epistemológico, ou seja, eram legitimadas várias formas de sondagem da Grande Cadeia do Ser. Durante um breve período da história moderna, essa sondagem se deu de forma respeitosa pela diferenciação do Belo, do Bom e da Verdade. Com a dissolução que ocorreu logo em seguida entre Ciência e Religião, as posturas se radicalizaram e a Ciência começou a ocupar o lugar de dominação outrora ocupado pela Religião.

A Psicologia Científica surgiu num momento histórico onde esse conflito se acirrava. Por características que lhe são muito peculiares, essa ciência nunca conseguiu unificar seu objeto de estudo, fato que fragiliza amplamente seu posicionamento científico.

Tendo em vista a necessidade de a Psicologia atender aos povos indígenas, as abordagens interdisciplinares e transdisciplinares mostram-se úteis para a criação de pontes epistemológicas realizadas por meio de um enfoque transcultural para que a Psicologia efetive esse diálogo. Mas, será que existe uma abordagem disciplinar no campo da Psicologia que possa favorecer essa aproximação?

A rigor, acredito que qualquer uma das abordagens da Psicologia, ou forças, na concepção de Maslow, poderá aproximar-se das culturas indígenas, desde que o faça seguindo uma mediação epistemológica do tipo transdisciplinar/transcultural como a que foi apresentada. Entretanto, acredito também que, do ponto de vista disciplinar, a abordagem mais preparada para essa mediação seja a Psicologia Transpessoal. Em todo o mundo, indígenas de diferentes etnias são convidados a compartilhar seus conhecimentos com psicólogos transpessoais, havendo um entendimento muito harmonioso entre eles.

Embora os povos indígenas apresentem muitas diferenças entre si, ou seja, as culturas são marcadas por inúmeras especificidades, o que faz com que esses povos se designem a si mesmos como “parentes”? Penso que seja mais do que suas eventuais origens em famílias extensas, ou o fato de coabitarem o continente americano antes da conquista, embora esses elementos também sejam importantes. O que os faz parentes é que eles compartilham de uma mesma abordagem epistemológica para sondar a Grande Cadeia do Ser. O modelo de Lovejoy (op.cit.), como já se afirmou em nota, é baseado em perspectivas platônicas. Estudiosos como Meliá (1989) e Chamorro (1998) conseguem perceber na teologia do povo guarani fortes traços platônicos que trazem bons elementos para o diálogo com a estrutura de Lovejoy. Tal epistemologia, como



bem aponta Coll (op.cit.), é mais centrada nos elementos mito-simbólico do que nos lógico-epistêmico, próprios do pensamento ocidental.

Assim, enquanto as culturas ocidentais acreditam que a Terra pertence ao povo, as culturas indígenas são sabedoras que o povo é que pertence à Terra (Arrien, 1992).

Na Tradição ocidental o conceito de humano é ambíguo, pois como humanidade (*humankind*), somos entendidos como uma espécie animal e, por outro lado, nossa humanidade (*humanity*) é um elemento essencialmente moral que nos distingue completamente dos animais. Em outras palavras, na visão ocidental, os animais comungam com o homem o ponto de vista corporal, pois todos são animais. Há uma descontinuidade metafísica, espiritual, ou seja, se o animal tiver uma alma, ela é diferente da alma humana. Para os ameríndios, entretanto, ocorre exatamente o contrário, ou seja, há uma descontinuidade física, corporal, os corpos são muito diferentes, mas acreditam que há uma continuidade metafísica, espiritual. Portanto, há uma continuidade anímica e uma descontinuidade física.²⁴ (Viveiros de Castro, 2004, 2007). Essa comunhão anímica é encontrada na mitologia.

Esse perspectivismo, que enuncia Viveiros de Castro (op.cit.), nos possibilita a realização de uma série de pontes epistemológicas e ontológicas que trataremos a seguir.

Nesta perspectiva, os animais um dia foram tão humanos quanto os homens o são, por isso é possível que se comuniquem com seus espíritos. Isso pode ser observado no valor simbólico atribuído à caça (ou pesca) em cerimônias xamânicas. Portanto, o xamã é aquele capaz de cruzar a fronteira entre os mundos (Níveis de Realidade) e acessar a humanidade do não humano.

A tecnologia xamânica para fazer essa travessia se dá por meio do ritual e de todos os acessórios utilizados. Assim, metaforicamente, como os ocidentais usam vestes especiais para andar no espaço sideral e no fundo do mar, o xamã usa seus instrumentos e suas vestes cerimoniais para fazer esse mergulho nesses outros Níveis de Realidade.

Parece importante destacar que há uma característica inerente e comum a todas as espécies, a de perceberem a si mesmas como sendo as únicas humanas, o que nos leva a uma formulação etnocêntrica. Sendo, portanto, uma característica

²⁴ Esse é um ponto de vista epistemológico conhecido na Antropologia como “perspectivismo”, que enfatiza que toda percepção e pensamento têm lugar a partir de uma perspectiva que é alterável. O conceito foi criado por Leibniz. Do ponto de vista transdisciplinar, essa proposta encontra ressonância no conceito de Nível de Realidade, pois as perspectivas seriam como Níveis de Realidade, unificados por uma Zona de não-resistência comum (o sagrado), que permite a intercomunicabilidade entre os Níveis (perspectivas).



que não é exclusiva da sociedade ocidental, como muitas vezes se faz crer. Portanto, no nível de realidade do jaguar, por exemplo, o homem é um ser não humano, visto que os humanos seriam apenas os jaguares.

A visão indígena é, entretanto, cosmocêntrica. Esse fato tem implicações muito importantes do ponto de vista epistemológico, pois promove uma união do sujeito com o objeto, elemento que, como se sabe, encontra-se separado no cientificismo ocidental, mas unido do ponto de vista transdisciplinar. Desta forma, os animais e demais seres sobrenaturais são sujeitos, porque também são humanos. Isto leva a outra perspectiva importantíssima, ou seja, a de que há uma só cultura, a cultura humana, o que variam são as naturezas. Em termos transdisciplinares, poderia se dizer que a cultura corresponde ao Real e dele emanam os múltiplos Níveis de Realidade (naturezas). Assim, do nosso nível de realidade, não vemos o jaguar como humano, nem ele a nós. Trata-se, pois, de saber como o mundo se exprime por meio do jaguar, e não, como seria próprio afirmar no ocidente, de como o jaguar vê o mundo.

Nesta perspectiva vê-se que os mundos não são unificados, há uma descontinuidade, pois cada mundo é um Nível de Realidade em si, com suas lógicas próprias. Para os indígenas, essa ruptura entre os Níveis de Realidade se apresenta no corpo, não na alma. Os corpos são singulares, enquanto a alma é universal.

A comunicação entre os mundos é possível porque há a união do sujeito com o objeto, visto ser alma sempre humana. Só por meio de uma lógica diferenciada, própria do xamanismo, é possível acessar esses outros níveis. Essa comunhão transdisciplinar/transcultural é de extrema importância, pois no mundo indígena o princípio da identidade, fundamento do cientificismo, é completamente negado, visto, por exemplo, que um corpo pode conter mais de uma alma, como veremos.

Estas, como se vê, são questões muito importantes que precisam ser consideradas na aproximação da Psicologia com os povos indígenas.

A Psicologia Transpessoal traz em seu bojo muitos elementos transdisciplinares e transculturais que podem favorecer o diálogo com os povos indígenas. O enfoque básico das Escolas Transpessoais é o crescimento transpessoal, que é uma tendência para lidar com algo maior do que o self individual (Fadiman e Frager, 1979). Trata-se da adoção de um modelo de psique humana que reconhece a importância das dimensões espirituais ou cósmicas, e o potencial para evolução da consciência (Groff, 1988). É uma proposta holística que, de forma interativa, estuda a relação entre os seres humanos, seu meio ambiente e a ecologia (Krippner, 1991). Estudando também os estados alterados, ampliados ou superiores de consciência (Weil, 1978). Trata-se de um movimento que,



segundo Tabone (2003), pode ser compreendido como interdisciplinar, no sentido que dialoga com outras disciplinas para estudar a consciência humana. Esta é, pois, a perspectiva epistemológica da disciplina Psicologia Transpessoal, que a aproxima da compreensão de modelos adotados pelos Povos Indígenas. Analisarei agora duas perspectivas etnopsicológicas e transpessoais, as propostas por Ronilda Ribeiro (1996, 2004)²⁵ e orientandos, e a de Fadiman e Frager (1979).

Na proposta de Ribeiro e orientandos, ao estudar o universo Afro-brasileiro e Movimentos Transpessoais, pode-se perceber que os trabalhos apresentados seguem, em linhas gerais, a seguinte estrutura básica:

- a) Descrições gerais sobre a etnia ou movimento, dados históricos e geográficos;
- b) Concepções gerais de universo e pessoa da etnia ou grupo estudado;
- c) Descrições específicas dos elementos culturais e/ou conceituais encontrados na etnia e/ou movimento: mitos, ritos, espiritualidade e divindades;
- d) Perspectivas psicológicas específicas: dinâmica do psiquismo, Noção de desenvolvimento humano, Perspectivas de saúde e doença;
- e) Outros elementos relevantes.

Já a proposta de Fadiman e Frager, ao estudar a Psicologia Transpessoal de Tradições Orientais, Hinduísmo, Sufismo e Budismo, segue basicamente o seguinte roteiro:

- a) Dados históricos da tradição;
- b) Principais conceitos de espiritualidade;
- c) Estrutura:
 - Corpo
 - Relacionamento social
 - Vontade
 - Emoções
 - Intelecto
 - Self (Noção de Eu, Indivíduo e Personalidade)
 - Terapeuta (professor);
 - Avaliação;
 - Teoria em primeira mão;
 - Exercícios;
 - Bibliografia comentada.

²⁵ No trabalho de Ronilda Ribeiro, foram analisadas algumas de suas produções, bem como as produções de alguns seus orientandos. Ribeiro (1996, 2004) e Clavert (2010) trabalharam com descrições etnopsicológicas, enquanto que Ribeiro (2004), Boianain (1998) e Berni (2008) trabalharam com elementos transpessoais.



Se compararmos esses dois esquemas entre si e a proposta transcultural de Augusti Coll (mito, logo, mistério), apresentada em item anterior, vemos que são perfeitamente harmônicas entre si. Portanto, penso que roteiros dessa natureza sejam úteis para realizar mapeamentos etnopsicológicos, de modo que os psicólogos possam colocar suas abordagens em diálogo com a abordagem psicológica (ou etnopsicológica) da etnia com a qual estejam atuando.

Etnopsicologia guarani: um exercício de aproximação

Para finalizar, faremos um exercício etnopsicológico de mapeamento da Psicologia guarani. Para isso seguiremos esquema semelhante aos roteiros apresentados acima procurando localizar as estruturas propostas em textos antropológicos de diferentes autores, além de fontes de autores da própria etnia guarani.

a) Panorama Histórico Sócio-Religioso da Cultura guarani:

Apresento inicialmente uma visão geral dessa cultura milenar, sempre lembrando, como já afirmou Panikar, citado por Coll (op.cit.), que as culturas são galáxias e, portanto, irredutíveis, e toda informação será sempre incompleta. Quando a civilização egípcia começava a entrar em declínio, os gregos mal existiam e Roma sequer havia sido fundada, mas o povo tupi-guarani como língua e como cultura já existia, originário de um ramo do tronco tupi mais antigo.

“Os movimentos de migração originados na Bacia Amazônica ter-se-iam intensificado, motivados, talvez, por um notável aumento demográfico numa época que coincide com o começo de nossa era, há uns 2.000 anos. Esses grupos que conhecemos como guarani passaram a ocupar as selvas subtropicais do Alto Paraná, do Paraguai e do Uruguai Médio. São agricultores que sabem explorar eficazmente essa terra de selva, cujas árvores derrubam e queimam, plantam milho, mandioca, legumes e muitas outras culturas. São também hábeis ceramistas, fabricando os artefatos que como projeto, constitui um traço característico dos guarani. Acima das denominações particulares prevaleceu logo o nome genérico de guarani, dada a indubitável unidade linguística dos dialetos destes povos e as profundas semelhanças em sua organização sócio-política e em suas expressões culturais. Na época de seus primeiros contatos com os europeus, a população guarani alcançava cifras consideráveis. A hipótese de uma população 1.500.000 a 2.000.000, embora pareça uma cifra alta e maximizada, tem fundamento sério na documentação histórica. Durante



o processo colonial, a queda demográfica alarmou os próprios governantes. Uns poucos milhares de índios guarani foram absorvidos pela mestiçagem biológica e social, guerras, maus-tratos, epidemias e cativeiro foram os quatro cavalos daquele apocalipse que se abateu sobre o povo guarani. A opressão colonial, especialmente sentida desde que foram instauradas as partilhas de índios aos encomendeiros (1556), fez estourar numerosas rebeliões contra os cristãos. A maioria delas apresenta uma manifesta estrutura profética. A rebelião parte da tradição religiosa que os índios sentem ameaçada e se manifesta por meio de gestos e palavras também religiosas. Levantes são movimentos de libertação contra a servidão colonial e ao mesmo tempo uma reafirmação do modo de ser tradicional, que na rebelião encontra sua expressão mais autêntica. Durante toda a época colonial, durante o século XIX e até atualmente, grupos guarani conseguiram sobreviver livres do sistema colonial. Selvas relativamente afastadas dos centros de população colonial, pouco ou nada transitadas pelos civilizados, os mantiveram suficientemente isolados para que pudessem perpetuar seu modo de ser tradicional. É verdade que hoje não têm um território contínuo que lhes sirva de pátria comum e se encontram espalhados ocupando zonas que vão de alguns hectares até colônias com mais de 10.000 hectares geralmente em regiões de fronteira entre Brasil, Argentina e Bolívia. Fiéis à sua ecologia tradicional, procuram buscá-la e recriá-la onde ainda é possível, mas frequentemente deparam com ameaças e ações de expulsão de suas terras, invasão de novos povoadores.” (Meliá, 1989, pág. 293-299)

A etnia guarani é a maior do Brasil, contando com aproximadamente 35.000 a 45.000 pessoas²⁶, um número ínfimo se comparado aos dados históricos fornecidos acima. Os principais dialetos falados no País são: m’bya, kaiowá e nhandéwa, havendo também algumas diferenças culturais entre eles. Muitos falam também o português, porém dentro das aldeias sempre se fala mais o guarani, principalmente por parte dos mais velhos e das mulheres.

Esse povo que outrora vivia numa grande “nação em liberdade”, hoje vive confinado em aldeias, onde não raro existe uma missão religiosa cristã (Nobre, 2005).

A questão da demarcação das terras é um grave problema, principalmente na região sul e sudeste do país. A terra para o guarani não é um simples meio de produção econômica, sendo antes de tudo um espaço sócio-político-religioso. Trata-se, pois, de um elemento fundante dessa cultura. (Grubits, 2003)

Do ponto de vista econômico, Meliá, citado por Grubits (op.cit.), afirma que a

²⁶ Há muita discrepância nesses dados. Sites indígenas informam números diferentes de sites governamentais, por isso optamos em situar a demografia nesta faixa.



agricultura guarani – podendo-se dizer uma verdadeira “agronomia” – foi um saber amplamente utilizado pelos colonos para cultivar a terra, pois se mostrava como a forma mais sustentável e adequada à terra brasileira na ocasião.²⁷

Não há dúvida em se afirmar que, apesar das discrepâncias históricas que situam os guarani entre a “dominação passiva e o extermínio” (Nobre, op. cit.), a estratégia de resistência desse povo foi bem sucedida, pois eles continuam estruturados como linguagem e cultura de maneira emblemática nos dias atuais, portanto, foram capazes de resistir a 500 anos de dominação.

O guarani é um povo extremamente religioso, suas crenças parecem terem sofrido grande influência no período colonial durante as missões jesuítas do sul do País (Nobre, Op. cit.). Esse aspecto pode ser particularmente observado no uso que fazem de alguns instrumentos musicais, como a rabeca (violino) e o violão, que são de origem ocidental. Há registros de que, apesar de aparentemente submetidos à religiosidade católica, eles sempre mantiveram secretamente suas crenças em locais que, por muito tempo, escapou ao olhar do branco (Clastres, 1978).

Um elemento fundamental em suas crenças é a busca da “Terra Sem Mal”, um lugar sagrado de bem aventurança. Essa característica da religiosidade guarani, compreendida como profetismo, tem origens intraculturais²⁸, e promoveu ao longo da história desse povo grandes movimentos migratórios. Parece ser natural poder afirmar-se que a “Terra do Mal” é a cultura branca com sua proposta de exterminar a cultura guarani (Nobre, op. cit.). Dentre os grupos guarani, os m’byas são os que mais cultivam a dimensão da religiosidade tradicional (Nobre, op. cit.)

Clastres (op.cit.) aponta que os movimentos migratórios tanto dos tupi, quanto dos guarani, ocorriam mesmo antes da conquista. A direção da Terra sem Mal podia variar, entre o leste ou oeste. Em meados de 1500, há relatos de uma maciça migração tupi rumo ao Peru. Foram mais de 12 mil índios que caminharam durante 10 anos e, ao chegarem ao Peru, não chegavam a um milhar, sendo capturados pelos colonizadores. Já os m’bya de São Paulo procuraram a Terra sem Mal a leste, supondo-a para o além mar.

O complexo canto-dança-oração (Berni, 2002) é a “prática” por meio da qual

²⁷ Aparentemente, essa forma de cultivar a terra por meio de queimadas hoje não é mais compreendida como sustentável, principalmente dadas as restrições na mobilidade desse povo.

²⁸ Para Clastres (1978), há uma diferença entre o profetismo (busca profética) intracultural e o messianismo extracultural. O messianismo, que na forma assemelha-se ao profetismo, distingue-se deste por ser promovido pela ameaça de outra cultura, no caso da cultura ocidental. Como foi o caso da Ghost Dance na cultura indígena norte-americana. O profetismo guarani nasceu na própria cultura antes mesmo da dominação.



o guarani ajuda a comunidade a postergar a inevitável destruição do mundo e louvar a divindade. É também a “técnica” utilizada para o desenvolvimento humano e para cura. A palavra guarani se diz (canta) e se faz (dança). O canto, geralmente com entonações simples, é acompanhado de instrumentos musicais: (a) um m’*barocó* (violão) afinado num acorde fixo em tom maior (normalmente C+), o que significa que o músico que o executa não faz nenhuma posição (acorde), apenas executa um toque ritmado; ao ritmo do violão, segue-se (b) um *anguapu* (tambor) que faz um contraponto rítmico que é também seguido pelo (c) *maracá* (chocalho); (d) *rawé* (rabeca, violino), que executa trechos melódicos separando os versos que são também cantados pelas mulheres (meninas) e homens (meninos).²⁹

O tabaco ajuda a comunicação com o mundo espiritual e é fumado por meio do cachimbo *petyngua*. Segundo dados da Associação guarani *Nhe’ Porá*,

“A fumaça que sai de nossos *petynguas* (cachimbo sagrado) leva os pensamentos até *Nhanderu*. Começamos a fumá-lo ainda pequenos para estimular, desenvolver a religiosidade desde criança para que quando ela passe para a adolescência, e se tiver o dom, se tornar um pajé. Em todos os momentos em que o guarani está em busca espiritual para se fortalecer em suas atividades, usa o *petyngua*. Cada vez que fazemos uma reza, alguma atividade religiosa, quando estamos na *Opy* (casa de reza), nós o usamos. Ele purifica as forças negativas que estão no lugar em que ele é fumado. O *petyngua* pode ser feito de vários materiais, como por exemplo, argila, que pode ser misturada com ossos de caça para ter maior resistência, e madeira. Nas aldeias da região Sul, o *petyngua* é feito com o nó de pinho, já que este material é bastante resistente ao calor. O cachimbo também pode ter formato de um animal, como um papagaio. Antigamente o fumo usado era plantando nas aldeias, hoje se usa fumo de corda comprado.” (Associação guarani *Nhe’ Porá* – parêntesis nossos)

“Todos os grupos guarani são profundamente marcados pela cultura do milho e todos têm seu modo de ritualizar sua dependência desse vegetal. (Para alguns) o milho é verdadeiramente uma criança avatíko mitánte voi. O crescimento do milho pode mesmo ser tomado como padrão de maturidade masculina.” (Chamorro, 1998, pág. 174-175 – parêntesis nossos)

Os europeus trouxeram para os trópicos o inferno, proporcionando aos

²⁹ Ainda pode-se encontrar como instrumentos a “flauta feminina” *kunhã mimby pu* e o bastão de marcação rítmica *tacuary*



nativos um grau inimaginável de sofrimento físico e psicológico. Há relatos dramáticos do sofrimento proporcionado pelas doenças trazidas pelo branco. “Na Bahia, cenário privilegiado da peste, a varíola chegou pelo mar, embarcada num navio lisboeta que lá chegou em 1562. Em três ou quatro meses extinguiu cerca de 30 mil índios, sobretudo escravos e os reduzidos nas missões.” (Vainfas, 1999, pág. 49) Neste cenário que se configurou logo no início da conquista, Clastres (op.cit.) afirma as sociedades litorâneas foram as primeiras a desaparecer.

Entre os kaiowá do MS, houve uma grande onda de suicídios de 1995 a 2002, quando morreram 284 pessoas (Grubtis, op. cit.). Esses episódios tiveram início no primeiro semestre de 1991, fato que Morgado (1991) atribui à hipótese de “recuo impossível”³⁰.

Na perspectiva religiosa guarani, a morte não seria o aniquilamento do sujeito, podendo ser uma forma derradeira de manter viva a cultura e o próprio sujeito “num outro nível de realidade” (Morgado, op. cit.).

As migrações para o sudeste à procura da Terra sem Mal se deram entre os anos 1940 e 1950, quando os índios encontraram bastante receptividade por parte dos habitantes da região. Muitos, porém, foram os momentos em que sua boa fé proporcionou-lhes o engano e entre os anos 1970 e 1980 começaram os litígios pela terra frente à especulação imobiliária que se estabeleceu a partir de então (Ladeira, 1988).

Na região da Grande São Paulo, a predominância é m’bya, existindo três aldeias, duas em Parelheiros, Krukutu e Tendodê-Porã, e uma no Jaraguá, de mesmo nome.

Além da organização política tradicional, os índios da região da Grande São Paulo estão organizados por meio da Associação guarani Nhe’e Porá, que realiza diversas ações político-culturais.

Segundo Ladeira (op.cit.), atualmente as aldeias tekoha não seguem uma geometria regular, conforme o fora no passado (Clastres, op. cit.). Hoje não têm “um centro que as ordene espacialmente.”

Dados do Instituto Socioambiental (ISA) informam que “Os m’bya (e os ñandeva) constroem e mantêm uma casa para a prática de rezas e rituais coletivos, *opy guaçu*, localizada próxima ou mesmo agregada à casa do *tamõi* (líder espiritual)”.

Do ponto de vista da sociedade envolvente, os guarani pertencem às classes

³⁰ Morgado (1991) afirma que o esgotamento de qualquer possibilidade de recuar no espaço, diante da pressão da civilização ocidental, leva esses jovens (12 a 20 anos) a cometerem suicídio, por verem seus valores e a dignidade humana aviltadas.



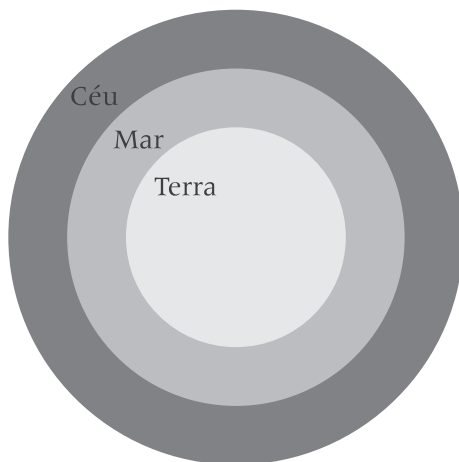
sociais D e E³¹. Com estilo de vida bastante peculiar, vivem em casas de taipa ou madeira praticamente sem móveis. Plantam pequenas roças e pescam na represa. Alguns vendem esses insumos e o artesanato. As aldeias têm forte influência da cultura envolvente por meio da comunicação de massa como a televisão e do rádio. O futebol é um esporte muito praticado na atualidade. (Andrade e Bueno, 2007).

b) Dimensão Mito-Simbólica: A Concepção de Universo

A força das culturas indígenas está em sua dimensão mito-simbólica. A essência do sistema mitológico guarani ficou na obscuridade até 1914, quando Nimendajú transcreveu em idioma guarani o que ele chama de lendas da criação. Talvez essa obscuridade tenha sido fruto de que no momento do contato, conforme aponta Clastres (op. cit.), o colonizador não percebeu a dimensão da religiosidade indígena, pois não encontrou os ídolos e templos que esperava encontrar, como os que foram encontrados em outras regiões das Américas.

“O universo guarani se compõe de três espaços bem diferenciados: a terra (yvvy), o paraíso (yvva, yvágá, oka vusu, yva rypy), uma região intermediária (ára popy). (Chamorro, 1989, pág. 119) Meliá (1989) denomina essa concepção de “horizontal, segundo a qual o céu estaria nas beiras da plataforma (veja figura 5).

Fig.5 “O Mundo Como Plataforma Circular – Mario Toriba, Rio Brillhante, MS, julho de 1995 (In Chamorro, op.cit, pág. 229)³²



³¹ Imagina-se o mundo como uma série de plataformas sobrepostas. Para os
Estas são as classes que possuem menos bens materiais, visto que a classificação é feita por esse quesito e não pela renda.

³² Note-se a semelhança gráfica com o esquema da Grande Cadeia do Ser.



kaiová, o centro da terra se refere ao umbigo do mundo. Na terra guarani, o poder da natureza e dos fenômenos naturais é personificado em seres sobrenaturais que, numa taxonomia ocidental, corresponderiam a entidades inferiores. São comumente chamados de espíritos. Às vezes os termos espírito e dono são sinônimos. Em alguns grupos esses espíritos são chamados de *teko jará* (dono do ser). E é o dono ou a dona do modo de ser de uma determinada espécie animal ou vegetal, bem como de alguma faculdade do ser humano.” (Chamorro, op. cit., pág. 119-122)

Meiliá (op.cit.) afirma que a Religião apresenta certos caracteres animistas. Há donos das matas, dos montes e dos penhascos. Os *kurupi* protegem os animais e castigam aqueles que caçam além daquilo que é necessário pra comer. Ele achou difícil fazer um resumo dos mitos guarani. Levanta como hipótese que a sobrevivência desses mitos até nossos dias se deveu aos princípios metafísicos neles contidos e a organização social da cultura como um todo, permanecendo idêntico, de modo que o dispositivo fundamental de construção cultural e de articulação sociológica se manteve afastado de qualquer revolução epistemológica. Portanto, os guarani continuam tão guarani como nos tempos pré-históricos.

Citarei um dos mitos a título ilustrativo:

“*Nandé Ru Vusú* (Nosso Grande Pai) se deixa conhecer no mito das trevas como o sol. Ele dá à terra seus princípios colocando-os sobre um eixo firme. Ele e outro Nosso Pai (conhecedor das coisas) encontra a mulher (Nossa Mãe) que fica grávida de gêmeos. A mãe é comida pela onça, os gêmeos nascem órfãos. Os gêmeos se vingam das onças, e tentam recompor a mãe, não conseguem. A morte está definitivamente instalada na terra. São esses heróis que guaranizaram o aspecto do mundo. Os dois heróis, sempre caminhando, roubam o fogo dos urubus, dão nomes às frutas. Encontram inimigos e depois amigos. Reencontram com o Pai, através da dança ritual e da voz. O Pai lhes deixa o que traz entre as mãos: seus atributos de xamã, e se esconde de novo. A terra está ameaçada. Entretanto Nosso Pai faz a pessoa Tupã que ao mover pelo céu, troveja e relampeja. E já terminado, o discurso mítico se refere ao fato de que se dança o ano todo e é aí, na dança, que é revelado ao xamã, que é nosso pai, o caminho. Este caminho conduz primeiro à casa de Nossa Mãe, onde não faltam frutas nem cauim para beber. É a festa.” (Meiliá, 1989, pág. 325-326)

Na mitologia guarani, há relatos de dois dilúvios (*Iporun*).



“Com efeito, o primeiro dilúvio deve-se a uma água celeste, o segundo a uma água tectônica; o primeiro articula-se com uma diversidade natural, geográfica: de uniformidade que era, achatada e sem água, a terra adquire relevo e os elementos se misturam nela; o segundo articula-se com a diversidade humana.” (Clastres, 1978, pág. 25)

Segundo Clastres (op.cit.), assim como teria acontecido no dilúvio, a busca da Terra Sem Mal está vinculada à convicção de que a terra será uma vez mais destruída.

“A Terra sem Mal é esse lugar privilegiado, indestrutível, em que a terra produz por si mesma os seus frutos e não há morte. Morada dos ancestrais, sem dúvida era um lugar acessível aos vivos, aonde era possível, sem passar pela prova da morte ir de corpo e alma. (Clastres, 1978, pág. 30)

“A imagem amplamente divulgada do guarani é uma imagem de quem busca incansavelmente e profeticamente, essa terra-sem-males. Trata-se de um lugar teológico que serve para entender e tornar atual a busca do verdadeiro Reino de Deus. Seria a terra de liberdade de todos os homens.” (Meliá, 189, pág. 336)

Nessa breve descrição da dimensão mito-simbólica pode-se perceber com clareza a descontinuidade corporal e continuidade metafísica dessa cultura, conforme apontado em item anterior.

c) Estrutura Social e Relacionamentos

“O xamanismo parece oferecer, em toda a América, uma notável homogeneidade.” (Clastres, op. cit. pág. 35)

Dado o alto grau de religiosidade da cultura guarani é dentro de uma perspectiva xamânica que se dão as relações básicas entre as pessoas.

“É sempre em função da palavra inspirada que o guarani cresce em sua personalidade, em seu prestígio e até em seu poder. As categorias dos dirigentes, geralmente homens, mas sem excluir inteiramente as mulheres, são estruturadas segundo o grau de excelência do dizer-se, na palavra. Os guarani se dividem em quatro classes: (1) O que ainda não receberam inspiração nenhuma; (2) Os que receberam um ou vários cantos; (3) Os dirigentes rituais – *ñandé ru* ou *pa’í* e *ñandé sy* (nosso pai e nossa mãe). São chamados também de *oporaíva* (cantores). Seu canto está a serviço da comunidade para encontrar o nome de um recém-nascido, para curar uma doença, para dirigir um ritual,



para falar profeticamente sobre o que é que há de ser. (4) Os xamãs, caciques ou capitães. Se a quarta classe é a mais importante é porque ela, junto com o exercício notável da palavra e das virtudes próprias de um mago, se dá também a autoridade de um pai que sabe aconselhar, organizar um convite e providenciar recursos e medidas decisivas para a vida da comunidade. Xamã não é uma profissão ou cargo, o que pode fazer um xamã não é privativo dele já que em maior ou menor grau cada guarani é um rezador e um profeta. Não há uma classe social sacerdotal. Em princípio, qualquer guarani pode chegar à categoria de xamã, porque, sendo em potência um rezador, um cantor e um profeta, é também um chefe religioso. Não uma categoria de pessoas especializadas em explicar a Religião ou criar um discurso particular sobre ela. (Meliá, op.cit., pág. 315)

Em termos da organização social a cultura guarani segue os mesmos padrões sociais observados por muitos pesquisadores, ou seja, “pequenos núcleos sociais estruturados a partir da família grande (família extensa tupi-guarani), composta pelos filhos e genros/netos de um homem em posição de pai/sogro” (Ladeira, op. cit. pág. 25)

A estrutura é portanto patriarcal, porém, tradicionalmente a mulher tinha um papel fundamental na economia, pois além de cuidar dos serviços domésticos – cozinhar, lavar e tecer, também é responsável por semear e colher (Chamorro op.cit.). A mulher é também a guardiã da cultura, uma vez que permanece mais na aldeia, estando menos suscetível aos contatos com a sociedade envolvente (Grubits, op.cit.)

É comum que, após o casamento, o genro more com o sogro até a consolidação do casamento com o nascimento do primeiro filho, podendo, depois desse período, constituir uma casa separada.

Tradicionalmente as aldeias surgiam a partir do prestígio de um desses patriarcas que ao conquistar prestígio de seus filhos e genros em função de suas qualidades como líder religioso, podia fixar uma nova aldeia num local especialmente designado (*tekoa*) por vontade divina (Ladeira, op.cit.).

Segundo dados do Instituto Socioambiental (ISA), “Entre os *m’bya*, a liderança espiritual é exercida pelo *tamoi* (avô, genérico) e seus auxiliares (*yvyraíja*), podendo ser exercida também por mulheres *kunhã karaí*. Até meados da década de 1990 era comum, entre os *m’bya*, o líder espiritual e religioso exercer também a chefia política na comunidade. Em períodos de muitas atribulações decorrentes do contato, como ocorre atualmente, esta prática é impossível, pois o líder espiritual precisa ser preservado.”



d) Concepção de Pessoa

Toda a cultura guarani é impregnada pela questão da mobilidade, portanto, esse elemento também será importante para se compreender a noção de pessoa nessa cultura (Testa, 2008). Assim, a personalidade do índio guarani é altamente transpessoal, pois nessa mobilidade “toda vida mental do guarani converge para o Além.” (Clastres, op.cit., pág. 11)

A noção de pessoa está centrada numa *teoria das almas*, segunda a qual cada indivíduo portaria duas almas. Para os *m’byas*, estas seriam: (1) “*ã*” a que está ligada ao corpo, provavelmente aos processos vitais e (2) “*nheë*”, também conhecida como “*yvu*” (que também significa fala)³³, aquela que possibilita a comunicação interpessoal e transpessoal (Testa, op.cit.)

Meliá (op.cit.) afirma que é sempre em função da palavra inspirada que o guarani cresce em sua personalidade, em seu prestígio e até em seu poder. As pessoas “se manifestam como um jeito de ser que é constituído de duas formas essenciais: (1) *Ñandé rekó Katú*, nosso modo de ser autêntico e verdadeiro; (2) *Ñandé rekó marangatú*, nosso modo de ser bom, honrando e virtuoso enquanto religioso.” (Meliá, op. cit. pág. 293)

A encarnação de uma pessoa é comunicada ao pai em sonho, quando a alma se apresenta informando seu nome. O que determinará o nome é a região de onde a alma da criança que irá nascer provém, portanto é fundamental que se saiba a origem da alma. A criança é que tratará o nome e neste sentido sua personalidade já vem pronta com um destino pré-estabelecido. Três são as regiões importantes de onde uma alma pode provir (1) do Zênite, onde vive *Nānderuquy*; (2) do oriente, onde vive *Nandecy*, ou no (3) ocidente, onde vive *Tupã*. (Borges, 2002).

“Os Pais das palavras-almas, de seus respectivos céus, se comunicam geralmente por meio do sonho, com o que será pai. E é a palavra sonhada que, comunicada à mulher, toma assento nela e começa a concepção do novo ser humano. A criatura é enviada por “Os de Cima” O pai recebe em sonho, conta o sonho à mãe e ela fica grávida. A concepção do ser humano e concepção do canto xamânico identificam-se. A procriação é antes um ato poético-religioso, mais do que um ato erótico-sexual. A doutrina da concepção difere segundo os grupos guarani e, mesmo dentre deles, como difere sua concepção psicológica. Duas, três e até mais almas estariam presentes e atuando no guarani. Mas de todas elas a *sublime* e o núcleo inicial da pessoa é a *palavra*: *ayvú* ou *ñe’é* e, como tal, porção divina por participação; palavra-

³³ Em guarani, os termos alma e palavra são sinônimos. (Meliá, citado por Borges, 2002)



alma que, por sua origem mesma, está destinada a voltar a um dos pais de quem procede; é boa e indestrutível.” (Meliá, op.cit., pág. 301)

Segundo Jecupé, os tupi-guarani, descendem de ancestrais mais antigos, os chamados tubuguaçu, que “detinham uma certa sabedoria da alma, ou seja, do *ayvu*, o corpo-som. A partir dessa sabedoria ligada a uma ciência do sagrado, intuíram técnicas de afinar o corpo físico com a mente e o espírito. Os tubuguaçu entendem o espírito como música, uma fala sagrada (*ne-em-porã*) que se expressa no corpo; e este, por sua vez é flauta (*u'mbaú*), veículo por onde flui o canto que expressa o *avá* (o ser-luz-som-música), que tem sua morada no coração.” (Jecupé, 1998, pág. 24)

“Para os guarani, cada Palavra é semelhante ao hálito divino (*ruah*) que infunde a vida. Mediante essa Palavra, o ser humano é constituído do próprio tecido divino. É como se cada pessoa fosse uma centelha numinosa. A salvação, ou a restauração da Palavra, no pensamento guarani é a restauração e a realização dos atributos divinos nos seres humanos: alcançar a moderação, a boa palavra, tornar o corpo cheio de luz, resplandecente, transparente.” (Chamorro, op. cit. pág. 158).

“O homem ao nascer será uma palavra que se põe de pé e se ergue até sua estatura plenamente humana.” (Meliá, op. cit. pág. 309)

“Garantir o desenvolvimento da alma-palavra da criança é a maior preocupação dos pais. Num tempo mais ou menos breve – uns poucos dias quando a criança começa a falar se realiza a cerimônia para determinar o nome da pessoa, o que equivale a determinar qual a palavra-alma que chegou até nós e de que céu procede. Isso envolve tremendo esforço por parte do pajé, até que consiga entrar em contato com os seres celestes para encontrar o nome. Tremendo esforço da parte do pajé até que consiga entrar em contato com os seres celeste, coisa que, aliás, só é possível em estado de êxtase, logo após o cair da noite, ele se acomoda e começa a cantar, sacudindo o maracá. O guarani não se chama fulano de tal, mas ele é este nome.” (Meliá, op.cit., pág. 311-312)

e) Noção de Desenvolvimento Humano

Desenvolver-se, crescer como pessoa na cultura guarani equivale a desenvolver as habilidades intuitivas, místicas ou xamânicas para “escutar as boas palavras que receberá do alto através do sonho e poder dizê-las”.

“Recebendo o nome, a pessoa começa a ficar de pé como está levantada a palavra, a qual confere grandeza de coração e fortaleza, as duas grandes



virtudes a que um bom guarani aspira. O guarani procura a perfeição de seu ser na perfeição de seu dizer. Sua sabedoria procede do desenvolvimento de sua palavra e esta, por sua vez, na propriedade e intensidade de sua inspiração. Potencialmente, todo guarani é um profeta – e um poeta segundo o grau que atinge sua experiência religiosa. (Meliá op.cit., pág. 312-313)

Embora a participação do pai seja fundamental na designação do ser humano que estará encarnando, somente após o nascimento com a confirmação do xamã é que a alma é definitivamente recebida no grupo social. Os primeiros anos são vitais, assim os pais procuram ter todo o cuidado. Animais domésticos, como galinhas e cães são sempre admitidos de modo que atuem como anteparos para que eventuais energias ruins não atinjam as crianças. Até os três anos de idade toda a comunidade estará empenhada na internalização cultural (*reko*).

Os momentos de crise existencial, onde o emocional é particularmente mobilizado, podem ser de muita importância para o desenvolvimento humano na cultura guarani, principalmente para os *m'bya*. O “retiro espiritual” é ainda muito praticado por meio de “jejuns, continência sexual, observância de modos austeros de viver, comer e dormir; comportamentos que proporcionam o *ser dito: ñembo'e*, isto é, a oração.” (MELIÁ, op. cit. pág. 314) Este é, sem dúvida, um elemento que fortalece a vontade estruturando a personalidade e o equilíbrio emocional.

A iniciação é vigente entre o *kayová* principalmente para os rapazes por meio da escuta das tradições mitológicas e, sobretudo, pela prática do canto e da dança. “A iniciação conclui com a perfuração dos lábios inferiores e colocação do *tembetá*, pedra labial, que lhes confere dignidade e será um distintivo de sua identidade.” (Meliá, op. cit. pág. 315)

O guarani é um povo cuja meta de desenvolvimento é a perfeição. “Esta perfeição significa o ideal de pessoa humana, com sua virtude e exemplos. As grandes virtudes do guarani – pelo menos em sua expressão atual – são:

³⁴ Borges (2002) conta um interessante caso de uma aldeia infestada com cachorros sarnentos, quando as autoridades locais promoveram uma desinfecção dos animais, todas as crianças ficaram gripadas simultaneamente à melhoria da saúde dos animais.



Tekó porá (o bom ser)
Tekó jojá (a justiça)
Ñe'e porá (as boas palavras)
Ñe'e jojá (as palavras justas)
Joyahú (o amor recíproco)
Kyre'y (a diligência e a disponibilidade)
Py'a guapy (a paz entranhável)
Tekó ñemboro'y (a serenidade)
Py'á poti (um interior límpido e sem duplicidade)"
(Meliá, op. cit. pág. 340)

"Os objetivos de vida definidos não dão margem à dúvida e garantem a segurança de atitudes." (Testa, op.cit. pág. 294). "Pode-se depreender que ao praticar essas virtudes a Terra sem Mal é atingida por meio de um estado de perfeição do ser. Assim os guarani não temem a morte, sabem que 'alma não é dada completamente feita, mas se faz com a vida do homem e o modo como se faz é seu dizer-se; a história da alma guarani é a história de sua palavra, a série de palavras que formam o hino de sua vida.'" (Meliá, op. cit. pág. 311).

f) Educação e Cura

Para Testa (op.cit.), todo o sistema de educação guarani é baseado na tradição oral, embora haja uma ênfase contemporânea para a educação bilíngue, havendo inclusive o desenvolvimento de parâmetros escritos para a língua, o valor está na oralidade, portanto na memória, "pois as palavras escritas podem se perder, enquanto as palavras faladas ficam para a posteridade". O conhecimento não é um objeto a ser adquirido, mas antes uma qualidade que proporciona o relacionamento vertical com as divindades e outros Níveis de Realidade, e horizontal, entre os homens da mesma espécie com suas formas de percepção da realidade compartilhada.

Os guarani descreem de qualquer iniciativa pedagógica para formação da pessoa. Toda energia é dedicada a precauções de ordem mágica. A noção de competência parece ser fundamental em seu sistema educacional, pois a pessoa é valorizada não pelo conhecimento que possui, mas por habilidade em mobilizar conhecimentos para a resolução de problemas, seja para a cura ou para a liderança do grupo. Neste sentido, o conhecimento vivencial é amplamente valorizado.

A noção de mobilidade é uma constante também nos processos de cura. Uma pessoa pode, por exemplo, trocar de alma como forma de curar-se. Quando isso



ocorre, há uma mudança radical e o nome pelo qual a pessoa era conhecida é esquecido, e ela assume uma nova personalidade. A palavra pronunciada adequadamente pode entrar no outro e servir como remédio (Testa, op. cit.).

Conclusão

Neste trabalho, procurei discutir uma proposta epistemológica para mediação da Psicologia com a etnopsicologia dos povos indígenas. Acredito que a Transdisciplinaridade, a Transculturalidade e a Psicologia Transpessoal sejam abordagens fundamentais para efetivação dessa mediação, por guardarem uma afinidade inerente com a etnopsicologia das culturas indígenas. Analisei aqui, em caráter introdutório, a etnopsicologia guarani. Evidentemente, os estudos para este mapeamento precisam prosseguir. Espero que essa reflexão tenha contribuído para que os psicólogos e demais profissionais que atuam junto a essas comunidades possam tomar ciência dos cuidados necessários para que nosso desejo de ajudar não se transforme em novas formas de dominação de modo a provocar uma “decapitação cultural”, mas que antes possamos nos tornar aprendizes das riquezas contidas nas tradições indígenas ajudando os indígenas na recuperação de seu protagonismo, fundamental para que todos possam conviver em harmonia e com qualidade de vida e sustentabilidade.

Bibliografia

- ANDRADE, Vivian M. BUENO, Orlando F. A. Neuropsicologia transcultural: grupo indígena guarani. Estudos de Psicologia, volume 12 número 3 pág. 253-258, 2007.
- ARRIEN, Angeles. The Four Fold Way. Sausalito: Haper San Francisco, 1992.
- Associação Guarani Nhe' Porá. Cultura guarani, disponível em <http://www.culturaguarani.org.br/cultura.html>, acessado em 10.02.2010.
- BERNI, Luiz Eduardo V. Self-empowerment jornada de transformação: uma técnica de personal coach via internet. Tese de doutorado em Psicologia. São Paulo: IPUSP, 2008.
- _____. A dança circular sagrada e o sagrado. Dissertação de mestrado em Ciências da Religião. São Paulo: PUC-SP, 2002.
- BORGES, Paulo Humberto P. Sonhos e nomes: as crianças guarani. In: Cadernos do Cedes, ano XXII número 56, abril, 2002.
- BREMER, Joseph E. The psychology of transdisciplinarity. Cetrans – Centro de Educação Transdisciplinar (s.d.) disponível em: <http://cettrans.com.br/novo/textos/the-psychology-of-transdisciplinarity.pdf>, acessado em 1º.02.2010.
- BOAINAIN JUNIOR, Elias. Tornar-se transpessoal. São Paulo: Summus, 1998.



CHAMORRO, Graciela. A espiritualidade guarani: uma teologia ameríndia da palavra. São Leopoldo: Sinodal, 1998.

CIMI – Comissão Indigenista Missionária - Povos Indígenas, informações gerais. Disponível em: <http://www.cimi.org.br/?system=news&action=read&id=456&eid=292> acessado em 08/02/2010

CLASTRES, Hélène. Terra sem mal. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CLAVERT, Manisa S. Da densa floresta onde menino entrei homem saí: o rito iromb na formação do indivíduo wongo. Dissertação de mestrado. São Paulo: IPSUP, 2010.

COLL, Augustí N. As culturas não são disciplinas: o transcultural existe? In: SOMMERMAN, Américo, MELO, Maria F. e BARROS, Vitória M. (org) Educação e Transdisciplinaridade II. São Paulo: Triom, 2002.

D'AMBROSIO, Ubiratan. Transdisciplinaridade. São Paulo: Palas Athena, 1997.

DAVID, Sérgio N. Freud e a religião. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

DAVIDOFF, Linda. Introdução à Psicologia. São Paulo: McGraw-Hill, 2000.

ELIADE, Mircea. O sagrado e o profano. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FADMAN, James e FRAGER, Robert. Teorias de personalidade. São Paulo: Harbra, 1986.

FIGUEIREDO, Luís Claudio M. Revisitando as Psicologias, 2ª ed. São Paulo/Petrópolis: EDUC/Vozes, 1996.

_____. Matrizes do pensamento psicológico. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Psicologia. Uma nova introdução. São Paulo: Educ, 2000(b)

GROFF, Stanislav. A aventura da autodescoberta. São Paulo: Summus, 1997.

_____. Além do Cérebro. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

GRUBITS, Sonia e DARRAULT-HARRIS, Ivan. Ambiente, identidade e cultura: Reflexões sobre comunidades guarani/kaioiwá e kadiwéu de Mato Grosso do Sul. In: Revista Psicologia e Sociedade, volume 15 número , pág. 182-200, jan/jun. 2003.

Instituto Socioambiental (ISA) “Guarani M’bya”, disponível em [http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Guarani-m’bya/1293](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Guarani-m'bya/1293), acessado em 12.02.2010.

JAPIASSU, Hilton. Introdução à epistemologia da Psicologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

JECUPÉ, Kaká Werá Tupã Tenondé. São Paulo: Fundação Peirópolis, 2001.

_____. A terra dos mil povos. São Paulo: Peirópolis, 1998.

JOHNDON, Willard. Do Xamanismo à Ciência. São Paulo: Cultrix, 1995.

KRIPPNER, Stanley. Parapsicologia, Psicologia transpessoal e o paradigma holístico. In: BRANDÃO, D. e CREMA, R. Visão holística em Psicologia e

- Educação. São Paulo: Summus, 1991.
- KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LADEIRA, Maria Inês e AZANHA, Gilberto. Os índios da Serra do Mar. São Paulo: Nova Stella Editorial, 1988.
- LEMKOW, Anna. O Princípio da Totalidade. São Paulo: Aquariana, 1992.
- LOVEJOY, Arthur O. A Grande Cadeia do Ser. São Paulo: Palíndromo, 2005.
- MASLOW, Abraham H. Introdução à psicologia do ser. Rio de Janeiro: Eldorado, 1968.
- MELIÁ, Bartolomeu. A experiência religiosa guarani. In: MARZAL, Manuel (org.) 1989.
- MORGADO, Anastácio F. Epidemia de suicídios entre os guarani-kaiowá: Indagando suas causas e avançando a hipótese de recuo impossível. In: Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(4) pág. 585-598, out/dez 1991.
- MORIN, E. Complexidade e transdisciplinaridade. Natal: EDUFRRN, 1999. 56p.
- MUELLER, Fernand-Lucien, História da Psicologia, da Antiguidade aos nossos dias. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1968.
- NICOLESCU, Bassarab. Transdisciplarity past, present and future – II Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, Vila Velha, SC, 2005. Disponível em www.cetrans.com.br.
- _____. Fundamentos metodológicos para o estudo do transcultural e transreligioso. In: SOMMERMAN, Américo, MELO, Maria F. e BARROS, Vitória M. (org) Educação e transdisciplinaridade II. São Paulo: Triom, 2002.
- _____. Um novo tipo de conhecimento a transdisciplinaridade. In: BASSARAB, N. et al. Educação e transdisciplinaridade. São Paulo: Triom, 1999a.
- _____. O Manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: Triom, 1999b.
- NOBRE, Domingos. História do povo guarani no Brasil. In: Escola indígena guarani no Rio de Janeiro na perspectiva da autonomia: Sistematização de uma experiência de formação continuada, tese de doutorado em Educação. Niterói: UFF, 2005
- RIBEIRO, Ronilda et al. Por uma Psicoterapia inspirada nas sabedorias negro-africana e antropológica. In: ANGERAMI, Valdemar M. Espiritualidade e Prática Clínica. São Paulo: Thomson, 2004.
- _____. Alma Africana no Brasil. São Paulo: Oduduwa, 1996.
- SCHULTZ, Duane P. e SCHULTZ, Sydney E. História da Psicologia moderna. 16ª ed. São Paulo: Cultrix, 1981.
- SMITH, Huston. Forgotten the truth. New York: HarperCollins Paperback, 1992.
- STOEGER, William R. As leis da natureza. Conhecimento humano e ação



divina. São Paulo: Paulinas, 2002.

TABONE, Márcia. Psicologia transpessoal. São Paulo: Cultrix, 6ª ed., 2003.

TELES, Maria Luiza S. O que é Psicologia. São Paulo: Brasilense, 9ª ed., 1995.

TESTA, Adriana Queiroz. Entre o canto e a caneta: oralidade, escrita e conhecimento entre os guarani-m'bya. In: Educação e pesquisa, volume 34 número 2, pág 291-307, maio/ago. São Paulo: 2008

OTTO, Rudolf. O sagrado. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista. São Paulo: 1985.

VAINFAS, Ronaldo. A heresia dos índios. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

VIVEIROS de CASTRO, Eduardo. A natureza em pessoa: sobre outras práticas de conhecimento. "Encontro Visões do Rio Babel. Conversas sobre o futuro da bacia do Rio Negro". Manaus, Instituto Socioambiental e a Fundação Vitória Amazônica, 22 a 25 de maio de 2007.

_____. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: revista O que nos faz pensar, número 18, 2004.

WEIL, Pierre. A consciência cósmica: Introdução à Psicologia transpessoal. Petrópolis: Vozes, 1978.

WILBER, Ken. Psicologia integral. São Paulo: Cultrix, 2000.

_____. A União da alma e dos sentidos. São Paulo: Cultrix, 1998.





recomendações aos psicólogos no
trabalho com populações indígenas



recomendações aos psicólogos no trabalho com populações indígenas

Apresentamos aqui a sistematização das produções obtidas durante os encontros realizados pelo CRP SP em 2009, que tiveram como propósito promover o diálogo entre psicólogos, lideranças indígenas e profissionais de áreas afins, em especial da Antropologia, Saúde, Educação e Assistência Social.

Partindo do pressuposto de que tal diálogo se faz necessário para uma inserção mais qualificada de psicólogos nesse campo, nosso intuito foi levantar, em conjunto com os participantes dos eventos, algumas recomendações para a atuação profissional dos psicólogos junto às comunidades indígenas.

Os “Encontros Interdisciplinares Psicologia e Povos Indígenas” foram realizados em São Sebastião – Praia de Boiçucanga (29 de maio), Itanhaém (26 de junho) e Tupã (2 de outubro), por representarem regiões com maior concentração de aldeias no Estado de São Paulo.

O “Colóquio Psicologia e Povos Nativos: Um Encontro Transdisciplinar” (13 de novembro), realizado na Capital, se constituiu em um dos eventos preparatórios para o VII CNP – Congresso Nacional da Psicologia. A partir dos debates ali realizados e das propostas levantadas nos encontros anteriores, foram construídas duas teses para o CNP, apresentadas ao final.

Para melhor contextualização, indicaremos a seguir a metodologia utilizada nos encontros, bem como os pontos de partida adotados na promoção desta construção coletiva.

Metodologia

A estrutura adotada para o desenvolvimento dos Encontros Interdisciplinares Psicologia e Povos Indígenas se caracterizou por três momentos distintos:

(1) Aquecimento Reflexivo - Nesse primeiro momento, palestrantes foram convidados para uma mesa-redonda de aquecimento sobre a temática. Em geral, contamos com a presença de um psicólogo e um antropólogo, convidados a trazerem suas contribuições, experiências e reflexões sobre o atendimento e/ou estudo com as populações indígenas.



Uma Mesa de Abertura inicial sempre foi preparada de maneira a possibilitar uma ligação do evento em curso com os eventos anteriores. Nessa mesa, além das lideranças indígenas e autoridades locais apoiadores dos trabalhos, participaram gestores das respectivas subsedes do CRP SP, que estavam coproduzindo o evento, e a conselheira coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas, que contextualizava a tarefa que se colocava ali para o coletivo de participantes.

Lideranças indígenas que se fizeram presentes: no evento de Itanhaém, estava presente Luiz Karaí, vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Litoral Sul; em Boiçucanga estavam presentes o cacique Renato da Silva (aldeia Pindoty, em Pariquera-Açu), as lideranças Celso Aquiles (aldeia Peguaoty, em Sete Barras), e Mariano Fernandes (aldeia Rio Silveira, em Boraceia), todos da etnia Guarani.

No evento de Tupã, havia aproximadamente 60 indígenas das etnias Guarani, krenak, kaingang e terena. Na mesa com as lideranças, estavam presentes: Darã, cacique da aldeia Tekoá Porã (Itaporanga) e primeiro vice-presidente do Conselho Distrital da Saúde Indígena do Interior Sul; os caciques Jazone de Camilo (aldeia Ekeruá, em Avaí), Gerson Damaceno (aldeia de Vanuíre), Roberto Carlos Indubrasil (aldeia de Icatu) e Claudino Marcolino (aldeia Nimuendaju); Anildo Lulu, cacique e professor indígena (aldeia Tereguá) e o vice-cacique Júlio César Pio (aldeia Ekeruá), além das lideranças Ranulfo de Camilo, chefe de posto da Funai (aldeia de Icatu) e Juraci Cândido de Lima (aldeia Pya, em Barão de Antonina).

Ainda contribuíram com os debates: Mário de Camilo, liderança terena (aldeia Ekeruá); Cláudio da Silva Félix, liderança terena e professor indígena representante do NEI – Núcleo de Educação Indígena; e os demais professores indígenas Alício Lipu (aldeia Ekeruá) e Creiles Marcolino (aldeia Numuendaju).

No colóquio realizado na Capital, além de contarmos com as falas de Luiz Karaí e Darã representando suas regiões, recebemos ainda Marcos Tupã, liderança da aldeia Krukutu e membro da Comissão Nacional de Política Indigenista.

(2) Busca por Referenciais – Em um segundo momento, os participantes foram divididos em subgrupos, nos quais se procurava manter a diversidade dos profissionais presentes, ou seja, a partir de uma rápida sondagem da composição profissional dos participantes, era realizada uma divisão de grupos de modo que se garantisse a representatividade. Foi comum a participação, além de psicólogos, de outros profissionais da Saúde (enfermeiros e médicos), profissionais da Educação (professores e pedagogos) e da Assistência Social.



Além da divisão em subgrupos, a metodologia adotada contemplou a leitura coletiva de um breve texto disparador, *Rede de Atenção aos Povos Indígenas* (abaixo). As discussões que se seguiram foram orientadas por duas questões disparadoras: (a) Quais as possíveis contribuições dos profissionais de Psicologia na construção de uma Rede de Atenção aos Povos Indígenas?; (b) Quais as ações conjuntas, possíveis de serem articuladas por este coletivo, que poderiam ser realizadas para melhor atender às necessidades das aldeias indígenas dessa região?

Os subgrupos foram coordenados por membros do GT, cuja tarefa foi a de possibilitar o diálogo entre os presentes, além de sintetizar a produção do grupo. No final dos trabalhos, cada grupo fez coletivamente uma apresentação de sua produção, sendo que no evento de Tupã realizou-se uma discussão em plenária.

Texto disparador: Rede de Atenção aos Povos Indígenas

Nos últimos tempos, observamos uma ampliação do termo “rede”, se relacionando desde a contextos sociais até a computadores. Assim, tornou-se parte do nosso cotidiano considerar redes de computadores, redes de relacionamentos como o Orkut, redes sociais, redes de proteção à criança e adolescentes, entre outros.

Em relação aos povos indígenas, encontramos ainda hoje vários atores sociais com significativas contribuições, mas de maneira fragmentada e desarticulada. Instituições públicas governamentais, ONGs indigenistas, gestores públicos das esferas federal, estadual e municipal desenvolvem ações que consideram as especificidades de suas áreas de atuação, como a saúde, a garantia de direitos, demarcação de terras, o fortalecimento da cultura tradicional e a educação. Há, no entanto, um ponto de convergência dessas ações: elas se destinam à melhoria nas condições de vida dos povos indígenas do País.

No caso da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), por si só, incorpora a concepção de rede, por se tratar de um sistema. A saúde Indígena, por sua vez, está inserida como um subsistema do SUS e resumidamente está caracterizada por ser integral, integrada e diferenciada.

Em uma rede de atenção, os atores têm como objetivo comum atender o sujeito em sua integralidade. Desta forma, as ações devem ser integradas, contemplar as especificidades inerentes a cada uma e, ainda, buscar que elas se complementem. Para tanto, o diálogo contínuo entre os atores envolvidos deve ser a ferramenta fundamental na construção da rede de atenção, com a participação efetiva e protagonista da população indígena.



O CRP SP vem realizando uma série de ações com o intuito de aproximar a Psicologia e os psicólogos das questões que envolvem a saúde dos povos indígenas e seus agravos. Por meio de Encontros Interdisciplinares Psicologia e Povos Indígenas, busca-se propiciar o diálogo entre profissionais de diversas áreas e lideranças indígenas, seus saberes e práticas, compreendendo que a atuação nessa área deve se pautar pela interdisciplinaridade, intersetorialidade e interculturalidade.

(3) Sistematização da Produção - A sistematização da produção aconteceu após os eventos e se deu em três etapas: (a) Primeiramente os coordenadores dos subgrupos ficam responsáveis por elaborar uma síntese, que foi digitada e encaminhada à coordenadora do GT; (b) A coordenadora reuniu as contribuições num único documento fazendo pequenos ajustes de redação; (c) Por fim, uma nova leitura foi realizada desse material procurando-se extrair seus elementos fundamentais e, a partir dessa releitura, procurou-se encontrar categorias de classificação.

Fundamentos gerais da proposta de trabalho

1. Deliberações do VI CNP

As seguintes teses foram aprovadas no VI Congresso Nacional da Psicologia (CNP) realizado em Brasília, em junho de 2007, as quais se constituíram na orientação básica das ações do CRP SP para o período entre 2007-2010:

- Incentivar a definição de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas que considerem as diferenças entre as etnias e as especificidades regionais, garantindo a participação dos mesmos no planejamento das políticas;
- Apoiar iniciativas dos povos indígenas de ampliação e qualificação da escolarização, inclusive sua inserção nas universidades;
- Promover debates, seminários, trocas culturais entre a categoria e as comunidades indígenas, em especial as da sua região, visando à apropriação da temática pelos psicólogos;
- Estabelecer parcerias com entidades da Psicologia para discussão da temática indígena, no âmbito das instituições formadoras de psicólogos, garantindo a interdisciplinaridade necessária;
- Incluir as questões indígenas no esforço da construção da Psicologia Latino-Americana, junto à União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (Ulapsi).



Vale destacar que essas teses foram produzidas no evento preparatório para o VI CNP realizado pelo CRP SP em 30/03/2007, o primeiro Colóquio Psicologia e Povos Indígenas.

2. Objetivos do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas

Este GT foi criado em 2008, para encaminhar as deliberações do VI CNP no âmbito do Estado de São Paulo. A partir dos diálogos estabelecidos até então, foram definidos três objetivos a serem perseguidos até o final da gestão do XII Plenário do CRP SP, em setembro de 2010:

- Afirmar a importância da Psicologia e do psicólogo na promoção da saúde indígena.
- Proporcionar encontros e diálogos entre psicólogos, indígenas e demais profissionais preocupados com essas comunidades.
- Sistematizar e divulgar o produto das reflexões coletivas, que possam servir de referência para quem atua ou venha a atuar na área.

3. Recomendações iniciais propostas pelo GT

A criação do GT foi precedida por ações do Sistema Conselhos de Psicologia que já apontavam algumas diretrizes importantes na área. Destaque ao Seminário Nacional “Subjetividade e os Povos Indígenas”, promovido pelo Conselho Federal em parceria com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), em Brasília, de 5 a 7 de novembro de 2004.

A partir das discussões realizadas nesse seminário e nos encontros subsequentes em São Paulo, que reuniram psicólogos, indígenas e outros profissionais atuantes na área, o GT Psicologia e Povos Indígenas iniciou seus trabalhos tendo em vista as seguintes recomendações:

- O desafio das sociedades nativas é poder manter um contato com a sociedade nacional sem perder a integridade cultural e étnica. Este desafio deve ser tratado também como premissa ético-política dos psicólogos com as comunidades indígenas, embasando suas práticas e concepções.
- Apoiar as lutas dos povos indígenas, especialmente pelo direito à terra e à implantação de projetos estruturantes que promovam o desenvolvimento sustentável das aldeias.
- Apoiar a educação indígena diferenciada, expressa pela Constituição Federal, que garante uma educação bilíngue e a valorização étnica e cultural.



- Promover saúde mental a partir de um enfoque psicossocial, com base nos determinantes sócio-históricos dos problemas enfrentados hoje pelas diversas comunidades. Superar relações históricas de dominação.
- Fortalecer os laços familiares e comunitários. Intermediar conflitos e promover vínculos integradores da comunidade, por meio do fortalecimento da identidade étnica e cultural e da legitimação dos conhecimentos tradicionais.
- Inserir a temática indígena nos espaços de debate e formulação de políticas públicas, como Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Saúde, da Assistência, da Educação. Torná-los presentes na formulação de políticas locais.
- Incentivar a participação de lideranças indígenas nesses espaços e na relação com pesquisadores.
- Contribuir nas discussões interdisciplinares, especialmente sobre a natureza dos processos psicossociais e a ética nas relações interculturais.
- Tratar de modo diferenciado cada etnia, em função de sua cultura particular.
- Tomar cuidado nas pesquisas de campo; princípios éticos devem prevalecer aos interesses acadêmicos. Garantir as devolutivas dos conhecimentos produzidos às comunidades interessadas.

Sistematização das produções obtidas nos encontros

A seguir apresentamos as contribuições produzidas pelo conjunto dos participantes nos encontros de Boiçucanga, Itanhaém e Tupã, organizadas em três eixos.

1. Problemas a serem enfrentados pela Psicologia e pelos psicólogos no atendimento aos povos indígenas

- Desconhecimento das populações indígenas quanto às possibilidades de atuação dos psicólogos, o que pode dificultar essa relação.
- Trabalhar com as populações indígenas guarda alguma semelhança com o trabalho junto a outros grupos sociais vulneráveis. No entanto, a complexidade dessa relação intercultural é ainda maior porque se trata de outra cosmologia, outro universo cultural, diferentemente de outros grupos sociais vulneráveis que, apesar de traços culturais também singulares, estes pertencem à nossa mesma cultura branca ocidental cristã.
- A linguagem é uma barreira, visto tratar-se de diferentes culturas que falam diferentes idiomas.



- Conseguir identificar o grau de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente, para estabelecimento de parâmetros culturais que favoreçam o contato.
- Falta de articulação entre as instâncias governamentais que promovem as políticas públicas; necessidade de um planejamento articulado entre as esferas federal, estadual e municipal.
- Falta de articulação entre os profissionais de Saúde para o trabalho em rede, há que se investir nesse modelo de atenção.
- Falta de infraestrutura (móvel e imóvel) para o trabalho das equipes que hoje atendem a Saúde Indígena, gerando frustração para ambos: técnicos e indígenas.
- Falta de atenção das Secretarias de Educação para o problema do alcoolismo entre os professores indígenas.
- Enfoques epistemológicos distintos. A cultura branca enfatiza mais a dimensão lógico-epistêmica, enquanto a cultura nativa enfatiza mais a dimensão mito-simbólica. Necessário desenvolver estudos e criar referências para a atuação dos psicólogos nesse campo.

2. Necessidades da Psicologia e dos psicólogos para a criação de Redes de Atenção aos Povos Indígenas:

Necessidades de Instrumentalização Intercultural

- Apreender a cultura indígena em questão, para se garantir uma atuação criteriosa e cuidadosa.
- Considerar a construção da subjetividade das populações indígenas, evitando-se as imposições culturais da sociedade nacional.
- Estudar sobre as questões específicas que enfrentam as comunidades para conferir legitimidade às ações, respeitando a diversidade étnico-cultural das populações com as quais se venha a trabalhar.
- Compreender e respeitar o conceito saúde-doença do ponto de vista das culturas em questão: compor, não impor.

Necessidades de Integração e Comunicação

- Divulgar as possibilidades de intervenção no campo da Psicologia para os indígenas. O psicólogo pode se situar entre a figura do pajé (que cuida da saúde) e do ancião (que cuida da educação).
- Estabelecer objetivos comuns entre os profissionais implicados em cada região, para efetivação de uma rede de atenção local, e definir as funções e responsabilidades de cada um dos atores dessa rede.



- Dar continuidade ao atual processo de reflexão, enfatizando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.
- Promover encontros sistemáticos entre os diversos profissionais que atuam junto aos povos indígenas, para trocas de experiências e produções coletivas.
- Estabelecer processos mais eficazes de comunicação entre os profissionais que atuam na área.
- Fortalecer as redes eletrônicas já existentes como a Lista de Discussão na Internet e o Grupo de Estudos Transdisciplinares Psicologia e Tradições Nativas.
- Usar o termo *nativo* ou a denominação pela etnia, evitando o uso do termo “índio” que é carregado de sentidos negativos.
- Ampliar o debate sobre essa temática às nossas redes de contato, como: família, trabalho e amigos, com a finalidade de multiplicar novas representações desses grupos sócio-culturais no imaginário social.

3. Contribuições da Psicologia e dos psicólogos no atendimento aos povos indígenas:

- Por meio da escuta, o Psicólogo pode contribuir para a criação de relações mais horizontais entre a sociedade nacional e as comunidades indígenas, promovendo o protagonismo desses indígenas e atuando no fortalecimento de sua identidade e autoestima.
- Contribuir para fomentar diálogos e superar preconceitos, atuando na administração/resolução de conflitos interculturais.
- Contribuir para a criação de políticas públicas que considerem a diversidade cultural e a subjetividade dos povos indígenas.
- Atuar nas equipes de Saúde, com particular enfoque na Saúde Mental, contribuindo para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas e na melhoria da qualidade de vida nas comunidades.
- Atuar na capacitação das equipes de Saúde sobre os processos psicossociais e ajudar na identificação das melhores práticas/estratégias, por meio da construção de sentidos compartilhados.
- Dar suporte emocional aos membros das equipes multiprofissionais de saúde para lidar com as limitações/frustrações do atendimento às comunidades indígenas.
- Realizar ações conjuntas com os educadores indígenas, assessorando atividades de capacitação, diagnóstico e estudos, contribuindo com a melhoria da qualidade da educação indígena.



Teses produzidas e encaminhadas à etapa regional do VII CNP

1. Primeira tese

Eixo:

Construção de referências e estratégias de qualificação para o Exercício profissional.

Tema da tese:

Atuação dos psicólogos junto aos povos indígenas

Descrição da situação problema:

Na época da colonização portuguesa, habitavam neste território 6 milhões de indígenas, distribuídos em cerca de 900 povos diferentes. Atualmente, cerca de 500 mil indígenas estão cadastrados na Funasa, sendo que 900 mil pessoas se reconhecem como tal no Brasil, falando em torno de 180 idiomas diferentes.

As questões enfrentadas atualmente pelos povos indígenas têm raízes históricas marcadas por relações de dominação e de desvalorização sociocultural por parte dos não-índios. O principal desafio dessas sociedades é manter um contato com a sociedade envolvente sem perder a integridade cultural e étnica, sendo que este desafio deve ser tratado também como premissa de trabalho dos psicólogos com as comunidades indígenas, no sentido de embasar suas práticas e concepções, evitando constituir-se em nova forma de dominação cultural.

Historicamente, a Psicologia parte de um modelo de homem hegemônico, produto de um momento específico da cultura ocidental. Desta forma, torna-se urgente considerar as questões indígenas com enfoque na diversidade que ela requer, a partir de novos olhares, criando, assim, referenciais adequados para atuação profissional do psicólogo junto a essas comunidades. Tais demandas são muito significativas para a Psicologia (Ciência e Profissão), que precisa aprender a lidar com a dimensão pluriétnica da sociedade brasileira.

Desde 2004 o Sistema Conselhos busca uma aproximação com a realidade desses povos, dialogando com lideranças de diversas etnias e identificando demandas que dizem respeito à atuação dos psicólogos, em diversas áreas. Assim, a Psicologia e os psicólogos estão diante de novos e importantes desafios, que nos impulsionam a desenvolver estudos e estratégias de trabalho que atendam às demandas dessa parcela da população, considerando suas visões de mundo, singularidades e especificidades.



Diretrizes para ação do Sistema Conselhos:

Criação de referências para o exercício profissional dos psicólogos na relação com os povos indígenas, observado o respeito à diversidade étnica e a valorização das subjetividades e das identidades dessas etnias.

Criação de oportunidades para compartilhamento de saberes e aprendizados entre psicólogos, indígenas e outros profissionais que atuam junto a essas comunidades. Incluir a temática Psicologia e Povos Indígenas de maneira mais contundente nas ações e políticas do Sistema Conselhos de Psicologia.

Encaminhamentos:

- a) Promover debates e eventos sobre a temática, em especial o II Seminário Nacional Subjetividade e os Povos Indígenas, com destaque às discussões sobre identidade, ressurgimento étnico e relações interculturais.
- b) Promover diálogos e trocas culturais entre a categoria, as comunidades indígenas e demais profissionais afins, priorizando métodos participativos e igualdade de expressão entre os participantes.
- c) Desenvolver ações concretas em parceria com outras instituições, no sentido de despertar nos profissionais da Psicologia o envolvimento político-ideológico com a temática indígena.
- d) Incluir o tema “Educação Escolar Indígena” na pauta das discussões que envolvam Psicologia e Educação no Sistema Conselhos, considerando principalmente: (a) a complexidade dos processos educacionais bilíngues dirigidos às crianças e jovens indígenas nas aldeias e garantidos na Constituição Federal; (b) a demanda dos professores indígenas nas aldeias por apoio técnico na área da Psicologia; (c) os desafios vivenciados pelos alunos indígenas na adaptação às instituições de ensino superior.
- e) Criar, por meio do Centro de Referências Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), um banco de dados que integre informações sobre práticas e produções científicas desenvolvidas por psicólogos, relacionadas aos povos indígenas.
- f) Criar Grupos de Trabalho (GTs) “Psicologia e Povos Indígenas” nos Conselhos Regionais, cujos Estados contem com populações indígenas, com a participação de representantes dessas etnias na condição de membros convidados, para efetivação dos encaminhamentos aprovados pela categoria no VII CNP.
- g) Criar e/ou fortalecer canais de comunicação entre os psicólogos que trabalham com indígenas, em caráter nacional.
- h) Fazer gestões junto à Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (Abep) a fim de estimular discussões sobre o tema na formação, preparando futuros psicólogos para: (a) atuação ética e qualificada junto às comunidades indígenas;

(b) atuação junto à sociedade em geral que vise a superação dos preconceitos e das relações históricas de dominação sociocultural dos não-índigenas.

i) Estimular e dar visibilidade às pesquisas em Psicologia sobre a temática indígena, que contribuam com a melhoria das condições de vida desta população e possibilitem sua valorização pela sociedade como um todo.

j) Fortalecer o debate sobre as questões indígenas no processo de construção da Psicologia latino-americana, junto à União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (Ulapsi).

2. Segunda tese

Eixo:

Diálogo com a sociedade e com o Estado.

Tema da tese:

Psicologia e os direitos dos povos indígenas.

Descrição da situação problema:

Vivemos um momento histórico muito importante para as comunidades indígenas, pois, desde o início da colonização, é a primeira vez que se observa o aumento demográfico dessas populações, que têm crescido em média oito vezes mais que a população da sociedade envolvente. Tem-se presenciado, ainda, o ressurgimento de etnias consideradas extintas, fenômeno que vem ocorrendo no Brasil e na América Latina, colocando novos e importantes desafios para os profissionais das ciências humanas e sociais em geral.

Essa situação tenderá a se constituir cada vez mais em problema, visto que as terras indígenas, além de ainda carecerem de demarcações, são normalmente inadequadas para o tamanho dessas populações que parecem explodir demograficamente. Além disso, relações históricas de dominação sociocultural produziram no imaginário social brasileiro representações distorcidas e preconceituosas sobre os povos indígenas, que têm servido para perpetuar relações marcadas por negligência e desrespeito.

É sabido que problemas de ordem psicossocial emergem quando as condições necessárias para o bom desenvolvimento de uma comunidade não estão garantidas, sendo assim, aqui se configura um campo novo, importante e desafiador para os profissionais da Psicologia, em diversas áreas de atuação.



Diretrizes para ação do Sistema Conselhos:

Defesa dos direitos indígenas, dar visibilidade à diversidade étnica desses povos e fomentar a participação de seus representantes na formulação e controle social das políticas públicas de seu interesse.

Fomento à inserção de maior número de psicólogos na luta pelos direitos indígenas e no atendimento às necessidades de ordem psicossocial dessas comunidades.

Promoção de ações que resultem no esclarecimento à opinião pública sobre a realidade dos povos indígenas brasileiros.

Encaminhamentos:

- a) Apoiar politicamente as iniciativas que fortaleçam o movimento indígena e as condições de sua autosustentação, com destaque às campanhas e/ou movimentos pela demarcação das terras indígenas.
- b) Apoiar as iniciativas dos povos indígenas de ampliação e qualificação da escolarização, inclusive sua inserção nas Instituições de Ensino Superior.
- c) Construir parcerias para a implantação de projetos nas comunidades indígenas que resultem no fortalecimento e sustentabilidade dessas comunidades.
- d) Incentivar a definição de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas que considerem as diferenças entre as etnias e as especificidades regionais, fomentando a participação dos mesmos no planejamento e controle social dessas políticas.
- e) Divulgar junto às comunidades indígenas as diversas possibilidades de atuação profissional do psicólogo, de maneira a favorecer essa relação e a reivindicação desse profissional pelos indígenas na composição das equipes que atendem às aldeias.
- f) Divulgar a importância do trabalho do psicólogo junto a instituições governamentais e não-governamentais, contribuindo para a consolidação desse profissional como importante ator social na defesa dos direitos indígenas e também no atendimento às necessidades de ordem psicossocial dessas populações.
- g) Dialogar permanentemente com outras categorias profissionais que atuam junto aos povos indígenas, valorizando a inter e a transdisciplinaridade.
- h) Articular-se com as instâncias governamentais da Saúde Indígena, Educação e Assistência Social, para encaminhar e defender questões voltadas à melhoria das condições de vida dessas comunidades, bem como para maior inserção dos psicólogos nas respectivas equipes de trabalho.
- i) Formalizar parcerias com organizações da sociedade civil para defesa dos direitos indígenas e maior conhecimento da realidade desses povos pelos psicólogos.

j) Fomentar, junto aos meios de comunicação, discussões prioritárias sobre: (a) a importância do território (demarcação de terras) para a manutenção das identidades indígenas; (b) a relação direta entre o bem-estar psicossocial (qualidade de vida) dos povos indígenas e a sustentabilidade das comunidades; (c) os direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 a esta parcela da população brasileira; (d) o caráter pluriétnico da sociedade nacional e a necessidade de superar relações históricas de preconceito e dominação.

Por fim, gostaríamos de agradecer a todos que se dispuseram a participar deste processo conosco, que foi permeado pela disposição ao diálogo e sensibilidade de todos, com a expectativa de que prossigamos os diálogos interdisciplinares iniciados e continuemos unidos em torno do objetivo comum de promover maior qualidade de vida aos nossos indígenas.

São Paulo, março de 2010.

CRP SP - GT Psicologia e Povos Indígenas







créditos

Créditos finais aos mais de 500 participantes dos eventos citados, que de várias maneiras contribuíram com a produção das reflexões apresentadas neste livro Psicologia e Povos Indígenas:

Adalton Paes Manso	Ana Cristina Santos Silva
Adeilda França Martin	Ana Lúcia Faria
Ademir Gomes	Ana Lúcia Hashimoto Serafim
Adriana Dantas de Souza Gama	Ana Maria B. Quiqueto
Adriana de Simone	Ana Maria da Silva Pereira
Adriana Eiko Matsumoto	Ana Maria Waligora Gabel
Adriana Marques Gomes	Ana Paula de Aragão
Adriana Selmo	Ana Paula Moreira dos Santos
Adriano Francisco de Oliveira	Ana Silvia Ariza de Souza
Agenilda Gomes de Medeiros	Andrea Perusso Riera
Alberto Uchoa Argento	Andreia Estrella
Alessandra A. Tiburtino	Andreia Greco
Alessandra Costa da Rocha	Andressa Cardeal Meschiatti
Alessandra Pires	Angela Biagi Freire
Alessandro da Silva	Anildo Lulu
Alexandre Antunes	Anna Catarina Hegedus
Alexandre Pedrassoli	Antônio da Silva
Aléxis Carlos Echeverria	Antonio H.S. Pedro
Alice da Silva Moreira	Antonisio Lulu Darã
Alice Pfister Sarcinelli Barbosa	Aparecida Lúcia Rodrigues
Alicio Lipu	Arismalda Pereira Assuncao
Aline de Freitas Tallarico	Augusto Guirado Ramos Mello
Aline Saldanha Ponte Nascimento	Augusto Martim
Aline Zandorrá	Beatriz Belluzzo
Altino dos Santos	Bianca Sordi Stock
Álvaro Fernando Fernandes de Souza	Blanca Sofia Bresani di Battista
Amanda Medeiros	Brisa Benites Morini
Amanda Teixeira Rizzo	Bruna Gonçalves Toniolo
Amélia Maria Iorio	Bruna Mazoca Panham
Ana Beatriz Fernandes Nogueira	Bruna Pedro
Ana Carolina Almeida	Bruno Gianfrancesco Palmer
Ana Cristina Fagundes Souto	Bruno Sini Scarpato



Cacilda Fernandes Maciel Nascimento	Cleber Silva
Camila Maia de Oliveira Borges	Clemilson Marcolino
Camila Oliveira Santos	Cleonice de Lourdes Saran
Camila Pedro de Camilo	Cleonice Marcolino dos Santos
Camila Regina Lós Reis Fidalgo	Clotilde de Jesus França
Camila Vaiti	Clovis Ferreira Dos Reis
Camila Vitule Brito de Souza	Constantino Jorge da Silva
Camila Zanette Marques	Corina Maria Gomes da Silva
Carla Cisotto	Creiles Marcolino
Carlos A. de Lima	Cristiane Mina Morimoto
Carlos Alberto Coloma	Cristiane Silva Cabral
Carlos Eduardo de Andrade	Cupinare Aricua
Carolina de Carvalho Ramos	Cynthia Granja Prada
Carolina de Souza Rodrigues Torres	Cyro José Leão
Carolina R Ferreira	Daisy Maria Souza dos Santos
Castorina Lourdes	Daniel Antonio Alves
Celia Aparecida Rodrigues de Oliveira	Daniel Ávila
Celia R. Mendes	Daniel Ribeiro Gulassa
Celso Aquiles	Daniela Araújo da Silva
Celso dos Santos	Daniele Ambrosio dos Santos
Cícera Karla Oliveira de Sousa	Danielle C. Neves
Cilene de Aguiar	Danielle Caroline Maciel Nascimento
Cintia Jordão	Danilo Silva Guimarães
Claudia de Jesus Ferreira de Souza	Danúbia Muniz
Claudia Pereira Gabricio	Davi – cacique aldeia Aguateú
Cláudia Valéria de Jesus	Deborah Duarte Franco
Claudiney Procópio dos Santos Alberto	Dilcelaine Lucia Lopes
Claudino Marcolino	Dora Pankararu
Cláudio da Silva Félix	Doralice Gomes de Abreu
Cláudio Jose Soares	Dreyf de Assis Gonçalves
Cláudio Loureiro	Dulce Helena Rizzardo Briza
Cláudio Mello Wagner	Dulce Lopes Barboza Ribas



Edilaine Batista Dias	Érica Didier Dantas
Edilaine Gabriel Del Valle	Erica Para Benite
Edileide Ap. de Carvalho dos Santos	Erika Brazil Rodrigues Vieira
Edileusa Santiago do Nascimento	Erika de Menezes Hirs
Edinaldo dos Santos Rodrigues	Erika Ferreira de Azevedo
Edivaldo Lipu	Esperciano Rodrigues Soares
Edlaine dos Santos	Ester de Oliveira Pinto
Edson Yukio Nakashima	Etelma Tavares de Souza
Eduardo Cordeiro de Paiva	Eunice Alves Da Silva
Egli Maria Michoski	Eunice Augusto Marins
Elaine Cristina Lopes	Eurico Lourenço Sena Baniwa
Elaine da Silva Fiorucci	Eurico Sena Baniwa
Elaine Tripodoro Escalera	Evanieli Apolinario de Lima
Elaine Vitor	Ewem C. Rodrigues Lipu
Elda Varanda Dunley Guedes Machado	Expedita Cesar Casquel
Elenice A. P. L. Orti	Fabiane F. da Silva
Eleonora de Paula E Souza Dias	Fabio Augusto de Almeida
Eliana Maria Schiavetti	Fábio Okamoto Yui
Eliana Marques	Fabricia Gomes Nunes
Eliane Araújo	Fátima Braga
Eliane Araujo Ferreira	Fátima Carolina Baeta
Eliane Barreto de Santana	Fernanda Esteves Fazzio
Elisabeth Passero Pastore	Fernanda Francisca Araujo
Elisete Reis Santos	Fernanda Maia González
Eliska Casarim	Fernanda Miszkini de Melo
Elizabeth Andrade Loch	Fernanda Roder Martinez
Elizabeth de y Maciel Concone	Fernando Luiz Zanetti
Elizene Baren Leite	Flaviana Silva
Eloídes Ferreira de Sousa	Flordelice Magna Ferreira
Elza Perez	Francisco Alberto Melo
Emily Christine Vitale	Francisco Carlos Da Silva
Erenir Pinto de Sant'Anna	Francisco Matshua



Gabriela Alvarez
 Gabriella Guimarães Roda Perim
 Gardene de Jesus Soares
 Genilda Vidigal
 Geraldo Ladislau Damiani Jr.
 Gerson Cecilio Damaceno
 Glaucia B. Jorge
 Glaucia Maria Viana Milagres
 Glaucia Mocivuna
 Gleidson Alves Marcolino
 Gleise Sales Arias
 Gleiser Alves Marcolino
 Graziela Cunha Kleinas
 Guaíra Celi Maia
 Gustavo Gonçalves Da Cunha
 Hani Khouri Fonseca
 Helen Alessandra Arantes de Almeida
 Helena Stilene de Biase
 Heliane Groff
 Heloisa Silva
 Hênia Mascarenahs Andrade
 Hilário da Silva
 Hilda Umbelino
 Iasmim Augusto
 Ida Lonigro Lopes
 Ilana Mountian
 Ilham El Maerrawi
 Ilva A. Q. Anunciação
 Indinara Maraisa
 Inlarina Lulu
 Iraci Augusto
 Isabel Cristina Frederico

Isabel Cristina Salmeirão Venâncio
 Isaque de Oliveira
 Ivan Darrault-Harris
 Ivone Mendes
 Ivoneth Cardoso de Albuquerque
 Ivy Beritelli
 Izabel Cristina Silveira Gazel Texeira
 Jacqueline Severiano Caetano
 Jader Silva Penha
 Jaffet Barros Alves
 Jakeline Alencar
 Jazone de Camilo
 Jhenifer Feliciano
 Jhony de Oliveira
 Joana Bielewicz
 Joana Lopes Garfunkel
 João Carlos Guilhermino da Franca
 João Soares
 Jocelina Teixeira
 Jocinara Bispo dos Santos Silva
 Joanne Mane
 Jonas Duarte Rodrigues Da Costa
 Jonas Feltrin Ferreira
 Jonas Lipu Flores
 José Ricardo Portela
 Julia Rodrigues da Silva
 Juliana Aparecida Eloy Costa
 Juliana Barbosa de Barros
 Juliana de Figueiredo Affonso
 Juliana Franco Maia
 Juliana Maria Gonçalves de Souza
 Juliana Miyuki Garcia Tanji



Juliana Rosalen	Luciana Pedreira de Azevedo Lopes
Juliana Santana B. Monteiro De Souza	Luciana Torres
Juliana Teixeira de Freitas	Luciano Diniz de Oliveira
Júlio César Pio	Lucila de Jesus Mello Gonçalves
Juraci Cândido de Lima	Lucy Ione Rabaça
Karen Sayuri Makino	Luisa Flosi Godoy
Karina Ar	Luiz Eduardo Valiengo Berni
Kátia Brito	Luiz Gustavo Ramos Mello
Katia Cristina Teixeira Dantas	Luiz Karáí
Kayê C. Masano	Lumena Celi Teixeira
Kelle Cristina	Magali L. de Freitas
Kleber Bones Lemos	Maier Augusto dos Santos
Laizi da Silva Santos	Mara L. Dipier
Larissa Alves Bonfa	Marcelo Barna
Laura Maria Jorge Carvalho	Marcelo Gabriades
Laurianne de C Bastos	Marcelo Lemos Correia
Leandra Aurélia Baquião	Márcia Andréia R. Pereira de Carvalho
Leandro Augusto Ferreira	Márcia Bracciali
Leandro de Almeida	Márcia Brandão Rodrigues Aguiar
Leandro Valiengo	Márcia do Amaral Miranda
Leila Tardivo	Márcia Ester Caldas
Leoniza Felicio de Oliveira	Marcia Terezinha Nogueira
Letícia Almeida de Castro	Marcia Venício
Lígia de Mello	Marcilene da Silva Martins
Liliam Pajtak	Marcio Delfino Caldeira
Lisandra Cristina Berardone Siqueira	Marcos Alves Da Silva
Lorena Galeotti Mendonça	Marcos Eduardo Lopes Dutra
Luana Benites	Marcos Júlio Aguiar
Lúcia Bonília Keller	Marcos Piomotur
Luciana da Silva Thomé	Marcos Tupã
Luciana Ferreira Silva	Margareth Machado de Andrade
Luciana Martin	Margareth Silveira da Silva



Maria Alzinda de Maia
 Maria Antônia da Silva
 Maria Aparecida Guedes
 Maria Cecília Roth
 Maria Cristina Cosentino
 Maria da Conceição de Oliveira
 Maria das Mercês Barbosa
 Maria do Carmo R Barros
 Maria do Rosário Santos
 Maria Dorothea Post Darella
 Maria dos Prazeres do N. Loureiro
 Maria Elisa Marchini Sayeg
 Maria Ermínia Ciliberti
 Maria Fernanda Langlada Y Gomes
 Maria Gertrudes Vasconcellos
 Eisenlohr
 Maria Helena Carvalho de Oliveira
 Maria Helena F. Alves Raimundo
 Maria Inês Ladeira
 Maria Leni Benfica
 Maria Lúcia Da Silva
 Maria Luiza dos Santos Silveira
 Maria Matshua
 Maria Nilda Rodrigues Dos Santos
 Maria Odeth Pereira de Almeida
 Maria Otávia Dorilêo Campos
 Maria Roziani Da Conceição Pereira
 Maria Silvia Gomes Nogueira
 Mariana dos Santos
 Mariana Hasse
 Mariana Paula Scarparo
 Mariano Fernando

Marilez Furlanetto
 Marília Martins Vizzotto
 Marina da Silva
 Marina Pitorri
 Marinho Pedro
 Mário de Camilo
 Maristela Helechyj
 Marli Machiaveli
 Marta Viana da Cruz
 Martha Virginia de Souza
 Mary Ueta
 Massumi Kamimura
 Mayara Ferreira da Costa Patrão
 Maynara Helena Flores Martins
 Melquesedeque Mendes
 Michele Harumi Junqueira Barbosa
 Milena Aparecida Vieira Moreno
 Míriam Felix Da Silva
 Miriam Leiras
 Miriam T. Vieira R
 Mirna de Moraes
 Monica Dias Santos Leite
 Monica Feitosa Santana
 Monica G. Levi
 Monica P. Nascimento
 Naira Vicente Carbutti
 Nanci Neves Nicolussi
 Nátaí Franconere
 Nathalia Cabrini
 Nayza Freitas Carvalho Palo
 Neusa Beniti
 Newton Gonçalves de Figueiredo



Nilza Maria de Freitas Carvalho	Renata Maria Silva Peres
Odair Jose Mendes Rodrigues	Renata Persike Serrano
Odete Ferreira	Renata Yoshie Ruggiero Takacura
Olga Elisa Castillo Modesto	Renato da Silva Mariano
Olivia Bara	Rinaldo Arruda
Ozéias Andrade	Rita de Cassia Campos Ferreira
Pacuery Garcia	Roberto Carlos Indubrasil
Patricia Pintol	Robson Rodrigues
Paula Cristina Menezes	Rocio Elizabeth Chavez Alvarez
Paula Rosana Cavalcante	Rodinei Roberto Coqui da Silva
Paula Sempel Borges Moraes	Rodrigo Otavio
Paulinho Jose	Rodrigo Padua Rodrigues Chaves
Paulo Baldivino de Oliveira Jr.	Rodrigo Selmo
Paulo Félix	Ronaldo Toiote
Paulo Roberto Martins Maldos	Rosa Helena Moraes
Pedro Pulzatto Peruzzo	Rosa Regina R. Andrade
Poliana Carneiro de M. A. González	Rosana Cretendio Pajares
Priscila Marcolino	Rosana Cristina Coneglian
Priscila Tamis de Andrade Lima	Rosana da Silva Ferreira
Priscilla Braga de Oliveira	Rosana de Fatima Lechinieski Papini
Priscilla Ferreira Gonçalves da Silva	Rosangela Dayse Monteiro
Rafaela Barrotti Ussier	Rosangela Pereira
Ranulfo de Camilo	Rose Marie Guimarães Santos
Raquel Dias	Rosenilda Campos Damaceno
Raquel Silva Torres	Rosenilda da Silva
Raquel Zedan	Rosiane Holanda Raposo da Silva
Regiane Elorriaga Bezerra	Rosimeire Taiati
Regiane Rodrigues	Ruth Almeida Soares
Regina Celia Villa Costa	Saete Vasconcelos
Regina Claudia Melges Puglia	Salvador Jordaneo Coelho de Almeida
Regina Helena Batista Bianco	Samuel Souza de Paula
Rejane Galvão	Sandra F. da Silva



Sandra Luiza Snege
 Sandra Regina Rodrigues de Souza
 Selma Noguti
 Sergio Seiji Aragaki
 Shana Emanuelle Soares
 Silvana Gaiza Piechazek
 Silvia C. Bewtes
 Silvio Magalhães Lima Breithaupt
 Sirlei da Silva Poveda
 Sirlei Fatima Tavares Alves
 Solange Aparecida Neumann Salomé
 Solange Laura de Freitas
 Sonia Grubits
 Sueli Rugno
 Suely Hebane K. Lopes
 Taise Maria Lopes Dutra
 Talita Iris Esteves
 Tania Aparecida Cordeiro de Negreiro
 Tania Aparecida S. Bamondes
 Tânia Bamondes
 Tânia Cristina de Borba
 Tânia Cristina dos S. C. de Almeida
 Tânia Cristina Segretti
 Tania Elena do Bonfim
 Tássia Reis Theodoro
 Tatiana Senhorinha de Melo Costa
 Tatiana Yamasaki
 Tatiane da Conceição C. Pereira
 Telma Regina Ventura
 Terezinha Pereira Santos
 Thaís Duarte de Lima
 Thamires Sebastiao

Tomás Bittencourt de Faria Alves
 Ubirajara Nascimento
 Ubiratan D'Ambrósio
 Vagner Cecilio Damaceno
 Valcileide de Lima Bona
 Valdir Rocha Marcelino
 Valéria Eugênia
 Valeria Saud Melo
 Vanderlei de Jesus
 Vanessa Aparecida de Almeida Guerra
 Vanessa Caldeira
 Vanessa Dias Mastrogiacomio
 Vanessa Santos da Silva
 Vanina Souza Dias
 Vera C. Freitas
 Vera Lucia Correa
 Vera Sonia Mincoff Menegon
 Verginia Veríssimo
 Verônica de Freitas Montanher
 Verônica Estrella
 Verônica Estrella
 Vivian Pires Garcia
 Walkyria Mollica do Amarante
 Walkyriz Mollica
 Wallace da Silva
 Wane Vaz do Amaral
 Wendel Ricardo
 Winnie Calixto
 Yanina Otsuka Stasevska
 Yukiko Nezuka
 Zulmerinda Rocha Neves



posfácio

Odair Furtado

Doutor em Psicologia Social, é professor no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social (PSO) e na Faculdade de Psicologia da PUC-SP; coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho e Ação Social do PSO; atua na área de Psicologia Social (Psicologia Sócio-Histórica), com ênfase em Processos Grupais, Compromisso Social, Universo Simbólico, Produção de Sentido e Análise do Discurso; presidente do Conselho Federal de Psicologia na gestão 2001-2004.

Início meu texto agradecendo o honroso convite feito por Lumena Celi Teixeira, coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas, do CRP SP. É de fato, para mim, um grande acontecimento poder finalizar esta importante publicação sobre Psicologia e os povos indígenas. Penso que tal convite foi inspirado no primeiro evento que discuti a relação entre a Psicologia e os povos indígenas, em 2004, época em que eu presidia o Conselho Federal de Psicologia. O evento foi realizado na sede do CIMI em Luiziânia, cidade bem próxima a Brasília, e reuniu um significativo grupo de representantes indígenas. Talvez, como afirmei, não tenha sido o primeiro evento sobre Psicologia e povos indígenas, mas certamente foi o primeiro a contar com a participação de tão significativo número de representantes de várias nações indígenas.

De qualquer forma, o evento foi importante para desencadear a organização dos psicólogos em torno da temática, fazer com que o Sistema Conselhos de Psicologia centralizasse ações que culminaram com o GT de São Paulo e com os vários encontros mencionados no texto de Luiz Eduardo Valiengo Berni neste mesmo livro. Resgatando a história e garantindo os créditos necessários, preciso dizer que foi Marcos Ribeiro Ferreira quem sempre insistiu na necessidade desta discussão e o fazia desde a primeira gestão do CFP, da qual participamos juntos de 1995 a 1998. Foram muitos anos até o encontro de Luiziânia, e Marcos R. Ferreira insistiu nesta temática até que ela se materializou em tese para o Congresso Nacional de Psicologia. Minha gestão cumpriu essa determinação. Naquela oportunidade, eu fiz, como mandava o protocolo, a abertura do encontro e falei para uma plateia majoritariamente indígena. A nossa capacidade de mobilização dos psicólogos interessados no tema ou com experiências concretas com povos indígenas foi precária e muita gente que deveria estar presente não foi contatada. De qualquer forma, lá estava eu, um professor de uma universidade paulistana encravada em um centro urbano, frente a frente com representantes de uma cultura tradicional e milenar. Havia me preparado para uma palestra e



isso me parecia fora de propósito para a ocasião. Comecei minha fala com uma declaração que me ocorreu naquele momento e que está registrada no texto de abertura da publicação do CFP que marca esse evento. Disse àquela plateia muito atenta que eu cresci numa cidade que, de 1860 a 1900, quadruplicou sua população em função da imigração, e o maior contingente de imigrantes era de italianos. Eram tantos os italianos, que o idioma passou a ser esse durante um período. As marcas da língua italiana estão presentes até hoje na cidade e os descendentes de italianos deixam suas marcas pela cidade e na sua cultura. Meus avós maternos eram italianos e foi em sua casa que passei uma boa parte de minha infância. Evidentemente, cresci no meio dessa cultura e foi assim que construí minha identidade como filho de uma família italiana.

Ocorre que, do outro lado, entre os meus avós paternos, a história era outra e no encontro de Luiziânia, no momento da fala, pude elaborar uma contradição que me acompanhou por muitos anos. Convivi muito pouco com meu avô Benedito, que morreu quando eu tinha apenas 6 anos, mas tenho viva a memória dos momentos vividos e um dos atrativos da relação avô-neto era o fato dele ser filho de índio. Bem, já começamos a esboçar o problema que estabelece a diferença entre os descendentes de imigrantes, rigorosamente todos os que aqui chegaram depois da Descoberta (do ponto de vista da civilização europeia), e os povos nativos. Por que os descendentes de imigrantes mantêm o vínculo com sua cultura original e os descendentes indígenas rompem com sua cultura?

Continuando com o caso particular, procurando uma forma de generalizá-lo, meu pai foi muito cedo incluído no mercado de trabalho e, aos 12 anos, foi trabalhar como ajudante/aprendiz com italianos na colocação do piso da Estação Sorocabana, hoje a Sala São Paulo de música. Ali começou seu aprendizado da língua italiana e dos costumes. Até a sua completa profissionalização, passou por várias empresas, todas de propriedade de italianos. Quando se casou com a filha do italiano, jovem que trabalhava em uma dessas fábricas, foi acolhido pela família sem estranhamento. Quando eu estava com 15 anos, ele comprou uma casa de massas italianas artesanais e eu cresci ouvindo sua clientela chamá-lo de italiano. Ele se aproveitava desse equívoco como garantia de verossimilhança para o seu negócio: o italiano da casa de massas italianas. Esperteza de comerciante!

Olhando para aquela plateia majoritariamente indígena e convidado a falar sobre um evento que discute a relação entre a Psicologia e a causa indígena, a lembrança do meu avô índio, quase índio porque fora aculturado, me invadiu completamente e contei aos ouvintes a história de minha socialização italiana para dizer que, como muitos paulistanos, eu era a



confluência de etnias, mas, naquele momento, uma delas se ressaltava por motivos óbvios. Descobri naquele instante que eu também era índio! E pude falar com aquela plateia privilegiada do meu estranhamento com o fato. Até então, não me reconhecia assim. Evidentemente, as histórias de meu avô contadas por meu pai remontavam as suas origens, mas sempre do ponto de vista exótico e não de valorização e continuidade da cultura, dos costumes, das crenças, do modo de vida.

Aqui está o ponto: por que o modo de vida italiano foi tão valorizado e o modo de vida indígena foi ocultado? Nas lembranças de meu pai, o meu avô era visto como pessoa batalhadora, respeitada pela vizinhança, homem alfabetizado que frequentava a livraria Pensamento (no bairro da Liberdade). Também sabia coisas que não eram comuns ao tipo de vida típico dos bairros paulistanos da década de 1930 e 1940. Ele lembra que pessoas o procuravam buscando remédios feitos de ervas e lembra das prescrições com um tipo de mistura para cada processo etiológico. Ele conta que, numa oportunidade, acompanhando o seu pai numa busca dessas ervas, o pai foi picado por uma cobra no dedo hálux. Imediatamente matou o bicho, tirou sua pele e enrolou um pedaço da cobra no seu dedo. O procedimento funcionou e o efeito colateral foi a troca de pele do hálux numa determinada época do ano. A história contada para a família na forma de lenda ganhava contornos exóticos como traços da cultura indígena que não podiam ser explicados.

O lugar da cultura europeia era o lugar preferencial tanto na família de origem indígena quanto na de origem italiana. No primeiro caso, a busca do reconhecimento e, no segundo, a situação confortável da manutenção. Frente ao grupo que me remetia aos meus antepassados, somente poderia reconhecer a minha origem, já que a cultura estava irremediavelmente perdida nos caminhos da minha socialização.

Lendo os trabalhos aqui apresentados, tanto os depoimentos quanto as intervenções, é possível pensar que a história acima pode ser diferente para as novas gerações. Neste ponto, avançamos e é possível dizer que a causa indígena está pautada nacionalmente. A tônica desta publicação aponta para uma condição de autonomia e altivez.

Desde o batismo de Sônia Grubits, realizado no evento durante sua fala, à cobrança realizada mais de uma vez pelos representantes indígenas aos pesquisadores não-índios que visitam as aldeias procurando enquadrá-los às exigências do seu modo de vida, o respeito ao seu modo de ver o mundo. Mais de uma vez foi pontuada a relação transcultural como principal problema na relação entre os pesquisadores não-índios e os índios, e Luiz Eduardo Berni discute com muita qualidade esta questão.



Temos aqui um problema de fundo e me lembro do trabalho do antropólogo Philippe Descola (Descola, 2006), que foi orientando de Lévi-Strauss e estudou índios da nação Jivaro, no norte do Peru/sudeste do Equador. O termo estudar se aplica neste caso e o método adotado, da etnometodologia estruturalista, é bem conhecido daqueles que acompanharam o trabalho de Lévi-Strauss. Depois de estar morando em uma aldeia por quase dois anos, o pesquisador francês se sentia completamente adaptado às condições de vida na floresta e falava da língua, dos costumes, do modo de vida dos seus hospedeiros como conhecimento vivido. Até que ele adoeceu, contraindo uma virose que exigia, de acordo com sua crença, uma boa dose de antibióticos.

Naquele momento, toda a relação transcultural foi colocada em dúvida. Descola pediu aos amigos jivaro que buscassem num entreposto o medicamento que necessitava e eles, reconhecendo a gravidade do caso, resolveram livrar o antropólogo de seu problema garantindo a ele que essas pílulas não seriam suficientes para extirpar o mal que o acometia. Somente um bom ritual xamânico, realizado por gente competente, seria capaz de reverter aquele mal. Duas crenças de culturas distintas colocadas frente a frente. Qual delas tem maior valor? Para os jivaro, sem nenhuma dúvida, a secular forma de tratar construída pela sua cultura, que é a de afastar o espírito (numa acepção muito livre por mim utilizada) inoculado pela inveja de um inimigo. Quanto mais forte for esse inimigo, pior será o efeito do mal e revertê-lo não é tarefa das mais fáceis. Como convencer o branco europeu que sente correr risco de perder a vida de que sua cultura não é superior e que sua ciência encontrou solução melhor? Como convencer os jivaro, que veem sua medicina apresentar bons resultados, que aquelas pilulazinhas mágicas teriam a capacidade de reverter um mal tão poderoso que está relacionado com todo o seu sistema de crença. Sim, também para o francês é difícil exatamente porque a sua solução também está fortemente vinculada ao sistema de crença de sua cultura. Um acordo de difícil solução que foi resolvido com a aplicação do ritual xamânico, porque o francês estava sob os cuidados dos jivaro. Mas que muito gentilmente ofereceram mais tarde as pílulas que o francês tanto queria.

Não é possível considerar se foi a pílula ou o ritual o responsável pela cura. Do ponto de vista de nossas crenças, evidentemente, cremos em nossa ciência e no nosso modo de resolver nossos problemas. É claro que historicamente já acreditamos em procedimentos que hoje condenamos e que procedimentos que acreditamos piamente hoje serão refutados futuramente. É possível que a pílula do francês esteja neste rol! Meu argumento, evidentemente, é um jogo de palavras e pode ser desmontado facilmente por um bioquímico competente. Mas



não é do princípio ativo de uma pílula que estamos falando e sim do ponto de vista de duas culturas com crenças opostas e com soluções eficientes em ambas. Voltamos, de forma um pouco mais sutil, ao problema criado pela invasão colonizadora e a disputa da cultura “maior” contra a cultura “menor”: a destruição da cultura colonizada. Vocês já leram o que foi dito por Eurico Sena, baniwa do alto do Rio Negro: “A primeira coisa quando chegar em uma comunidade indígena, deve-se dizer: qual a concepção de doença? Como que vou conceber essa doença? Sempre quando eu converso com a minha mãe, ela fala assim: ‘Alguém, o Curupira ou alguma coisa, fez um sopro e está doendo aqui no ombro ou estou sentindo uma dor aqui...’, entendeu? Aí, vem o médico. E eu tenho que dizer, que convencê-la primeiro e dizer, ‘Não, isso é uma doença que é por causa disso e daquilo, é uma gastrite e tudo mais’. Mas, antes de chegar ao médico eu preciso fazer uma intervenção cultural. E isso nós sabemos que é a nossa, digamos, medicina tradicional”.

Berni coloca esta questão em foco e nos permite pensar como equacionar a relação entre a produção de subjetividade do ponto de vista de cada uma dessas culturas e a Psicologia é uma construção da nossa cultura. Abusando do uso da metáfora, podemos dizer que nossas teorias e métodos são as nossas pílulas. Elas não são universais! Não há uma Psicologia indígena, assim com não pode haver uma Medicina indígena. São outros parâmetros e outra forma de ver o mundo. Mas é possível, garantida a autonomia dos povos, a relação transcultural considerando uma troca de conteúdos de forma legítima e sem dominação. A política pública de Saúde hoje é oferecida pelo governo brasileiro e reivindicada pela população indígena, e este é um acordo possível. Como a Psicologia pode fazer parte desta política pública?

Renato Mariano, o Uiramirim, guarani m’bya do Vale do Ribeira, falou que: “a gente tem a preocupação, sim, da influência, da entrada do alcoolismo na aldeia, só que a gente nunca teve esse grupo de pensar com psicólogos, porque isso é de outra cultura, não faz parte da nossa cultura, só que está influenciando diretamente na cultura nossa. A gente tem que achar uma maneira de combater isso em conjunto, e de como falar à nossa etnia guarani, ela é muito grande, é uma população que ocupa uma área muito grande.” Ou seja, o transculturalismo neste caso é feito de forma perniciosa e representa prejuízo para o povo indígena. O que vocês, que entendem de alcoolismo porque inventaram esse problema, podem fazer para melhorar a nossa situação? Se o psicólogo tem algo a dizer, que o diga respeitando a cultura indígena e promovendo uma forma progressiva de transculturalismo. Sim, Berni, sei que o termo já foi cunhado para exalar essa progressividade, mas a fala de Uiramirim soa como



um alerta. Antonísio Lulu é bem preciso e sintetiza a demanda: os dois maiores problemas são o alcoolismo e o suicídio. O desenraizamento é uma das causas e a solução tradicional não é mais possível. Assim, deve haver alguma forma de os psicólogos atuarem, desde que compreendam a subjetividade indígena.

Gosto da maneira como a dupla Vanessa Caldeira e Joana Garfunkel trabalha. No seu texto, Vanessa diz que a psicóloga e a antropóloga trabalham convocando a alteridade. Alteridade disciplinar e alteridade cultural para se colocar a serviço de um grupo que enfrenta a força da aculturação e luta para manter sua identidade. Nos interstícios entre as culturas, buscar o registro possível daquele que foi contaminado e ao mesmo tempo resiste. Inventar uma forma de traduzir dimensões subjetivas que se apresentam de forma amalgamada, distinta e complementar. Não deve ser fácil para técnicos e muito menos para quem é o sujeito deste conflito.

Esta dupla, Vanessa e Joana, apontam para uma questão importante que foi analisada mais adiante por Sonia Grubits: “Apesar da atividade xamanística ter perdido muito de sua importância na vida desse grupo, o reduzido número de nidjenigi (xamãs), também chamados padres, existentes atualmente na Reserva Indígena Kadiwéu, conservam um certo prestígio. Uma das principais atividades, a de curador, sofre a concorrência direta da assistência médica prestada pelos missionários evangélicos, ou da Fundação Nacional de Saúde, Funasa, sendo que os kadiwéu recorrem frequentemente às duas práticas”. Ou seja, o contágio cultural já produziu o conflito entre as culturas e a polarização das crenças não se dá como ocorreu com o antropólogo francês, mas da forma como apresentam a psicóloga e a antropóloga brasileiras.

São boas iniciativas e dentro do espírito transcultural proposto por Berni, mas uma das que mais me impressionou foi o projeto Yvy Rupa, da etnia guarani e a participação da psicóloga Yanina Otsuka Stasevskas. Será esse seu trabalho o de uma psicóloga? Pois foram exatamente sua referência profissional e o respeito ao sonho do cacique Timóteo Verá Popygua de realizar um projeto de reunir as várias aldeias guarani que permitiram e incentivaram sua realização. O desprendimento e a força de vontade dessa psicóloga são um exemplo e uma alternativa para o trabalho de todos nós. Prova que o transculturalismo é realmente possível.

Bem, a história estritamente pessoal relatada no início perde o foco e a importância e posso felizmente me realizar no importante e bonito trabalho desenvolvido por tantos e brilhantes psicólogos que souberam construir uma alternativa que abre a senda para um grande futuro de resgate e respeito aos indígenas que vivem no Brasil e uma boa referência para um diálogo profícuo com os pesquisadores e povos indígenas de outros países.




[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Ver notícia

A ANTA QUE VIROU ELEFANTE NUM DOMINGO ESPETACULAR José Ribamar Bessa Freire 21/11/2010 - Diário do Amazonas

A segunda-feira da índia Rosi Waikhon na periferia de Manaus foi um dia de cão. Escapou, por pouco, de ser apedrejada. Ao sair de casa, várias pessoas lhe atiraram na cara frases do tipo: *"Ei, índia, você não é gente, índio mata o próprio filho, vocês deviam morrer"*. Minha amiga há muito tempo, ela me confidenciou: *"Meu dia virou um terror, em todos esses anos, nunca tinha ouvido palavras tão pesadas e racistas"*.

Quem humilhou Rosi estava indignado, porque no dia anterior havia presenciado o 'assassinato' de crianças indígenas, cometido pelos próprios pais, que praticam o 'infanticídio', tudo isso exibido no programa Domingo Espetacular da TV Record. Felizmente, como nos filmes americanos, chega a cavalaria para salvar vidas ameaçadas por índios bárbaros. A missionária evangélica Márcia Suzuki, cavalgando a emissora do Edir Macedo - tololoc, tololoc - leva os bebês arrancados das garras dos 'criminosos' para a chácara da igreja neopentecostal. Enfim, salvos.

As pessoas viram trechos do vídeo 'Hakani' com o sepultamento de uma criança viva. A voz cavernosa de um narrador em *off* anuncia que se trata de prática generalizada: *"A cada ano, centenas de crianças são enterradas vivas na Amazônia"*. O xerife Henrique Afonso, deputado federal do Acre, quer prender os

'bandidos'. Faz projeto de lei que criminaliza o 'infanticídio indígena', invoca a Declaração Universal dos Direitos Humanos e apela ao papa Bento XVI para que *"intervenha contra o crime nefando"*.

Como tem gente boa no mundo, meu Deus! Mas sobrou para Rosi que viveu uma 'segunda-feira espetacular'. Quase foi linchada. Não foi a única. Rosi é índia *Waikhon* - etnia conhecida também como *Piratapuia*. Mora na Terra Indígena Alto Rio Negro, em São Gabriel da Cachoeira (AM) e está de passagem por Manaus. É educadora e líder da Foirn - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Escritora, participou de dois Encontros de Escritores Indígenas na UERJ. Ela faz um apelo:

- *"Gostaria de pedir aos senhores que não continuem usando o termo INFANTICIDIO INDIGENA. Por favor, não aumentem o preconceito e o racismo contra nosso povo"*.

Xamãs e bruxos

Afinal, os índios cometem infanticídio? Essa é mesmo uma prática generalizada na Amazônia? Francisco Orellana, o primeiro europeu que cruzou o rio Amazonas dos Andes ao Atlântico, em 1540, viu coisas muito estranhas. A crônica da viagem - repleta de 'domingos espetaculares' - conta que ele se deparou com elefantes em plena selva, comeu carne de peru, bebeu cerveja feita pelos índios e combateu as precursoras do infanticídio - mulheres guerreiras que matavam seus filhos homens. A Europa acreditou piamente em suas histórias.

Orellana, coitado, sentiu o mesmo problema do xerife Henrique e da cavaleira Suzuki: como descrever aquilo para o qual não tenho palavras? Orellana viu antas bebendo água no rio. Não existia esse animal na Europa, nem muito menos a palavra anta nos dicionários. Como dar conta dessa realidade desconhecida, nova e estranha? O bicho era grande? Era. Tinha tromba? Tinha. Então, ele sapecou: "vi elefantes". Afinal, elefantes são grandes e tem tromba. O mesmo com as mulheres que combateu. Na Europa, mulheres não iam

pra guerra. Então, Orellana recuperou o mito grego, que a Europa conhecia muito bem.

Esse processo de equivalência entre objetos conhecidos e objetos novos foi muito usado nos registros coloniais. Ele consiste em definir fatos representativos de uma cultura com símbolos de outra cultura. Mutum passa a ser peru, caxiri se transforma em cerveja, inambu vira perdiz e mulheres que trocam o fogão pelo arco-e-flecha são Amazonas. Essa operação reduz e simplifica enormemente a diversidade e a riqueza cultural, porque o símbolo não consegue transmitir toda a sua carga de significado de uma cultura a outra.

Foi assim também com os pajés e xamãs, que não existiam na Europa e foram denominados de 'feiticeiros' pelos colonizadores, com conotações altamente negativas que o equivalente não tem. As consequências foram trágicas, porque se ninguém mata uma anta pra extrair marfim dela, feiticeiros e bruxos eram, no entanto, condenados à fogueira.

O infanticídio é crime punido por lei. Denominar de infanticídio uma prática cultural que desconhecemos e que nos choca não ajuda a entendê-la, oculta a anta e não revela o elefante, além de ser um convite para criminalizar os povos indígenas e condená-los à fogueira. Quando os antropólogos ou agentes de pastoral do CIMI chamaram a atenção para tal leviandade e para o erro em generalizar para todos os povos, a ONG Atini os acusou de defenderem o 'infanticídio' porque querem impedir a mudança cultural.

Os antropólogos

Todos os antropólogos - TODOS - sabem que a cultura é dinâmica, isso faz parte do bê-á-bá da antropologia. Nenhum antropólogo - NENHUM - se manifesta contrário a mudanças, até porque isso seria inútil. Ao contrário, o que os antropólogos estão dizendo, para horror do agronegócio interessado nas terras indígenas, é que índio não deixa de ser índio porque usa computador e celular. Mas a emissora do Edir Macedo grita espetacularmente contra os antropólogos, sem citar nomes:

"Há quem diga que a prática de matar crianças deficientes, gêmeas ou filhas de mães solteiras deve ser defendida para manter a cultura".

Não cita o nome de um só antropólogo, nem o livro ou artigo de onde foi pescada tal 'informação', porque ela é falsa. Na realidade, o que se pretende é quebrar a parceria com os principais aliados dos índios na luta pela saúde, educação e demarcação da terra. A ABA - Associação Brasileira de Antropologia, através da Comissão de Assuntos Indígenas, já havia publicado nota esclarecedora assinada por João Pacheco.

"O vídeo Hakani - diz a nota - não é um registro documental proveniente de uma aldeia indígena, mas o resultado de uma absurda encenação realizada por uma entidade fundamentalista norte-americana. Utilizado como base para uma campanha contra o infanticídio supostamente praticado pelos indígenas, tem também a finalidade de angariar recursos para as iniciativas (certamente mais 'pilantrópicas' do que filantrópicas) daqueles missionários".

Diz ainda que a prática daquilo que estão chamando inapropriadamente de infanticídio entre os indígenas "são virtualmente inexistentes no Brasil atual". Ali onde eram localizadamente praticadas estão deixando de existir com a assistência médica e a demarcação de terras, por decisão dos próprios índios, conforme esclarece Rosi:

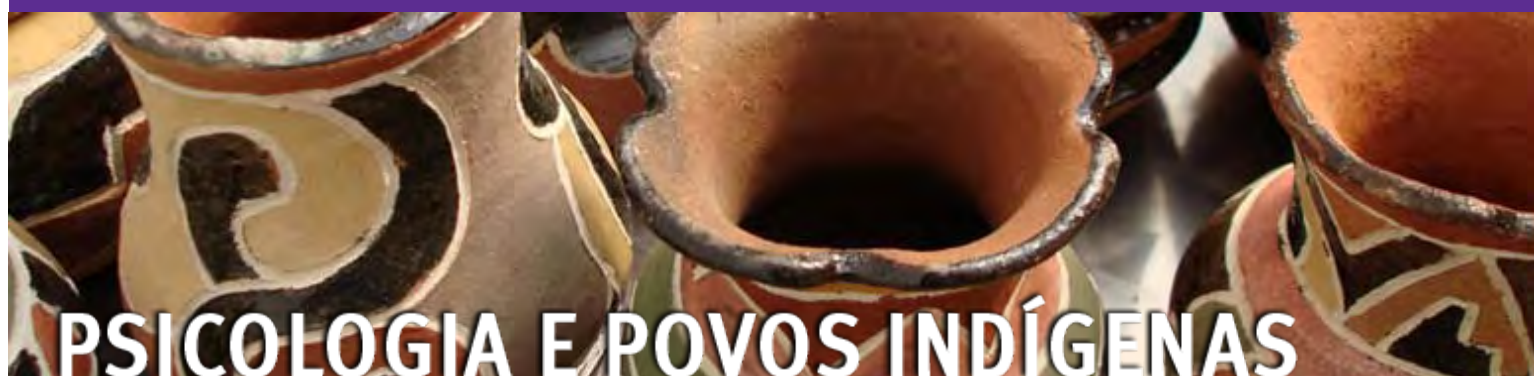
"Sou indígena, meu povo também tinha essa prática, mas não precisou de ONG nenhuma intervir para mudarmos. Os gêmeos, trigêmeos e os deficientes indígenas da região em que vivo estão sobrevivendo sem intervenção de Ong. Por favor, não peçam dinheiro em nome do infanticídio indígena".

A nota da ABA reforça: *"Por que substituir a mãe, o pai, os avós, as autoridades locais por uma regulação externa e arbitrária? As crianças indígenas não são órfãs. Bem ao contrário, estão melhor protegidas e cuidadas no âmbito de suas coletividades e por suas famílias. Uma intervenção indiscriminada, baseada em dados*

superficiais e análises simplórias, equivocadas e preconceituosas, não poderá contribuir para políticas públicas adequadas a estas populações".

O abandono e morte de crianças indígenas com sofrimento, dor e tensão foi a resposta dada por algumas comunidades a um infortúnio ou desgraça que as acometia e que está sendo discutido e solucionado pelos próprios índios diante da nova situação em que vivem. Doía tanto quanto para Abraão matar seu filho.

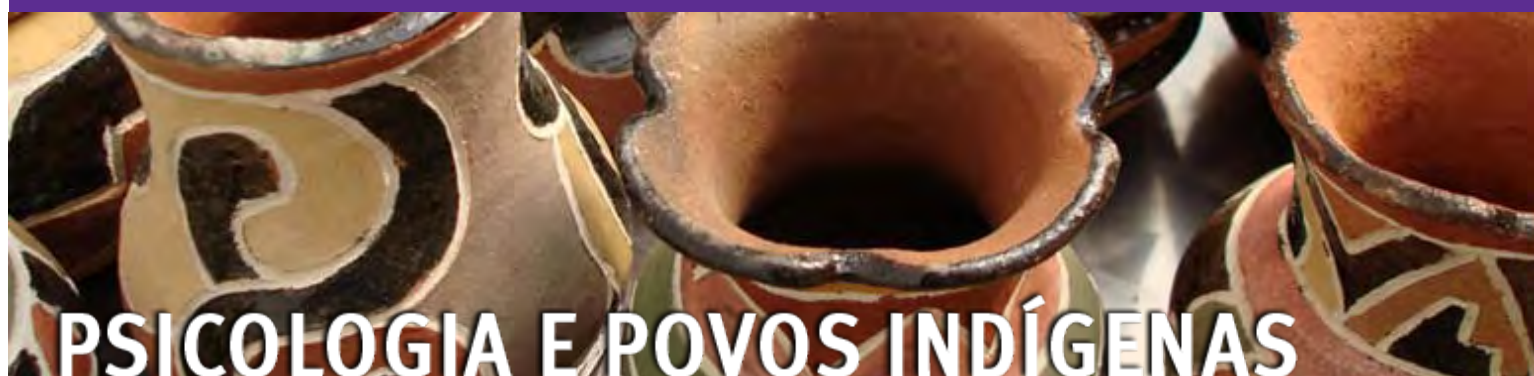
Então, ficamos combinados assim: uma anta é uma anta, um elefante é um elefante, a resposta dada por algumas comunidades tem tromba e é grande, mas não é elefante, e o Edir Macedo é....bom todo mundo sabe o que é Edir Macedo.

[Membros](#)[Contato](#)[Objetivos](#)[Antecedentes](#)[Legislação específica](#)[Mapa da População](#)[Ações realizadas](#)[Sistematização 2009](#)[Projeto 2010](#)[Grupo de Estudos](#)[Imagens](#)[Vídeos](#)[Livro](#)[Notícias](#)[Interação](#)[E-Grupo](#)[Agenda](#)[Links](#)[Textos](#)[Envie seu texto](#)

Ver notícia

TV Peruana faz Registro de Povos Isolados

<http://www.youtube.com/watch?v=045coF2pTU0>



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver notícia

III Encontro de Medicina Tradicional Kaingang- 25 a 27 novembro 2010

**III Encontro de Medicina Tradicional Kaingang-
25 a 27/11**

Local: Aldeia Morro Osso - Porto Alegre - RS

Foto: Carlos Carvalho/Brasil Imagem

O III Encontro dos *Kujà* dá continuidade ao processo de mobilização e reflexão comunitária *kaingang*, visando à manutenção, atualização e fortalecimento de seu sistema médico xamânico, visto que este coletivo indígena encontra-se em uma situação sócio-ambiental, histórica e territorial no contexto regional sul-sudeste do Brasil, em franco processo de urbanização com inúmeras e permeáveis fronteiras de contato com a sociedade nacional. Este encontro Comunitário dos *Kaingang* emerge como um espaço inspirador e revigorante, fundamental para a promoção de suas instituições, revitalizando as redes de sociabilidade e fortalecimento dos sistemas culturais que lhes sustentam. Visa possibilitar que estes distintos sujeitos indígenas exercitem seus saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde, compartilhando e mantendo com suas coletividades o bem-estar *kaingang*.

Para mais informações pelo fone (51) 3215703 e cacique Valdomiro Vergueiro (51) 96107290

Comissão organizadora: FUNASA, FUNAI, SES/ESP, UFRGS/EDUCASAÚDE, PMPA/SDHSU, COMIM, EMATER, CIMI, CRP/RS, Comunidade Indígena Local.


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Ver notícia

Avanza propuesta boliviana para Conferencia de Pueblos Indígenas

54 Naciones Unidas, 16 nov (PL) Bolivia dio hoy un importante paso en su empeño de celebrar una Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas, auspiciada por Naciones Unidas en el año 2014.

La iniciativa recibió el respaldo de la Tercera Comisión de la Asamblea General, a través de un proyecto de resolución adoptado durante la discusión del tema Cuestiones indígenas: Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

El documento será presentado como proyecto para la aprobación del máximo órgano de la ONU en diciembre próximo.

La cita propuesta coincidirá con el fin del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (2005-2014) y servirá para analizar el cumplimiento de los objetivos de la Declaración de la ONU sobre los derechos de esas comunidades.

El acuerdo de la Tercera Comisión propone ampliar el mandato del llamado fondo de contribuciones voluntarias de la ONU para esos pueblos con el objetivo de facilitar la participación de sus representantes en reuniones del Consejo de Derechos Humanos y otros foros.

También exhorta a respaldar acciones para enfrentar los problemas de los conglomerados indígenas en materia de cultura, educación, salud, derechos humanos, medio ambiente y desarrollo socioeconómico.

El texto reconoce la importancia de la Primera Conferencia Mundial de los Pueblos sobre el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra, celebrada en la localidad boliviana de Tiquipaya, en Cochabamba, del 20 al 22 de abril de 2010.

Asimismo, llama a los Estados que no lo han hecho a adherirse o ratificar el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo.

La iniciativa de Bolivia fue copatrocinada por casi 40 países, entre ellos Argentina, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela, Brasil, Chile y Paraguay, por América Latina.

arc/vc

Modificado el (martes, 16 de noviembre de 2010) Prensa Latina - Agencia

Informativa Latinoamericana


[Membros](#)
[Contato](#)
[Objetivos](#)
[Antecedentes](#)
[Legislação específica](#)
[Mapa da População](#)
[Ações realizadas](#)
[Sistematização 2009](#)
[Projeto 2010](#)
[Grupo de Estudos](#)
[Imagens](#)
[Vídeos](#)
[Livro](#)
[Notícias](#)
[Interação](#)
[E-Grupo](#)
[Agenda](#)
[Links](#)
[Textos](#)
[Envie seu texto](#)

Ver notícia

Assista no Sala de Convidados desta sexta-feira, ao vivo, dia 12/11, às 13h

Depois de longa discussão sobre a saúde dos povos indígenas foi assinado, no mês passado, o decreto que cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. De início, dois pontos indicam a intenção política da decisão: a criação da SESAI é fruto de uma construção coletiva entre governo federal, profissionais da saúde e representantes de povos indígenas; e a subordinação da nova secretaria ao Ministério da Saúde lhe garante recursos próprios assegurados pelo orçamento da União.

A SESAI tem a missão de descentralizar e desburocratizar as ações de saúde desta população. Os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) passarão por reestruturação para funcionarem como unidades gestoras autônomas. Serão responsáveis diretamente pelo atendimento de saúde e saneamento básico nos próprios territórios onde vivem os 225 povos indígenas. Estarão integrados e articulados com todo o Sistema Único de Saúde.

Antes da criação da SESAI, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) era responsável pela atenção à saúde indígena. Ela funcionava com coordenações regionais centralizadoras, instaladas nas capitais. Os DSEIs, localizados em municípios distantes, eram desprovidos de condições básicas de atendimento na região.

No estúdio, ao vivo, a presença do Secretário Especial de Saúde Indígena, Antonio Alves de Souza; do representante do Movimento Indígena no Conselho Nacional de Saúde, Edemilson Canale; e do médico sanitário e Coordenador do Ambulatório do índio do Hospital São Paulo, da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, antiga SPDM, Douglas Antonio Rodrigues.

Sobre o Sala de Convidados

É um programa de debate, ao vivo, apresentado por Renato Farias, com uma hora de duração. Os temas são relacionados à saúde e discutidos sob o ponto de vista das políticas públicas. A cada programa, três a quatro pessoas são convidadas com o cuidado de garantir a participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade.

Participação ao vivo

O Sala de Convidados é um programa feito para o telespectador contribuir com o debate. Perguntas, comentários, críticas e sugestões podem ser enviados, a qualquer momento, durante o programa. Utilize o chat no site do Canal Saúde ou ligue, gratuitamente, para 0800 701 8122. Se preferir, antecipe suas perguntas através do e-mail w!mailhtml:{D20AA20B-E065-40C9-B5B7-EB095958905F}mid://00000086/!x-usc:http://br.mc657.mail.yahoo.com/mc/compose?to=canal@fiocruz.br

Como assistir

Internet: acesse www.canalsaude.fiocruz.br e clique na TV, na página principal.

Televisão: parabólica ou TV por assinatura no canal NBR. Para sintonizar a NBR na sua cidade, acesse ebcservicos.ebc.com.br/veiculos/nbr.

Mais informações:

Canal Saúde/Fundação Oswaldo Cruz - Assessoria de Comunicação Social
Ana Cristina Figueira e Adriana Nunes

E-mail	Quem é / qual a relação com os povos indígenas	UF	Qdo entrou no grupo?
a_s41430@yahoo.com			23/8/07
airton.lourenco@yahoo.com.br	Airton Lourenço – enfermeiro, coordenador do Programa DST/AIDS de Bertioga	SP	24/5/08
aldafaro <aldafaro@yahoo.es	Juan Cristóbal Aldana – (participou de mesa redonda promovida pelo CRP no congresso da ULAPSI, em Cuba). psicólogo guatemalteco, Doctor en Psicología Social por la Universidad de Valencia (España), ha desarrollado sus tareas de docencia en Guatemala en las universidades Rafael Landivar y San Carlos. Actualmente estará como profesor invitado en la Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa, México. En Guatemala ha sido coordinador del proyecto de Maestría en Psicología Social de la Universidad Rafael Landivar, consultor del Instituto de Ciencias Penales y Comparadas en Guatemala para el determinar torturas privados de libertad con pena de muerte. Representa a Guatemala a través del Colectivo de Investigaciones Sociales y Laborales COISOLA en la ULAPSI.	Guatemala	22/9/07
alinetallarico@yahoo.com.br			11/03/09
allanbvrr@yahoo.com.br	Contato espontâneo.		5/1/07
alvaropalha@hotmail.com			4/11/08
alx_antunes@yahoo.com.br			25/4/07
anacristinafsouto@yahoo.com.br	Ana Cristina F. Souto – “Sou terapeuta ocupacional, atuei durante o ano de 2006 com um grupo de jovens indígenas das etnias Kaiowá, Nandeva e Terena da Reserva Indígena Francisco Horta Barbosa (Dourados, MS) utilizando atividades de comunicação (em especial o audiovisual).”	MS	9/03/09
anameloesouza@yahoo.com.br	Ana Melo e Souza – “Sou pesquisadora em Mato Grosso do Sul, não trabalho especificamente com jovens indígenas, mas já realizei alguns grupos com jovens kaiowá p coletar dados p meu trabalho. Se puder ajudar em alguma informação estou a disposição. Outra pesquisadora que tbem conhece essa área é Maria de Lourdes Beldi, da USP, ela lançou um livro onde conta sua experiência com jovens na reserva indígena de Dourados.” “Psicóloga e estou terminando meu mestrado em História Indígena na UFGD, em Dourados, MS. Embora seja em História, pude desenvolver um diálogo muito interessante com a Psicologia Social.”	MS	26/01/09
anapuaka.indiosonline@gmail.com	Anápuáka Muniz Pataxó Hã-hã-hãe (Etnia Tupinambá) - TI Pataxó Hã-hã-hãe - Aldeia Água Vermelha / Pau Brasil – BA - TIC e Agente Cultural Indígena (21) 3313.9424 (21) 8803.5550 (21) 8617.0413 Visitem: http://webradiobrasilindigena.wordpress.com e http://www.indiosonline.org.br	RJ	5/3/08
appjardim@ig.com.br	Ana Paula P. Jardim – ex-conselheira do CRP-SP e da subseção de São José do Rio Preto.	SP	23/11/06
arbobones@yahoo.com.br	Kleber Bonés – “Fiquei muito honrado e feliz com o convite para fazer parte de um grupo de discussão sobre a questão indígena , moro no extremo sul de São Paulo onde estão localizadas duas aldeias guarani Tenonde Porã , e o núcleo Krukutu e sei bem o quanto precisamos conhecer o máximo possível cada cultura para respeitá-las , espero poder contribuir de alguma forma com a discussão do fórum.		
arrabalde@gmail.com ou psicoedu@uol.com.br	Maria Elisa Marchini Sayeg - Coordena uma comunidade virtual de falantes da Língua Guarani. “Tenho interesse em línguas e em educação. Fiz doutorado em educação pela USP, de enfoque multidisciplinar, com temas sobre hipertextualidade. Também tenho trabalhos sobre identidade,	SP	17/10/06

E-GROUP [PSICOLOGIA - INDÍGENAS] psicologia-Indigenas@yahoogrupos.com.br Quem somos
ATUALIZAÇÃO – 27\03\2009

2

	multiculturalismo, feminismo, e outras áreas. Estou inscrita na lista de discussão de Eliane Potiguara".		
assessoriapolitica@cimi.org.br	Paulo Maldus – psicólogo, assessor político do CIMI, atua em Brasília.	DF	24/5/08
assistentetecnica04@crpsp.org.br	Massumi – assistente técnica do CRP-SP, que acompanha o GT Psicologia e Povos Indígenas	SP	6/3/08
aurelia_rios@hotmail.com	Aurélia Rios – Psicóloga. "Sou professora da Área de Humanas do Ensino Médio. Em anexo, um projeto que apresentei à Diretoria de Ensino do município de Santos/SP"	SP	
benedito.santos@sedh.gov.br	Benedito Rodrigues dos Santos – antropólogo, atua na Secretaria Especial dos Direitos Humanos em Brasília.	DF	
bethpastore@terra.com.br	Elisabeth Pastore – Psicóloga da FUNASA, responsável pela Saúde Mental Indígena no estado de São Paulo.	SP	12/5/08
biabrcpsi@yahoo.com.br beatrizbcunha@uol.com.br	Beatriz B. Cunha – conselheira do CRP-SP e coordenadora da subseção da Baixada Santista e Vale do Ribeira	SP	22/11/06
biancastock@gmail.com	Bianca Sordi Stock – "Terminei o curso de Psicologia pela UNISINOS de São Leopoldo / RS em dezembro e meu tcc foi sobre uma longa pesquisa-intervenção que realizei com os índios Kaingángs na cidade de Porto Alegre. O título do trabalho foi: Encontros na cidade: a Psicologia e os índios Kaingángs experimentando possibilidades de vida. A Unisinos o indicou para concorrer ao Prêmio Silvia Lane de monografias da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia, tendo sido classificado em primeiro lugar."	RS	11/9/07
brunanicastri@gmail.com	Bruna Nicastrí – "Sou estudante de psicologia na UNITAU (Universidade de Taubaté), estado de SP."	SP	28/5/07
brunosini@yahoo.com.br			22/4/07
camila.borges@funasa.gov.br	Camila Borges – Psicóloga, atua como responsável técnica de saúde mental na Funasa - Dsei do Paraná.	PR	24/9/07
camilafidalgo@yahoo.com.br	Camila Lós Reis Fidalgo - "Sou Psicóloga Sócio-ambiental, psicodramatista e trabalho com Saúde Mental Indígena (etnias de Minas Gerais e Espírito Santo) desde 2005, e conheço bem a fundo a necessidade e a demanda da Psicologia neste contexto. Estou disponível para novos contatos e reflexões produtivas. Fone (011) 8509-8839."	SP	23/4/07
cantart45@hotmail.com	Carina - psicóloga interessada no tema.	SP	
carlacisotto@yahoo.com.br	Carla Cisotto - dentista da PMSP – Saúde PSFI	SP	12/5/08
carlosandrade_55@hotmail.com			23/4/07
chagas@mn.ufrj.br	Francisco Chagas - "Trabalho em um laboratório de pesquisa em antropologia no Museu Nacional voltado, dentre muitos temas, à questão indígena. Apesar de não ser psicólogo tenho interesse na área de saúde indígena, especificamente, na saúde mental, fato este que me levou a uma busca de informações no campo da interdisciplinaridade, sobretudo no campo da psicologia e psiquiatria."	RJ	27/10/06
chicoamelo@yahoo.com.br			30/4/07
cimile@uai.com.br	Wilson Mário - CIMI Regional Leste	MG	16/10/06
clatpx@hotmail.com talitapolicarpo@yahoo.com.br			21/2/08
consuss@yahoo.com.br			5/11/08
crepop@crpsp.org.br	Centro de Referências em Políticas Públicas – CRP-SP	SP	27/10/06
daniela_nobre@hotmail.com	Contato espontâneo.		16/10/06
cristina@ufscar.br	Sou professora da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e trabalho com pesquisas	SP	26/03/20

	relacionadas à monitoramento tecnológico, propriedade intelectual e proteção do conhecimento tradicional de povos indígenas e demais comunidades locais. Será um prazer conversar com vocês. Um abraço. Cristina.		09
dapsiunitau@yahoo.com.br			1/5/07
deborah.castor@yahoo.com.br	Deborah Castor – “Acabo de me graduar em Psicologia pela UFPB e faz um ano que faço parte do Grupo de Trabalho e Extensão da universidade, voltado para a realidade dos índios do nordeste. Conheci os Kariri Xokós de AL, Xukurus de PE e os Potiguaras e Tabajaras da PB. Estou indo para Brasília agora em abril para participar do Abril Indígena e me aproximar ainda mais da causa. Como sou carioca, agora que me formei pretendo voltar para o RJ ou quem sabe começar a trabalhar em outro estado. Gostaria de conhecer mais os trabalhos que os psicólogos têm desenvolvidos com a população indígena e gostaria de saber se há algum mestrado específico nesta área.”	PB	10/03/09
didaga2007@yahoo.com.br			24/5/08
direcao@crpsp.org.br	Diretoria do CRP-SP	SP	5/1/07
dogallois@superig.com.br	Dominique Tilkin Gallois – Antropóloga, Coordenadora do Núcleo de História Indígena e do Indigenismo – NHII – USP. Trabalha com grupos indígenas amazônicos há 30 anos.	SP	16/10/06
dorapankararu@yahoo.com.br	Dora Pankararu – indígena e pedagoga da CASAI-SP	SP	24/5/08
dreyf-z@uol.com.br	Dreyf – “Não trabalho diretamente com a temática indígena.. mas estou inserido em atividades de saúde publica, onde a questão dos povos tradicionais é um desafio ainda muito forte para a realidade dos profissionais do SUS.”	SP	23/4/07
dvitoria2001@yahoo.com.br	“Sou psicóloga e professora de artes na rede do estado. Ainda não trabalho diretamente com o povo indígena. Mas recorro aos colegas para quem sabe participar de algum projeto em São Paulo.”	SP	26/4/07
elaine_fiorucci@yahoo.com.br	Elaine Fiorucci - Psicóloga, há alguns meses tem se dedicado a conhecer um pouco mais sobre a questão indígena.		23/4/07
elda_dunley@yahoo.com.br	Elda Dunley - conselheira do CRP-SP	SP	17/10/06
elis_vida@yahoo.com.br	Elis Teles - “estudante de psicologia da Universidade Estadual de Londrina, interessada nos movimentos sociais, particularmente nas lutas relacionadas à terra. Estou aqui para conhecer e co-construir as possibilidades de apoio da psicologia nestes espaços”.	PR	25/1/07
elisazr@yahoo.com.br	Elisa Zanerato Rosa – conselheira do CFP	SP	25/11/06
elisemal2@hotmail.com			29/10/08
elizeti_moreira@hotmail.com	Elizeti Moreira - “Indigena da etnia Terena quero participar do grupo. Sou Psicóloga, trabalho diretamente com o povo indígena, na Funasa. Estou desenvolvendo alguns trabalho com a comunidade (psicologia dentro da aldeia é um trabalho que está iniciando pois nossos costumes são totalmente diferenciados dos homens brancos, quero respostas...)”		
emilsonortega@yahoo.com.br			5/3/08
euricosena@yahoo.com.br	Eurico Sena Baniwa - Indígena da Etnia baniwa (alto Rio Negro, AM), Bacharel em Filosofia e Teologia, cursando Direito. Coordenador do Centro de Estudos Avançados das Nações Indígenas- NEAI (SP). Gestor da Comissão Intersecretarial de Monitoramento e Gestão da Diversidade (Secretaria do Trabalho, SP). Membro da Associação Indígena do Mérito Rio Negro – ACMIRN; Membro do Núcleo de Estudos Jurídicos do Indígena (Unisal, SP).	SP	5/3/08
fabiane.vick@yahoo.com.br	Fabiane – “Sou Psicóloga e trabalho no DSEI de Mato Grosso do Sul. Gostaria de participar do grupo para troca de informações, conhecimentos, discussões e reflexões.”	MS	23/5/08

E-GROUP [PSICOLOGIA - INDÍGENAS] psicologia-Indigenas@yahoogrupos.com.br Quem somos
ATUALIZAÇÃO – 27\03\2009

4

fatinassif@gmail.com	Fátima Nassif – conselheira e coordenadora da Comissão de Comunicação do CRP-SP.	SP	
fe.feliz@terra.com.br			23/4/07
fe_joao1310@yahoo.com.br			23/4/07
felavarello@uol.com.br	Fernanda Lavarello – conselheira do CRP-SP e psicóloga do CEDECA Interlagos.	SP	24/5/08
fevigua@yahoo.com.br	Fernanda Vieira Guarnieri - mestrado pela USP-Ribeirão Preto acerca das cotas universitárias para indígenas. "A princípio o interesse pela temática "povos indígenas" e subjetividade surgiram da ampliação de problemáticas sui generis referenciadas pela diversidade abarcada pelos programas de cotas. O meu envolvimento é relativamente recente e me interesse fortemente pelas conseqüências da carga de violência simbólico-cultural e física para a constituição da identidade e subjetividade desses povos. Por enquanto trata-se apenas de um grande interesse teórico e acredito que as contribuições desse grupo favorecerão a circulação sobre informações, práticas e teóricas de profissionais psicólogos engajados sobre esse temática.	SP	16/10/06
fifaspo@yahoo.com.br	Fernanda Sposito – Historiadora, gostaria de participar das discussões realizadas e quem sabe contribuir de alguma maneira com meu trabalho. Sou pesquisadora de algo chamado de história indígena ou etno-história. No mestrado trabalhei com a questão indígena na formação do Estado nacional brasileiro no século XIX, além de abordar alguns embates envolvendo os povos guaranis, kaioiwás e kaingangs contra os paulistas no período. Atualmente dedico-me ao doutorado, em que estudo as participações indígenas, com alianças e guerras, na colonização da América meridional, entre São Vicente e Paraguai nos séculos XVI e XVII."	SP	2/11/07
giselemene@yahoo.com.br			23/09/08
gloria-marcolla@saude.rs.gov.br	Glória Marcolla – "Estou participando de um projeto de saúde mental dos povos indígenas no Rio Grande do Sul."	RS	24/5/08
grimaldo_rios_b@yahoo.es	Grimaldo Rios – (participou de mesa redonda promovida pelo CRP no congresso da ULAPSI, em Cuba.) Psicólogo peruano con Maestría en Salud Mental de Poblaciones – Universidad Cayetano Heredia – Universidad Mc Guill (Canada); Docente del Curso de Metodología de Intervención Comunitaria y formulación de proyectos de intervención psicococial del Colegio de Psicólogos del Perú; Coordinador del Programa Multidisciplinario de Intervención Comunitario en convenio con diversos Municipios Distritales de Lima y Provincias; Expositor en diversos eventos nacionales e internacionales en temas de Población afectada por Violencia Política e impacto Psicosocial de la Violencia.	Pe ru	21/9/07
guto_1306@hotmail.com			23/4/07
helenabiase@funai.gov.br	Helena Biase - Pesquisadora da FUNAI, tem trabalho sobre a juventude indígena.	DF	24/5/08
helenpsi@yahoo.com.br	Helen dos Santos – "Sou psicóloga, residente em atenção básica em saúde coletiva da Escola de Saúde Publica/RS e atualmente estou prestando concurso para residente em terceiro ano em saúde indígena."	RS	5/11/07
humboldttratzel@yahoo.com.br			17/02/09
ilhammaerrawi@yahoo.com.br	Ilham Maerrawi - "Psicóloga, Coordeno o Programa Municipal de DST/aids e Hepatites de São Vicente (elaborando um trabalho de prevenção na população indígena) , componho a diretoria da Rede Brasileira de Redução de Danos- REDUC. No momento mestranda na FMUSP- Departamento de Medicina Preventiva na área de epidemiologia - Aids e Presídios."	SP	22/4/07
interajacomisaias@yahoo.com.br	Sou estudante do 10º Semestre do curso de Teologia pelo STBN- Salvador e do 6º semestre do curso de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica aqui em Salvador e gostaria	BA	12/09/08

		de compartilhar informações sobre o trabalho que vocês realizam com indígenas de outras etnias que tenham ou não correlação com nosso tema. Atualmente participo de uma pesquisa aqui na Bahia com indígenas da Etnia Kiriri.		
	interiworld@gmail.com	André Luiz da Silva – “Antropólogo e professor na Universidade de Taubaté (UNITAU), uma universidade pública municipal; na graduação trabalhou com os Maxakali de MG. Hoje é doutorando em Ciências Sociais na PUC-SP, com tema diverso da questão indígena, porém, mantém interesse na área.”	SP	23/5/07
	irmaopu@yahoo.com.br	Marcos – “Trabalho há mais de onze anos com os Povos Indígenas, em especial os de área urbana. Faço parte da ONG “Opção Brasil”, onde Coordeno o Projeto “Índios na Cidade”. Anuncio que começou a funcionar – onde antes viviam os Tupinambá, os Muiramomi, os Guarulho, entre outros – o Primeiro Ponto de Cultura Indígena de Área Urbana no Brasil (ou seja, que não é em aldeia). Este projeto é elaborado e executado pela Opção Brasil – através do Projeto “Índios na Cidade” – e faz parte de um projeto maior chamado “Pontão de Cultura”. O Ponto de Cultura Indígena se chama “Kopenoty Ia M’Boigy” que, numa mistura das línguas Terena e Tupi, quer dizer “Indígenas em Mogi” ou “Indígenas no Rio das Cobras” e será totalmente administrado pelos indígenas da região.	SP	
	itoaram@hotmail.com			2/5/07
	jmedeiro@uol.com.br	Jair Medeiros - Psicólogo e engenheiro agrônomo, tem trabalhado com indígenas na área de recuperação ambiental e plantio de lavouras no sistema orgânico (sem uso de agrotóxicos).	SP	19/10/06
	joanagarfunkel@yahoo.com.br	Joana Garfunkel – psicóloga da CASAI - SP	SP	4/5/08
	joannafranco@predialnet.com.br	Joana Franco Gonçalves Vieira - graduanda em psicologia, filha de antropólogo, interessada no tema.	RJ	16/10/06
	joãogfranca@gmail.com	João Carlos G. da Franca – presidente da Comissão Municipal de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes de São Vicente e coordenador geral do Camará	SP	24/5/08
	joednas@yahoo.com.br			8/09/08
	jrosalen@usp.br	Juliana Rosalen – antropóloga, trabalha na área de Antropologia da Saúde junto aos Wajãpi (AP).	AP	23/4/07
	karla_gpa@yahoo.com.br			23/4/07
	karolpaivaneto@yahoo.com.br			26/11/08
	lemos.tl@terra.com.br	Contato espontâneo		16/1/07
	levberni@hotmail.com	Luiz Eduardo Valiengo Berni - “Meu contato com a cultura indígena se dá por meio de pesquisa no campo da Ciência da Religião (Mestrado PUCSP) onde estudei um dos elementos centrais desta cultura: o complexo Canto-dança-oração. Já estive por diversas vezes em contato com diferentes culturas indígenas nacionais como os Kariri e os Guarani. Já tive contato, também, com a cultura andina, viajando pela Bolívia e Peru. Este ano irei ministrar uma aula tratando dessa temática na disciplina Raça e Etnia e Educação no Curso de Pós-Graduação em Escolarização e Diversidade na FE USP” Membro do GT Psicologia e Povos Indígenas e coordenador do Grupo de Estudo Transdisciplinar: Psicologia e Tradição Nativa	SP	15/10/06
	lindasalem@vivax.com.br	Ermelinda Salem - Psicóloga do CRP-01 - “Sou do Amazonas. Na UFAM sou professora do Departamento de Psicologia e, quando fui dar aula para os Sateré-Mawé, havia sido recém aprovada no Mestrado em Educação nesta mesma Universidade. Como este Mestrado vem trabalhando com as questões indígenas, dentre outras questões voltadas à perspectiva cultural - pois tem como núcleo temático “Educação, Culturas e Desafios Amazônicos” - decidi construir	AM	4/11/06

	minha dissertação com base na experiência que tive com esse povo. Minha pesquisa foi intitulada "Educação e Saúde: a psicologia na formação de professores(as) indígenas Sateré-Mawé" e teve por objetivo compreender como estavam apreendendo os conteúdos enfocados em Psicologia, especialmente com relação a aspectos da educação e da saúde para os quais nossa área de estudos está voltada. Foi uma experiência extremamente enriquecedora! Desde então estou em contato com os Sateré-Mawé e, atualmente, começo a construir minha tese de Doutorado trabalhando com o tema da loucura em sua sociedade, para ampliar nossa compreensão da experiência de pessoas internas no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (que acompanhamos em um Programa de Extensão da UFAM denominado "Encontro")."		
ltardivo@usp.br	Leila Cury Tardivo – professora do Instituto de psicologia da USP, trabalha há anos com indígenas em SP.	SP	
luciafariapsi@yahoo.com.br			27/4/07
luciana.thome@terra.com.br			23/4/07
lucianaganacin@yahoo.com.br	Luciana Nabão Marra Ganancin – “Atuamos nas aldeias bororó, jaguapirú, porto cambíra, panambizinho que estão localizadas na região de Dourados (MS). Com as etnias guarani-kaiová, nhandeva e terena; fazemos parte do Programa de saúde mental da Fundação Nacional de Saúde coordenada por Carlos Coloma. Tenho tido contato com as etnias desde 2001 em meus estágios da universidade. Estagiei no Centro de Desnutrição do Hospital Porta da Esperança, localizado na aldeia Jaguapiru, onde desenvolvemos um trabalho com as crianças internadas e suas mães a maioria da etnia guarani kaiowa. Trabalhamos tb com um grupo de crianças com problemas de violência na escola tengatuí marangatu, onde utilizamos materiais desestruturados, atividades como colagens pintura com tintas, lápis de cor e argila. onde tivemos uma riqueza de conhecimento e resultados satisfatórios. Atualmente estou trabalhando com dois grupos de adolescentes na Escola Agostinho, localizada na aldeia bororó. Com etnia guarani kaowa tenho utilizado dinâmicas de grupo com intuito de trabalhar o fortalecimento da identidade e tb fazer levantamento de dados. Tenho tido resultados interessantes com essas atividades e identificado alguns jovens em risco de suicídio, onde tenho feito trabalho conjunto com um psiquiatra que atua na mesma equipe que a minha. Estou desenvolvendo um projeto de capacitação na área de saúde mental com os agentes de saúde das aldeias bororó e jaguapirú, juntamente com a equipe de saúde, para que possamos juntos entender onde, e, de que forma a psicologia poderá contribuir. Observando os signos e significados, os mitos, os rituais, a perda da cultura, o conflito cultural, o inconsciente coletivo muito presente nesse povo. Gostaria de compartilhar experiências com os colegas, pois não podemos negar que essa é uma área de atuação desconhecida para psicologia, e em contato com ela percebemos o quanto esse povo carece de ajuda.”	MS	
lucilajmg@usp.br	Lucila de Jesus Mello Gonçalves - “psicóloga e psicanalista e estou terminando meu mestrado na área de saúde indígena na faculdade de saúde pública. Alguns de vocês pude conhecer no colóquio. Minha pesquisa de campo foi na Casa de Saúde do Índio de São Paulo, com indígenas de várias etnias. Estou muito interessada em trocar idéias e experiências sobre o trabalho do psicólogo com os povos indígenas.”	SP	23/4/07

E-GROUP [PSICOLOGIA - INDÍGENAS] psicologia-Indigenas@yahoogrupos.com.br Quem somos
ATUALIZAÇÃO – 27\03\2009

7

lucycarey2003@yahoo.com.br			8/09/08
lumenact@terra.com.br	Lumena Celi Teixeira – professora de Psicologia Social, coordenadora de projetos na Ong Camará (São Vicente/SP), conselheira do CRP-SP e coordenadora do GT Psicologia e Povos Indígenas, moderadora deste e-group.	SP	15/10/06
maghi1122@terra.com.br			23/4/07
mairapedroso@hotmail.com	Maíra Pedroso - "Sou de Campinas (SP) e fiz meu mestrado na Puc-SP com a professora Silvia Lane, com o tema da linguagem das emoções entre mães e crianças Kadiwéu. Tenho trabalhado em parceria com a professora Sonia Grubits, que já se apresentou e citou dois artigos escritos em conjunto. No momento, estou em Limoges, na França, para fazer o meu doutorado. Quero pensar sobre a forma como os povos indígenas eram retratados em pinturas do século XVI, XVII, pelos europeus que iam ao Brasil, e também pesquisar a presença indígena na Europa neste período, pois muitos eram trazidos para exposições na Corte etc...Penso que aí se encontram as raízes de muitos problemas atuais enfrentados pelos povos indígenas. Se alguém tiver algum trabalho na mesma direção, ou interesse sobre o tema, estou super disposta e interessada na questão...!"	SP	16/10/06
manda_hahael@hotmail.com	Amanda Medeiros – estuda a aplicação da Fisioterapia na saúde indígena.	SP	24/5/08
manodelchristo@yahoo.com.br	Manoel de Christo - CRP-10, foi da Comissão Direitos Humanos. Psicólogo e supervisor em Psicologia Social Comunitária no Pará.	PA	20/11/06
manthuala@gmail.com			31/12/07
mariaerminia_ciliberti@yahoo.com.br	Maria Ermínia Ciliberti – vice-presidente do CRP-SP	SP	15/10/06
maristela_brizzi@yahoo.com.br	Maristela Brizzi – professora, "Tenho desenvolvido alguns trabalhos de ensino, pesquisa e extensão junto a "Terra Indígena do Guarita" no RS. Resido em Ijuí/RS. Meu interesse pelas discussões é pelo fator antropológico e educacional. Espero poder ajudar e aprender bastante, através das interações."	RS	18/1/07
marynloureiro@terra.com.br			7/5/07
matraga2@uol.com.br	Marcus Vinicius de Oliveira - Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professor da FFCH da Universidade Federal da Bahia. Vice presidente do Conselho Federal de Psicologia (2004-2007) e militante do Movimento da Luta Antimanicomial.	BA	19/11/06
mayaradacpatrao@yahoo.com.br	Mayara Patrão – "Faço Psicologia na Universidade Presbiteriana Mackenzie, e estou interessada em participar do grupo de discussão porque trabalho com populações tradicionais na Amazônia com um grupo de extensão (NAPRA- Núcleo de Apoio à População Ribeirinha da Amazônia)."	SP	23/4/07
mdsl_psicol@yahoo.com.br			9/03/09
metodistarj@yahoo.com.br			16/2/07
mhasse@usp.br			
miriam.leirias@ig.com.br			2/5/07
miriamcaifa@hotmail.com	CRP-04		30/10/06
mmvizzotto@uol.com.br	Marília Vizzoto - professora da Universidade Metodista e colaboradora do GT Psicologia e Povos Indígenas (CRP-SP)	SP	24/5/08
mntzenaide@uol.com.br	Nazaré – "Paraibana, trabalhei com os Potiguara de Monte-Mór, na extensão universitária. Sou professora da UFPB do Departamento de Serviço Social e membro da Comissão de Direitos Humanos. Dessa experiência na CDH é que me aproximei dos Potiguara."	PB	18/11/06
monicagta@hotmail.com			24/5/08

E-GROUP [PSICOLOGIA - INDÍGENAS] psicologia-Indigenas@yahoogrupos.com.br Quem somos
ATUALIZAÇÃO – 27\03\2009

8

monicaife@yahoo.com.br			
niltonjunior@globo.com	Contato espontâneo		15/1/07
nitatuxa@yahoo.com.br	Nita - índia da Tribo Tuxá do norte da Bahia (Rodelas) - "Há dois anos deixei a minha comunidade para cursar Psicologia na cidade de Governador Valadares-MG (indo a aldeia apenas nas férias), devido o desempenho positivo que obtive no Enem, ganhando assim, uma bolsa de estudos pelo Prouni."	BA	24/2/08
nyldarodriguez@uol.com.br	Maria Nilda - "Jornalista, atuei por uns 5 anos na área de comunicação da ONG SSL que trabalha com populações no Amazonas, Acre e Sertão de Pernambuco. Moro em SP... fiquei completamente envolvida e hoje sou pesquisadora do tema, especialmente Literatura Indígena."	SP	
odairfurtado@pucsp.br	Odaí Furtado - psicólogo, ex-conselheiro do CRP-SP e CFP, professor em SP	SP	24/5/08
osvaldo@unir.br	Oswaldo Unir - doutor em Psicologia pela USP, docente da Universidade de Rondônia, pesquisador e amigo da comunidade indígena.	RO	24/5/08
parmenidespereira@yahoo.com.br	Parmênides Pereira - "Minha entrada como professor de psicologia da UFAL há dois anos me fez entrar em contato com uma comunidade indígena Xukuru-Kariri, que luta pelo reconhecimento étnico e aquisição de terras. Iniciamos uma pesquisa que findou sua fase de coleta de dados e agora estamos em busca de referenciais para discutir a questão. Quem puder nos fornecer literatura a respeito, agradecemos. O grupo é composto por mim e por duas alunas de Psicologia. A ênfase do trabalho é a ação de enfrentamento do grupo em busca de direitos reconhecidos na lei, mas não vivenciados no cotidiano."	AL	20/07/08
polianagonzalez@yahoo.com.br			13/12/08
pripink6@hotmail.com	"Eu gostaria de saber mais sobre a cultura indígena, sou estudante de Psicologia e tenho interesse no assunto."		24/5/08
prleosinho@yahoo.com.br			24/4/07
professorzilio@yahoo.com.br			29/4/07
projetoceac@yahoo.com.br			31/07/08
redacao@znmarketing.com.br	Luciana Scanoni - "sou antropóloga e trabalho com a população Terena no Mato Grosso do Sul. Meu trabalho se concentra basicamente no estudo da cerâmica produzida pelo grupo, no entanto, estou sempre participando das reuniões sobre a questão da terra."	MS	16/1/07
regianecdp@yahoo.com.br	Regiane - psicóloga interessada no tema.		
renatamarquesregio@yahoo.com.br	Renata Marques Rego - "Cheguei a este grupo por intermédio da Dra. Sônia Grubits. Sou psicóloga e atualmente pesquiso em meu mestrado na PUC-Campinas os elementos terapêuticos da dança. Gostaria de acompanhar e compreender a experiência de dançar para povos indígenas."	SP	20/7/07
retakacura@yahoo.com.br			23/4/07
risoalencar@yahoo.com.br	Contato espontâneo		16/1/07
rodrigo.chaves73@yahoo.com.br			7/5/07
rodrigoribeiro@pucsp.br	Rodrigo Ribeiro - Realizou sua pesquisa de mestrado sobre alcoolismo no povo Krahô e no doutorado sobre alcoolismo no povo Maxakali. Professor da PUC-SP, é do Núcleo de Etnologia e Meio Ambiente.	SP	
rodrigovenancio@yahoo.com.br			21/11/08
sandrelena@uol.com.br	Sandra Helena Sposito - conselheira do CRP-SP, membro da Comissão de Direitos Humanos e coordenadora da subseção de Bauru.	SP	21/11/06

schubert_fernando@yahoo.com.br	Fernando Schubert - "Sou Psicólogo, formado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Trabalho no Centro de Apoio aos Direitos Humanos e sou militante da causa indígena, especialmente a dos índios Tupinikim e Guarani daqui do estado. Há cerca de 1 ano e meio criamos um grupo multidisciplinar denominado Brigada Indígena, que tem realizado diversas ações de apoio, tais como: visitas às aldeias, atos políticos, intervenções públicas, ocupações, etc. Mas sempre me senti um pouco isolado, enquanto psicólogo, nessa prática. Fico muito feliz de saber que nossa categoria está se organizando em torno desse tema tão importante. Espero contribuir bastante com a discussão e estou muito curioso por conhecer e trocar experiências e idéias com outras pessoas."	ES	18/1/07
sergioaragaki@yahoo.com.br	Sérgio Aragaki - moro em Palmas-TO, assumi o cargo de professor na UFT - Universidade Federal do Tocantins. Fiz um contato com o GTI-Grupo de Trabalho Indígena, que agrega as questões indígenas aqui na universidade.	TO	23/4/07
sgrubits@uol.com.br	Sonia Grubits - "Pesquisei populações indígenas em MS e MT. Trabalho na Universidade Católica Dom Bosco, em Campo Grande. Já temos trabalhos muito interessantes com grupos da região, em especial os Bororo, Guarani, Terena e Kadiwéu. Tenho quatro artigos sobre minhas pesquisas no Scielo: dois sobre Identidade Infantil, um sobre o Desenho da Casa com populações infantis indígenas e outro sobre Mulheres Indígenas. Finalmente, no prelo, um artigo sobre ética nos estudos com populações indígenas, revista Psicologia - Ciência e Profissão do CFP, juntamente com Maira Pedroso (ela interrompeu seus estudos na PUCSP e está em Limoges, França, fazendo um doutorado, com orientação do professor Ivan Darrault-Harris), que também está na nossa lista. Publiquei três artigos na revista Ra Ximhai, da Universidade Autónoma Indígena do México, UAIM. Tenho discutido a questão indígena com pesquisadores do México, em especial região de Sonora, onde fiz um trabalho de campo com o grupo Mayo. Meu parceiro nas pesquisas e publicações, desde 1997, é o professor Ivan Darrault-Harris, da Escola de Altos Estudos em Ciências de Paris.	MS	15/10/06
silnogueira@yahoo.com.br	Sílvia Nogueira - "Minha experiência começou em março de 2005 no CTI - Centro de Trabalho Indigenista - onde atuei de forma voluntária e, posteriormente, integrei uma equipe técnica para elaboração do estudo etnoecológico das aldeias do Krucutú e da Barragem em função da construção do trecho sul do rodovial Mário Covas (índios Guarani - consultoria solicitada pela FUNAI para CONSPLAN/DERSA). Posteriormente passei a integrar um Grupo de Trabalho que atua (até os dias de hoje) de forma independente (como empresa de consultoria em antropologia com projetos na área de educação, saúde etc) e sou voluntária na equipe do Programa de Monitoramento de Terras Indígenas e Unidades de Conservação no Instituto SocioAmbiental. Sou formada em psicologia, com mestrado em psicologia social (PUC/SP) e trabalho em organizações sem fins lucrativos desde 1997.	SP	16/10/06
silviariza@uol.com.br	Sílvia Ariza - Trabalha com MST na Anhanguera (SP) - Universidade São Marcos	SP	14/11/06
sirleisp@yahoo.com.br			25/7/07
sokadidi@yahoo.com.br			22/5/07
subsedesantos@crpsp.org.br	Subsede Santos e Vale da Ribeira.	SP	24/5/08
suelirugno@yahoo.com.br			24/4/07
tabetinho@itelefonica.com.br	Paula Araújo - trabalha no Programa DST/AIDS de São Vicente.	SP	24/5/08

E-GROUP [PSICOLOGIA - INDÍGENAS] psicologia-Indigenas@yahoogrupos.com.br Quem somos
ATUALIZAÇÃO – 27\03\2009

10

tangarra@hotmail.com			11/02/09
taniabonfim@ig.com.br	Tânia Elena Bonfim - professora da Universidade Metodista, Psicóloga e doutoranda em Psicologia pela USP. Tem trabalhado com a Profa. Leila Tardivo junto às Comunidades Indígenas Guarani Mbya da cidade de São Paulo.	SP	3/2/07
taniacostaduplatt@gmail.com	Tânia Costa Duplat – “Psicóloga, bahiana de Salvador e descendo dos Pataxos há há, como funcionaria da área técnica de saúde mental faço apoio institucional no extremo sul da Bahia (Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Prado, etc), são ao todo 21 municípios e 11 caps, preciso muito de referencias que orientem os técnicos para o atendimento dos nossos irmãos índios que também enfrentam problemas com o alcoolismo.”	BA	3/3/08
taniacristina@polmil.sp.gov.br	Tânia Cristina – “Trabalho numa instituição em São Paulo, com prevenção a manifestações suicidas.”	SP	3/5/07
tatianetavaresmenezes@yahoo.com.br	Contato espontâneo		11/5/08
terezac.martins@gmail.com	Ana Tereza C. Martins – Acompanha indígenas do litoral norte de S.Paulo, num projeto destinado à população que reside naquela região. “É um projeto para acompanhamento da gestação, parto e pós-parto junto a comunidades distantes mais de 40km do centro mais próximo, e que têm dificuldade de acesso ao posto de saúde criado para a região, porque vivem no chamado “sertão”.	SP	4/1/07
thalitapsi@yahoo.com.br	Thalita V. Leite Martignoni - “Sou graduada em Direito e graduanda em Psicologia. Sempre me interessei por direitos humanos. Atualmente estou estudando o preconceito em relação aos povos indígenas, no mestrado em psicologia social da Universidade Católica de Goiás, sob a orientação da professora Ana Raquel Rosas Torres. Estamos iniciando este projeto em parceria com o prof. Rupert Brown e Roberto Gonzáles, que têm investigado o preconceito contra os Mapuches no Chile.”	GO	15/10/06
thamarab@hotmail.com	Thamara - psicóloga interessada no tema.	SP	
tmnaves@gmail.com	Terezinha Naves – estudante de psicologia – Santo André	SP	26/08/08
tsenhorinha@yahoo.com.br			23/4/07
valeriasaud@yahoo.com.br			2/5/07
vancaldeira@terra.com.br	Vanessa Caldeira – antropóloga da CASAI-SP	SP	24/5/08
vanessamastrogiascomo@yahoo.com.br			23/4/07
vanessaviramundo@gmail.com	Vanessa Santos – educadora socioambiental do Camará (SV), interessada na questão indígena.	SP	23/4/07
veronicamontanher@ig.com.br	Verônica de Freitas Montanher - “Trabalho no Hospital Geral de Pedreira (zona sul de São Paulo) nas seguintes áreas: Maternidade, Berçário, Pediatria e UTI Ped. Esse hospital é referência para atendimento aos indígenas que vivem em Parelheiros. Na verdade não desenvolvo nenhum trabalho diretamente com eles,mas tenho interesse em discutir sobre o assunto e refletir sobre as possibilidades de atuação.”	SP	16/10/06
vicg@terra.com.br	estudante de psicologia	SP	16/6/07
vivianerid@yahoo.com.br	“Sou psicóloga/ed ambiental e estudante de ciências sociais e tenho interesse pelo tema.”		29/4/08
vperez@bol.com.br	Contato espontâneo		29/1/07
vvaill@uol.com.br	Valeria Macedo - Integrante do Núcleo de História Indígena e do Indigenismo – NHII - USP	SP	19/10/06
xanda2@gmail.com	Xanda Miranda – “Trabalhei 8 anos com a etnia A’uwé Xavante, 3 como consultora da FUNAI com o tema vulnerabilidade social (com o depto de educação e o depto de estudos e pesquisas). Sou barachel em psicologia pela PUC-SP e fui orientanda da dra Bader Sawaia em	DF	30/4/07

		pesquisa sobre educação diferenciada indígena. Atualmente estou trabalhando no MEC, na coordenação de educação ambiental, mas acompanho continuamente os projetos nos quais atuei junto à FUNAI."		
	xandajapiassu@gmail.com			5/11/08
	zuleikaolivan@iron.com.br	Zuleika V. Oliven - membro da comissão gestora Baixada Santista e Vale do Ribeira	SP	23/11/06
	zulmapirini@hotmail.com	Zulma Pirini – psicóloga da Argentina. "Estoy por comenzar una investigación sobre S. Mental en los pueblos originarios y me gustaría contactarme con psicólogos y antropólogos, que investiguen el tema"	Argentina	24/5/08



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: Livro

Publicação: Museu do Índio - FUNAI

Meio: Meio impresso

Volume:

Pág. 1 - 280

<http://www.ppgasmuseu.etc.br/publicacoes/altoxingu.html>

Local da publicação: , 2011

Editora:

Alto Xingu: Uma sociedade Multilingui

Autores: Organizadora: Bruna Franchetto

Contato: não disponível

Palavras-chave: Línguas alto-xinguanas Sociolinguística



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: Artigo

Publicação: Ministério da Saúde

Meio: Meio impresso

Volume:

Pág. - 201

http: // bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021anais_seminario.pdf

Local da publicação: Brasília - DF Brasil, 2001

Editora: Ministério da Saúde

ANAIS DO SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL

Autores: Ministério da Saúde

aids@aids.gov.br

Contato: <http://www.aids.gov.br>

Palavras-chave: ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL
ANAIS DO SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: Atlas

Publicação: UNICEF Y FUNPROIB

Meio: Meio Digital

Volume:

Pág. -

http://www.crpssp.org.br/povos/textos/tomo_1_atlas_indigenas_am_latina.pdf

Local da publicação: Cochabamba - Bolivia, 2009

Editora:

ATLAS SOCIOLINGÜÍSTICO DE PUEBLOS INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA - 1

Autores: UNICEF Y FUNPROIB

info@funproieibandes.org

Contato: <http://www.funproibandes.org>

Palavras-chave:

contiene fichas de cada uno de los 522 pueblos indígenas que viven en esta región del mundo



- Membros
- Contato
- Objetivos
- Antecedentes
- Legislação específica
- Mapa da População
- Ações realizadas
- Sistematização 2009
- Projeto 2010
- Grupo de Estudos
- Imagens
- Vídeos
- Livro
- Notícias
- Interação
- E-Grupo
- Agenda
- Links
- Textos
- Envie seu texto

Ver texto

Tipo:
Publicação: CRP SP
Meio: PDF

Volume:
Pág. -
http://www.crsp.org.br/povos/textos/APROXIMACAO_DA_PSICOLOGIA_COM_OS_POVOS_INDIGENAS.pdf
Local da publicação: ,
Editora:

AVALIAÇÃO SOBRE APROXIMAÇÃO DA PSICOLOGIA COM OS POVOS INDÍGENAS NO SISTEMA CONSELHOS DE PSICOLOGIA

Autores:

Contato:

Palavras-chave:



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: MANUAL BÁSICO

Publicação: publicacao

Meio: Meio impresso

Volume:

Pág. 1 - 29

http://www.gobernabilidadedemocratica-

pnud.org/archivos/1287157833Manual%20Declaracion%20NNUU%20Derechos.pdf

Local da publicação: Quito, Ecuador, 2010

Editora:

MANUAL BÁSICO sobre LA DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Autores: Redacción: Mónica Chuji, Fundación Tukui Shimi; Mikel Berraondo, IPES-Elkartea y Almaciga; David A.C. Turner, Fundación Tukui Shimi

www.conaie.org

Contato: info@conaie.org

Palavras-chave: LA DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: Cuaderno de trabajo

Publicação: publicacao

Meio: Meio impresso

Volume:

Pág. 1 - 29

http: / / www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4631/1/BVCI0004084.pdf

Local da publicação: Perú, 2010

Editora:

Ministerio de Educación - DINFOCAD

Autores: Virginia Zavala; Gavina Córdova

http: / / www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4631/1/BVCI0004084.pdf

Contato: não disponível

Palavras-chave: educación bilingüe intercultural en el Perú



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: PDF

Publicação: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE / Diretoria de Pesquisas

Meio: Meio Digital

Volume:

Pág. -

http://www.crpssp.org.br/povos/textos/indigena_censo2010.pdf

Local da publicação: Rio de Janeiro, 2012

Editora:

Os indígenas no Censo Demográfico 2010

Autores: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

ibge@ibge.gov.br /

Contato: <http://www.ibge.gov.br/>

Palavras-chave:

primeiras considerações com base no quesito cor ou raça



[Membros](#)

[Contato](#)

[Objetivos](#)

[Antecedentes](#)

[Legislação específica](#)

[Mapa da População](#)

[Ações realizadas](#)

[Sistematização 2009](#)

[Projeto 2010](#)

[Grupo de Estudos](#)

[Imagens](#)

[Vídeos](#)

[Livro](#)

[Notícias](#)

[Interação](#)

[E-Grupo](#)

[Agenda](#)

[Links](#)

[Textos](#)

[Envie seu texto](#)

Ver texto

Tipo: artigo científico

Publicação: Psicologia Ciência e Profissão

Meio: Meio impresso

ISSN 1414-9893

Volume: 1

Pág. 46 - 57

<http://www.pol.org.br>

Local da publicação: Brasília, 2006

Editora:

Relações Éticas em Pesquisas com Populações Indígenas

Autores: Maira Pedroso e Sonia Grubits

mairapedroso@hotmail.com

Contato: mairapedroso@hotmail.com; sgrubits@uol.com.br

Palavras-chave: ética, populações indígenas, psicologia social

Reflexões éticas em pesquisas com populações indígenas

Reflections about ethics on research related to native populations

Maíra Pedroso Corrêa da Silva^{I,*}; Sonia Grubits^{II,**}

^IPontifícia Universidade Católica de São Paulo

^{II} Universidade Católica Dom Bosco

RESUMO

O presente trabalho apresenta um conjunto de reflexões acerca das questões éticas que envolvem a pesquisa com povos indígenas no âmbito da Psicologia social. Partindo da questão "para que e para quem determinado saber é produzido?" iniciamos nossa reflexão, inserindo-a numa discussão ética e política que acreditamos ser fundamental para toda pesquisa. Partilhando das discussões de Guareschi (2003), baseamo-nos numa concepção de ética enquanto instância crítica, o que significa considerá-la uma busca incessante por transformação, o que também quer dizer que ela precisa ser propositiva e, por fim, que a ética só pode se referir às relações, sendo, ela mesma, sempre uma relação. A partir desses três pontos, realizamos uma reflexão acerca das pesquisas com grupos indígenas, acreditando que posicionar-se dentro de determinados valores é fundamental para que não se continue repetindo os abusos que têm sido cometidos ao longo da História em relação a essa população.

Palavras-chave: Ética, Populações indígenas, Psicologia social.

ABSTRACT

This work presents a set of reflections about ethical questions involving research with native people within the Social Psychology area. To start our reflection we begin with the question "what for and for whom a specific knowledge is produced?", inserting it in an ethical and political discussion that we believe to be fundamental for the whole research. Sharing the discussions of Guareschi (2003), we have based our work on a conception of ethics as an instance of criticism, what means considering it as an incessant search for transformation, and a propositive subject as well, and, finally, it means that ethics can only refer to relationships, since it is actually a relationship itself. Starting from these three statements we have proceeded a reflection about the research with native groups, believing that focusing within certain values is fundamental to avoid the repetition of the same abusive behavior toward these populations during History.

Keywords: Ethics, Native populations, Social Psychology.

Há inúmeras perguntas que, logo de início, se fazem presentes quando a questão "pesquisa com grupos indígenas" é suscitada: a pesquisa não pode interferir negativamente na cultura indígena? Não acaba sendo pior? Por que não deixar os índios em paz? Uma pesquisa pode contribuir? Pode atrapalhar? Quando e por que essas coisas podem acontecer? Como inserir-se na comunidade indígena onde será realizada a pesquisa? Como se dá o encontro entre culturas? Entre o índio e o não índio? Como se dá essa relação com toda a carga histórica de dominação e destruição que sempre esteve atrelada ao encontro do índio com o homem ocidental? Essas são perguntas essenciais para pesquisadores que pretendem trabalhar com grupos indígenas, e o presente artigo constitui um apanhado de reflexões suscitadas a partir dessas indagações, advindas da prática de pesquisa das respectivas autoras junto a grupos indígenas de Mato Grosso (bororo e tapirapé) e Mato Grosso do Sul (guarani/kaiowá, terena e kadiwéu), no âmbito da Psicologia social. Baseando-se na discussão do Núcleo de Organização e Ação Social (NOAS) do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Puc-SP, coordenado por Peter Spink (2003), partimos da consideração que entramos no campo a partir do momento em que escolhemos o tema. Dessa forma, afastando-se do modelo proposto pela Antropologia tradicional - que, ao falar da pesquisa de campo, está referindo-se à observação e interação com as pessoas "no seu habitat natural" - partimos da idéia de que o campo não é um lugar específico, mas a situação de um assunto, estando presente em múltiplos e variados lugares. Para a Psicologia social, portanto, o campo começa quando nos vinculamos a uma determinada temática, quando elegemos um assunto como psicologicamente relevante, algo que não consiste em um processo simples e sem problemas, gerando questões éticas importantes, como discutiremos adiante.

Dessa maneira, campo, aqui, não é um lugar específico, delineado, separado e distante; ele é a situação de um determinado tema, é um campo-tema. O campo-tema é, portanto, o argumento no qual estamos inseridos, argumento esse que tem múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes (Spink, 2003). Assim, quando escolhemos trabalhar com a questão indígena, já estamos no campo da questão indígena muito antes de entrarmos especificamente no local da reserva ou da aldeia, estando o assunto presente em múltiplas territorialidades.

A partir disso, todas as perguntas levantadas inicialmente podem ser integradas em uma questão primeira, que pode ser considerada o ponto inicial da pesquisa e que irá norteá-la durante todo o seu processo, continuando, inclusive, para além dela. Uma questão aqui partilhada com a posição construcionista: para quem e para que determinado saber é produzido? Essa questão deve ser inserida numa discussão ética e política, sendo fundamental para o desenvolvimento de toda e qualquer pesquisa, estendendo-se inclusive a outros campos do saber científico, assim como a outras áreas de investigação da Psicologia.

Na pesquisa com grupos indígenas, a discussão ética é essencial. De fato, ao longo da História, e ainda nos dias de hoje, nota-se um abuso nas pesquisas com etnias

indígenas. Há inúmeros casos de pesquisadores que coletaram seus dados e nunca mais voltaram às reservas para apresentar e discutir os resultados das investigações; publicaram trabalhos sem que os próprios grupos soubessem ou autorizassem; apropriaram-se de conhecimentos da cultura e desapropriaram seus próprios donos desse conhecimento; enfim, há uma série de formas abusivas que permearam e permeiam ainda hoje as pesquisas com grupos indígenas e que tornam esse um campo bastante delicado e complexo. Além disso, a própria história do contato entre as diferentes culturas, entre índios e não índios, é uma história carregada de violência, desrespeito e dominação.

Assim, as indagações começam desde que o tema é definido. Ao entrar em campo (no campo-tema) nos deparamos com dois discursos principais:

um que aponta o fato de que as sociedades indígenas não estão em paz, portanto, a questão de deixá-las ou não em paz não é a questão fundamental. A questão fundamental é o fato de que esses grupos precisam de parceiros na luta pela conquista e reconquista de seu espaço (geográfico, cultural, político). Esse discurso revela que o avanço da sociedade nacional dominante é algo em crescente movimento e difícil de ser freado. Portanto, cada vez mais, os grupos indígenas precisam de pessoas envolvidas que estejam dispostas a lutar com eles e apoiá-los em sua busca por um reconhecimento e poder de negociação como grupos coesos e efetivamente inseridos na política nacional.

por outro lado, há um discurso pautado na questão de que as pesquisas com grupos indígenas muito pouco têm contribuído para essa luta e para um auxílio efetivo nas questões pertinentes para esses grupos, o fato de que os pesquisadores têm pouco ou nenhum envolvimento político com a questão indígena e de que suas pesquisas servem apenas para si mesmos e não para os grupos aos quais se referem.

Esse segundo discurso aponta a forma abusiva que tem marcado as pesquisas com grupos indígenas, pesquisas que não são necessariamente "não éticas", mas que se pautam numa compreensão de ética muitas vezes diferente da pressuposta em nossas pesquisas.

Esse discurso sobre a questão abusiva das pesquisas com grupos indígenas é tão marcante e reflete uma história de relação entre grupos indígenas e pesquisadores tão desigual que muitas etnias passaram a não aceitar pesquisadores dentro de suas aldeias, ou, pelo menos, vêm com bastante desconfiança a presença e o trabalho de tais pessoas. Há, inclusive, casos cada vez mais frequentes de grupos cobrando pelo fornecimento de dados, apontando a possibilidade de que, não sentindo um retorno da pesquisa na melhoria de sua qualidade de vida, na garantia de seus direitos, passaram a enxergar as pesquisas como algo que só beneficia o pesquisador, ou uma ciência à qual eles não têm acesso, passando a cobrar financeiramente como forma de ganhar algo em troca dos dados fornecidos. Ouvimos relatos entre os kadiwéu (etnia com a qual temos trabalhado desde 1999), por exemplo, sobre pesquisadores que haviam publicado trabalhos sobre eles sem que eles soubessem ou autorizassem, o que fez com que proibissem a presença de tais pessoas em suas aldeias.

Todos esses aspectos nos remetem às questões éticas envolvidas nas pesquisas (e aqui, mais especificamente, nas pesquisas com grupos indígenas), mostrando a necessidade de uma reflexão acerca dos conhecimentos que têm sido produzidos nesse âmbito.

É certo que toda pesquisa, e todo paradigma adotado, traz consigo uma dimensão ética, um referencial do que se considera justo, bom, aceitável e o que se imagina quando se diz que se quer transformar algo, ou seja, todo psicólogo social, ao enfrentar uma problemática social que julga relevante, tem necessariamente, em mente, um referencial de como as situações devem ou deveriam ser quando mudadas e transformadas. Segundo Guareschi (2003) o problema é que esse referencial nunca é discutido, ele é apenas suposto, mas às vezes dentro de diferenças substanciais.

Assim, a questão, muitas vezes, não é que as pesquisas sejam éticas ou não

éticas, mas, sim, que pressupõem um referencial ético que pode diferir substancialmente de uma para outra, remetendo a discussões polêmicas bastante complexas que ocorrem nas ciências humanas em geral, e, no caso do presente artigo, particularmente na ciência psicológica. Temos, na Psicologia, uma série de autores que vêm discutindo as questões éticas, não apenas no âmbito da pesquisa como também no da prática profissional. Temos, inclusive, um novo Código de Ética Profissional do Psicólogo, que passou por um processo de recentes modificações e mobilizou uma série de discussões envolvendo toda a categoria.

Na exposição de motivos do Código de Ética, que podem ser encontrados na página do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (www.crpasp.org.br), nos deparamos com um texto que apresenta uma visão do homem como ser fundamentalmente dinâmico e relacional. O discurso apresentado enfatiza que, sendo o homem sujeito e objeto de estudo da Psicologia, qualquer sistema ou código de ética só será real se sujeito, também ele, a essa transitoriedade que é própria do homem à procura de seu destino e significação. No texto, um código de ética deve expressar, de um lado, a dinamicidade e, de outro, um conjunto de ações ou comportamentos que seja representativo da realidade e da relatividade do dia-a-dia, com os quais o homem se põe diariamente em contato. Enfatiza também que um código será falho se fizer uma ética para o psicólogo, esquecendo-se da ética do homem, lembrando que a moralidade se concebe como atitude, qualidade e valores, e que a ética não pode proporcionar soluções pré-fabricadas sem que haja um trabalho interno de cada indivíduo propondo-se a agir eticamente. Por fim, esse Código afirma querer juntar as duas coisas: os grandes princípios e a prática do cotidiano, pretendendo ser fonte de uma reflexão ética não dissociada da prática profissional.

Para além dessa discussão envolvendo o Código de Ética, podemos citar autores que têm refletido as questões éticas no âmbito da Psicologia social, tais como Banchs (2000), Sawaia (1998), Crochík (1999) e Guareschi (2003), só para citar alguns dos estudiosos que têm falado dessa questão.

Na visão de Banchs (2000), a partir do momento em que nosso objeto de estudo ou de ação é o ser humano, nossa práxis está inserida em uma visão de mundo e de humanidade que são inevitavelmente políticas e que implicam necessariamente um sistema de valores. Para a autora, é fato que a Psicologia social, como toda ciência social, constitui uma prática ético-política, sendo esse fato um elemento central nas discussões teóricas e epistemológicas que desenharam os contornos do espírito de nossa época.

Sawaia (1998) também vai enfatizar a unicidade que existe entre a discussão ética e a epistemológica, chamando a atenção para o fato de que a reflexão epistemológica explicita a dimensão ética do conhecimento, algo que foi cindido na história do pensamento científico, mas que se encontra estreitamente relacionado.

A autora vai iniciar suas reflexões levantando as seguintes questões: a Psicologia social é democrática? Qual o papel político do conhecimento que ela produz? E mais adiante, vai se perguntar: qual a ética que nossos pressupostos referendam? O conhecimento que tem sido produzido pela Psicologia continua gerando práticas democráticas ou excludentes, libertárias ou normatizadoras, fetichizadoras ou humanizadoras?

Essas questões não parecem desvinculadas das levantadas pelo construcionismo (para que e para quem determinado saber é produzido?) indicando aqui que a questão ética parte sempre de uma pergunta que questiona a serviço de que se encontra a produção do conhecimento científico e qual visão de ser humano está implícita (e explícita) no paradigma adotado.

Sawaia (1998) vai afirmar que um ponto de partida frutífero ao exercício da crítica epistemológica, que é, ao mesmo tempo, ética e ontológica, é a indagação sobre o sujeito presente em nossas pesquisas, teorias e práticas. Dessa forma, o debate que compete especificamente à Psicologia social é: o sujeito é coletivo ou individual, particular ou universal? Essa, na visão da autora, além de ser a questão central da Psicologia social, é a que carrega, de forma explícita, a questão ética.

Dessa forma, pensando no discurso de apresentação do Código de Ética assim como nas afirmações de Banchs (2000) e Sawaia (1998), vai-se tornando mais forte a idéia de que falar de ética, e, aqui neste caso, ética em pesquisa, é falar de um questionamento que não se limita a indagações tais como: a pesquisa envolve sujeitos vulneráveis? Pode causar dano às pessoas envolvidas? Como realizar o processo de consentimento informado? Ou seja, falar de ética em pesquisa é falar desses assuntos, mas questionar também, e fundamentalmente, a serviço do que e de quem será utilizado o conhecimento produzido, qual visão de ser humano está presente na investigação e quais as implicações e envolvimento políticos da pesquisa.

Aqui se tornam interessantes as contribuições de Crochík (1999), que realiza um ensaio no qual procura examinar alguns conceitos subjacentes à relação entre ética, política e Psicologia, considerando-se a formação e atuação do psicólogo. Ele começa falando da separação que há entre a ética, a política e a Psicologia, e afirma que tal separação apresentaria um sentido emancipatório se o indivíduo, como objeto de interesse da teoria e da prática psicológicas, tivesse efetivamente a autonomia que se julga que ele tenha, algo que, no entanto, não ocorre. Isso faz com que a própria enunciação do tema corra o risco de se converter em ideologia, no sentido de camuflar a heteronomia que está subjacente aos atos políticos e éticos.

Para o autor, quando se considera a política associada à cidadania sem pensar no indivíduo, que é sua base, quando se compreende a ética sem a referência aos conflitos sociais, quando se pensa o indivíduo sem a mediação social que o constitui, tem-se uma visão deturpada da realidade, e, se a Psicologia, a política e a ética se relacionam na atualidade, o fazem de forma negativa, isto é, cada qual negando a outra. Para ele, no entanto:

"(...) a ética deve pautar-se pela construção coletiva de valores respaldados pela história, mas deve pedir pela adesão racional a eles; a política deve voltar-se para as condições materiais que possibilitem a realização daqueles valores, e a Psicologia deve tornar-se crítica à heteronomia, ou seja, voltar-se para as condições sociais que não permitem que o seu objeto - o indivíduo - seja o real sustentáculo da ética e da política, o que só seria possível quando sujeito e indivíduo coincidissem na História" (1999, pp. 49-50).

Após essa discussão, qual é, portanto, o referencial ético adotado em nossas pesquisas com populações indígenas? Qual a compreensão e reflexão ética que trazemos implícitos e explícitos em nosso fazer científico, em nossa produção de conhecimento que se dá no âmbito da Psicologia social?

De início, e já que, assim como Sawaia (1998), partimos da idéia de que epistemologia e ética não são áreas cindidas, é importante dizer que os nossos valores éticos não estão fundamentados nem no paradigma da lei natural e nem no paradigma da lei positiva. Adotamos, sim, a noção de ética como instância crítica, baseados na concepção de Dos Anjos (1996 apud Guareschi, 2003). Nessa concepção, a ética é uma instância crítica e propositiva sobre o dever ser das relações humanas em vista de uma plena realização dos seres humanos.

Segundo Guareschi (2003), a dimensão crítica da ética significa que ela não pode ser considerada algo pronto, acabado. Ao contrário, ela está sempre por se fazer, sendo uma busca infinita, incessante por crescimento e transformação. Ela precisa ser também propositiva, ou seja, não pode colocar apenas exigências e desafios, mas tais desafios precisam ser reelaborados, redimensionados.

Assim, segundo o autor, a crítica resgata a dimensão ética de toda ação humana, sem que se feche a questão sobre a presença de uma dimensão ética específica. Uma postura teórica que toma a ciência como uma prática que diz "como as coisas são" esconde, no fundo, uma postura conservadora, e "tanto uma como a outra possuem dimensões éticas, pois ser conservador é uma ação tão ética como lutar pela mudança" (2003, p.22).

A outra dimensão fundamental dessa concepção é a da ética enquanto ética das relações, ou seja, a ética só pode se referir às relações, e ela mesma é sempre

uma relação. Assim, ninguém pode dizer-se ético a partir de si mesmo, como postula o liberalismo. O pensamento liberal centraliza tudo no "eu". Perdemos, com isso, a dimensão relacional e mistificamos o verdadeiro sentido da ética (Guareschi, 2003).

Nas palavras de Sawaia (1998), o projeto libertário da modernidade contemporânea está assentado no sujeito autônomo, e sua economia está apoiada no princípio do desejo individual de ser feliz. Porém, essa ênfase no sujeito é constituída por uma ambigüidade: há uma valorização do sujeito, mas para instrumentalizá-lo e aprisioná-lo ao individualismo e narcisismo consumista, base de sustentação do projeto neoliberal. Trata-se do sujeito individual, volátil, limitado em suas ações, fechado em si mesmo, embora com discurso participativo, em substituição à desintegração do sujeito coletivo dos espaços públicos.

A centralização no eu e a concepção de um sujeito individual fechado em si mesmo acaba por refletir-se em uma concepção de ética também individual, fechada e limitada a normas que, ao serem seguidas ou não, implicarão uma ação ética ou não ética. A centralização no eu, projetada no liberalismo, traz consequências importantes para refletirmos a ética, assunto sobre o qual não poderemos nos estender. O importante é chamar a atenção para a perda da sua dimensão relacional e sua limitação a regras que se fecham em uma "ética do psicólogo", ditada por normas e padrões a serem seguidos, esquecendo-se da própria ética do homem, como chama a atenção o texto de motivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo, exposto anteriormente.

Dessa forma, há três pontos importantes de reflexão relacionados às pesquisas com grupos indígenas, à luz das concepções e discussões expostas acima:

Quando, enquanto psicólogas sociais, elegemos a problemática indígena como uma problemática social relevante, como um campo-tema ao qual a Psicologia social pode ser útil de alguma forma, almejamos mudanças, trazemos conosco um referencial de como o contexto poderia ser transformado, mas, almejamos uma transformação de acordo com que critérios valorativos e éticos?

Já expusemos a nossa compreensão de ética, mas qual o reflexo dessa compreensão para uma pesquisa com grupos indígenas? Assumir esse referencial ético significa assumir quais posições?

A nossa posição está relacionada à idéia de interintegração e a certeza de que as sociedades indígenas também se transformam. Ao contrário de um discurso que circula e é bastante comum na sociedade nacional, o índio não tem que ir para museu. Ele não tem que estar necessariamente vivendo de modo igual ao que vivia há quinhentos anos para que continue sendo índio. O problema é que a transformação da sociedade indígena se dá num processo de dominação por uma cultura alheia a sua, que se considera superior e se impõe sem respeito algum às diferenças étnicas e culturais.

Ao mesmo tempo, a idéia do isolamento total já não parece mais viável, e a questão passa a ser como transformar as relações entre populações indígenas, Estado e sociedade civil, ou seja, como passar de uma relação de domínio e imposição de uma cultura sobre a outra para uma relação efetivamente de troca, respeito e autonomia cultural, social e política. Dessa forma, tomamos a posição de que o ideal seria não a integração do índio (como se tem pretendido nos últimos quinhentos anos), mas a interintegração. O primeiro conceito significa a absorção de uma cultura pela outra, já o segundo quer dizer o diálogo, a complementação, respeitando as identidades, numa convivência pacífica e plural, sabendo que o Brasil, até mesmo por Constituição, é pluriétnico e pluricultural.

Assim, a transformação almejada pauta-se nessa idéia de diferentes culturas interintegrando-se uma à outra, trocando experiências, numa relação que implique simultaneamente igualdade de direitos e respeito às diferenças.

Além disso, como expusemos anteriormente, considerar um tema psicologicamente relevante não pode ser tomado como um processo simples. Há muitos que consideram que tornar algo psicologicamente relevante significa captá-lo, torná-lo

parte integral da Psicologia, algo que só os psicólogos sabem ou que só os psicólogos têm habilidade de resolver. Aqui entramos, portanto, em uma escolha ética que precisa ser feita entre possessão ou contribuição, propriedade ou utilidade, entre ser um agrupamento de interesses privados ou ser parte da coletividade social (Spink, 2003). Neste ponto, a posição que tomamos em relação às nossas pesquisas é a de que a Psicologia pode trazer novas vozes e perspectivas ao debate acerca da questão indígena; a idéia não é se apossar de um campo ou disputar conhecimentos com outras ciências, mas acrescentar, ampliar, trocar, contribuir para uma questão que tem recebido pouca contribuição da ciência psicológica.

O outro ponto de reflexão diz respeito à dimensão crítica e propositiva da ética. O que essa dimensão implica para as pesquisas com populações indígenas?

Implica, por exemplo, uma posição de crítica em relação ao saber acumulado e a forma como esse saber tem sido produzido e utilizado ao longo da História. Referimo-nos aqui, novamente, à questão do abuso nas pesquisas com populações indígenas, pesquisas essas muitas vezes sem comprometimento algum com as populações estudadas e sem um retorno do saber produzido na melhoria da qualidade de vida dessas populações e na garantia de seus direitos. Assim, embora esse conhecimento acumulado (produzido principalmente pela Antropologia) tenha a sua importância, a crítica a um tipo de conhecimento descomprometido e fechado no mundo da ciência do "não índio" é cada vez maior. É também crescente a reivindicação por pesquisas cada vez mais comprometidas com a transformação nos discursos e nas ações políticas (cotidianas e estatais), assim como uma valorização maior dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas e o seu acesso à ciência produzida pelo não índio.

Essa concepção acarreta também uma posição em que a construção de soluções alternativas (proposições) aos problemas vividos pelas populações indígenas seja um dos pilares principais de toda e qualquer pesquisa, que deve, portanto, apoiar a autonomia dos índios, a valorização de seus saberes tradicionais e o respeito às formas escolhidas por eles para construir seus projetos de futuro, objetivando uma nova relação entre diferentes.

Por fim, considerando que toda a nossa postura implica uma dimensão ética e nossa ética vai diferenciar-se de acordo com nossa relação diante do "outro", é a esse aspecto (da ética enquanto ética das relações) que se refere o próximo ponto de reflexão.

Dessa forma, o que podemos dizer da ética na relação entre índios e não índios no contexto de uma prática de pesquisa?

Antes de adentrarmos nessa discussão no âmbito da Psicologia social, refletindo sobre as experiências vividas em nossas pesquisas, queremos abordar brevemente o pensamento de um antropólogo que certamente traz contribuições ao tema.

Lévi-Strauss, não só por ter trabalhado e realizado investigações junto a grupos indígenas brasileiros mas também pelo reconhecimento que possui sua obra, traz importantes reflexões. Embora esse autor não tenha tratado da questão ética de forma explícita, podemos encontrar, em seus trabalhos, toda uma concepção e forma de atuação, de investigação e de relação com os grupos indígenas que contém, dentro de si, toda uma concepção de ética. Para além disso, ele traz também uma concepção de sujeito que explicita uma ética enquanto ética do ser humano, e não apenas do antropólogo, quando afirma a ilusão do "homem" ocidental de se considerar superior ao "homem" indígena.

Em sua obra *O Pensamento Selvagem* (1976), Lévi-Strauss vai afirmar que, quando cometemos o erro de crer que o indígena é exclusivamente governado por suas necessidades orgânicas ou econômicas, "não reparamos que ele nos dirige a mesma censura, e que, a seus olhos, seu próprio desejo de saber parece melhor equilibrado que o nosso" (p.21). Ele também abre mais uma ferida narcísica ao afirmar que o homem branco, ocidental, "civilizado", não detém a posição de superioridade ontológica como pretende; não pensa mais "adultamente", não alcançou o nível mais avançado de cultura em relação aos homens com outros

costumes.

Esse importante estudioso vai também fazer a crítica a um tipo de investigação e a toda uma forma de circulação dos materiais obtidos em viagens etnográficas e que tomam uma aceitação pública, para ele, inexplicável. Na primeira parte dos *Tristes Trópicos* (1955), ele afirma, a esse respeito, que:

"A Amazônia, o Tibet, a África invadem as lojas sob a forma de livros de viagens, relatórios de expedições e álbuns de fotografias, em que a preocupação do efeito é demasiado predominante para que o leitor possa apreciar convenientemente o valor testemunhal que encerram (...). Ser explorador é agora uma profissão; profissão que não consiste (...) em encontrar, ao cabo de anos e anos de estudo, factos até então ocultos, mas sim em percorrer um número elevado de quilômetros, juntando diapositivos e filmes (...) graças aos quais se encherá uma sala (...) com uma multidão de ouvintes para os quais frases ocas e banalidades se transmutarão em revelações, pelo simples facto de o autor, em vez de localizá-las imediatamente, tê-las santificado com um percurso de 20.000 quilômetros" (1955, p.12).

Dessa forma, os trabalhos de Lévi-Strauss são uma referência importante para se pensar toda a questão ética envolvendo trabalhos junto a grupos indígenas, tanto na questão de como tratamos os materiais obtidos, como os fazemos circular, a serviço de que e de quem (preocupação já explicitada por ele, em uma época em que esses materiais pareciam ter valor pelo fato de virem de um lugar distante e considerado exótico, e não pelas reais contribuições científicas que continham) quanto em relação à questão da própria concepção de sujeito que possuímos, que condiciona também a forma como vamos nos relacionar. Se, como afirmou Lévi-Strauss, partimos de uma idéia de superioridade ocidental em relação ao indígena, a maneira como vamos nos relacionar é certamente diferente de quando nos posicionamos contrários a isso.

Há, portanto, em relação a esse tópico, inúmeros aspectos a serem discutidos. Inicialmente, podemos falar da questão da desconfiança que existe por parte dos índios em relação aos pesquisadores. Essa desconfiança se remete à questão ética justamente pelo caráter de relação, e por essa relação ser marcada por um sentimento particular e bastante intenso.

Pode-se dizer que os índios, em geral (lembrando aqui o fato de "índios" ser uma categoria construída ocidentalmente, que engloba uma diversidade de povos e culturas extremamente heterogêneos entre si, sendo usada apenas quando não nos referimos a alguma etnia específica), têm uma profunda desconfiança em relação a qualquer pessoa estranha, o que não é diferente com os pesquisadores. Por isso, há que se conquistar a sua confiança, o que não é algo nem fácil nem rápido. É algo que se constrói com o tempo (e com o tempo que é o tempo deles), com as vivências compartilhadas, experiências trocadas, enfim, com o desenrolar das relações. Mas a posição de alguém de quem se deve desconfiar, e de quem, de fato, se desconfia, é bastante desconfortável, e, às vezes, um tanto angustiante. É algo também que, de uma forma ou de outra, acaba relacionando-se com todo o processo da pesquisa, na medida em que as decisões do pesquisador (como alguém que não só escolhe, mas que é também escolhido) estão ligadas à forma como se estabeleceu a sua relação com os participantes (relação dinâmica e mutante). É interessante enfatizar, no entanto, que, com o tempo, fica claro que eles sabem "quem é quem", ou seja, a desconfiança serve como um termômetro da relação, que vai dizer-lhes quem entra e realiza o trabalho e quem não pode sequer permanecer na aldeia.

Dessa forma, a entrada em uma aldeia indígena não é simples. Depende de autorização dos órgãos federais considerados responsáveis - fundamentalmente, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - mas mais do que isso: das próprias lideranças indígenas. Portanto, a inserção na reserva indígena e a autorização para realizar as pesquisas estão essencialmente pautadas no consentimento das lideranças e dos órgãos responsáveis; o trabalho pode ser iniciado mesmo quando os papéis ainda estão tramitando (um processo burocrático bastante longo), desde que as lideranças tenham autorizado. Por outro lado, o pesquisador pode já ter os papéis em mão, mas, sem a autorização das lideranças, não poderá desenvolver pesquisa alguma.

A partir do momento em que a entrada do pesquisador na reserva ou aldeia é aceita, há ainda aspectos relacionados às formas como se construirá a sua relação com as pessoas da comunidade. Como já exposto, atualmente há diversos grupos indígenas que aceitam o trabalho do pesquisador desde que ele pague para realizar sua pesquisa, algo que não ocorreu conosco, mas que remete a questões éticas importantes e complexas, que não podem se resumir a uma discussão simplista em que pagar para realizar a pesquisa seja uma atitude não ética. Essa é, no entanto, uma discussão que merece ser tratada em sua complexidade, e não será aprofundada nesta exposição.

O que consideramos interessante discutir sobre esse tópico é o que diz respeito às trocas. É importante ressaltar que os índios, no geral, possuem uma relação explícita de troca, que é bastante interessante e não possui a mesma conotação que na nossa cultura, ou seja, mesmo quando os pesquisadores não são solicitados a pagar pela realização da pesquisa, ainda assim a troca pode aparecer como um elemento importante da relação.

Na relação com os índios kadiwéu, por exemplo, eles costumam pedir para que levemos determinadas coisas, que são às vezes de difícil acesso para eles, e conosco realizam trocas. As trocas são realizadas principalmente com as mulheres, e é difícil dizer em que se baseiam para saber o que deve ser trocado pelo que (a quantidade e a qualidade das coisas). De qualquer maneira, é algo que passamos a considerar natural, primeiro, porque não foi proposto ou imposto por nós, mas estabelecido na relação; segundo, porque as trocas têm uma conotação, na nossa cultura, muitas vezes pejorativa, com um sentido de "interesse" (de tirar proveito), algo que parece não possuir esse sentido para eles, caracterizando mais uma relação de cordialidade. Além disso, ao longo do tempo, passaram a ocorrer situações em que algo era presenteado e não, trocado, e essa ação é de grande valor, parecendo significar que a relação chegou a um nível maior de profundidade, afetividade e respeito.

Outro ponto importante diz respeito à ação do pesquisador e ao fato de a relação com os índios não poder resumir-se à prática de pesquisa, ou seja, realizar uma pesquisa no âmbito da questão indígena é comprometer-se com toda a causa indígena mais ampla, é comprometer-se com uma transformação da visão que se tem dos índios, do papel que eles exercem dentro do contexto político nacional, é rever e lutar pelo fim das relações baseadas no princípio da tutela, promover o diálogo intercultural, a interintegração entre sociedades indígenas e sociedade nacional envolvente, lutar pelo acesso pleno das etnias indígenas ao saber que tem sido produzido sobre elas pelo não índio ao longo de todos esses anos, lutar para que o não índio também perceba que, para se relacionar com os povos indígenas, necessita aprender com eles sobre eles, e, por fim, possibilitar também o acesso das etnias indígenas a todos os outros saberes que possam auxiliá-los em seu processo de autonomia política, cultural, econômica, na garantia de suas terras e no respeito aos seus direitos. Enfim, qualquer pesquisador que queira realizar trabalhos no âmbito da questão indígena deve estar, dentro de nossa concepção ética, articulado a essa rede mais ampla de discussão em relação aos direitos indígenas e às transformações necessárias para que esses direitos sejam ampliados e respeitados integralmente.

Nas palavras do antropólogo Geertz, olhar as dimensões simbólicas da ação social - arte, religião, ideologia, ciência, lei, moralidade, senso comum - não é afastar-se dos dilemas existenciais da vida; é, ao contrário, mergulhar nelas. A concepção essencial da Antropologia interpretativa "não é esconder as nossas questões mais profundas, mas colocar à nossa disposição outros carneiros em outros vales - e assim incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou" (1978, p.40).

Concordamos com Lima e Barroso-Hoffmann (2002) que é preciso afastar de vez a imagem do índio presente nos cronistas e viajantes, a imagem de um ser eternamente imerso na natureza, signo do exotismo dos trópicos americanos, parado em um tempo estagnado, vivendo em completa e total harmonia. É preciso também superar a idéia da sociedade indígena como um passado perdido da sociedade moderna, aquilo que a sociedade moderna jamais voltará a ser, assim

como a idéia oposta, igualmente equivocada, da sociedade indígena como a infância da sociedade moderna, como aquilo que ela ainda não conseguiu alcançar.

Assumir essas idéias e valores é assumir uma posição ética, uma posição relacionada a uma determinada concepção de ética, exposta por nós. Posicionar-se dentro desses valores ao realizar pesquisas com grupos indígenas é fundamental para que não se continue repetindo os mesmos abusos e atrocidades que têm sido cometidos ao longo da História com relação a essa população.

Como afirmam Lima e Barroso-Hoffmann (2002), reconhecer o "fim jurídico" da tutela da União sobre os povos indígenas pela Constituição de 1988 não significa o fim de formas de exercício de poder, de moralidades e de interação que se poderia qualificar de tutelares nem representa um novo projeto para o relacionamento entre povos indígenas, poderes públicos e segmentos dominantes da sociedade brasileira. A nosso ver, cabe também aos pesquisadores a busca por alternativas e por novas formas de relacionamento com essas populações, para que não se perpetuem, sob outras vestes e máscaras, as mesmas formas de interação baseadas no princípio da tutela. Assim, a partir dessas reflexões, podemos chegar a algumas possibilidades de respostas àquelas indagações iniciais.

Em relação à pergunta (para quem e para que determinado saber é produzido) a reflexão nos aponta a possibilidade de respostas por parte dos próprios grupos indígenas, ou seja, para que e para quem determinado saber é produzido é uma pergunta cuja resposta eles é que podem dar, as pessoas da comunidade com a qual se vai trabalhar, num processo de construção conjunta da pesquisa. Dentro da concepção ética que trazemos, essa não é uma pergunta para ser respondida de forma individual, mas sim, em conjunto, coletivamente. Eles é que têm que apontar a importância ou não da pesquisa, a relevância ou não desta para os problemas vividos por eles. Não é preciso buscar respostas em discursos caducos; é possível recriar uma perspectiva na qual os participantes dizem o que é uma ação realmente relevante para eles, em direção a uma interintegração de saberes, em que haja valorização e contribuição dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas assim como dos conhecimentos e tecnologias produzidos pelos não índios, ambos interintegrados em busca de soluções alternativas para os problemas. Acreditamos que, nesse processo, o psicólogo social pode ser de grande utilidade, trazendo novas perspectivas ao debate e contribuindo para a procura de soluções alternativas para os problemas indígenas, junto a eles.

Finalizando, o que consideramos essencial, e que também reivindicamos, com o construcionismo, "é a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética: pontuar sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos" (Spink & Frezza, 1999, p.30).

É o que procuramos fazer neste artigo dedicado à discussão da ética na pesquisa ou o que consideramos uma pesquisa ética junto às populações indígenas do Brasil.

Referências

BANCHS, M. A. La Psicología Social como Practica Político Ética: Reflexiones en torno a la Arista Subjetiva de las Representaciones Sociales. In *Psicología & Sociedade*, 12 (1/2), jan./dez. 2000, pp. 32-53.

CROCHÍK, J.L. Notas sobre a Formação Ética e Política do Psicólogo. In *Psicologia & Sociedade*, 11 (1), jan./jun. 1999, pp. 27-51.

GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GUARESCHI, P. A. Ética e Paradigmas. In K. S. Ploner, L. F. Michels, L. M. Schlindwein, P. A. Guareschi (orgs.). *Ética e Paradigmas na Psicologia Social*. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 2003.

LÉVI-STRAUSS, C. Tristes Trópicos. Trad.:Jorge Constante Pereira. Lisboa: Portugália Editora, 1955.

LÉVI-STRAUSS, C. O Pensamento Selvagem. Trad: Maria Celeste da Costa Souza e Almir de O. Aguiar. São Paulo: Ed. Nacional, 1976.

LIMA e BARROSO-HOFFMANN. Questões para uma Política Indigenista: Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas. Uma Apresentação. In A. C. de Souza Lima e M. Barroso-Hoffmann (orgs.). Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: Bases para uma Nova Política Indigenista. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/LACED, 2002.

SAWAIA, B.B. A Crítica Ético-epistemológica da Psicologia Social pela Questão do Sujeito. In Psicologia & Sociedade, 10(2),jul./dez.1998, pp. 117-136.

SPINK, M.J.P. & FREZZA, R.M. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos: a Perspectiva da Psicologia Social. In M.J.Spink (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, P. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma Perspectiva Pós-construcionista. Texto organizado por Spink e membros do Núcleo de Organização e Ação Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Puc-SP, 2003.

Acordo de Jokkmokk

Respondendo às aspirações das populações e comunidades indígenas ao redor do mundo para se encontrarem, escutarem umas às outras e trocar idéias sobre a proteção dos sistemas locais e sustentáveis de produção de alimentos e a soberania alimentar, de acordo com nossas práticas culturais, valores espirituais e nossa responsabilidade sagrada com relação à saúde e à sobrevivência do mundo natural;

Afirmando e reforçando as disposições e princípios contidos na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP), adotada pela Assembleia Geral da ONU em 2007, que reconhece os direitos a subsistência, auto-determinação, terras e recursos, o consentimento baseado na prévia informação e na liberdade de escolha, a relação espiritual com a terra e recursos, bem como a proteção e transmissão do conhecimento tradicional, e também reconhece a necessidade de abordar os impactos da colonização e as injustiças históricas sofridas pelos Povos Indígenas;

Baseando-se na filosofia de Terra Madre **de acordo com a qual todos têm o direito fundamental ao prazer do alimento bom, limpo e justo e, conseqüentemente, a responsabilidade de proteger o patrimônio da tradição, comida e cultura que tornam este prazer possível.**

Nós, povos indígenas da África, das Américas, da Rússia, do Ártico, da Ásia, da Oceania e da Europa reunidos em Jokkmokk, Sapmi, Suécia, de 17 a 19 de Junho de 2011, em ocasião da primeira Conferência Terra Madre Indígena (Indigenous Terra Madre), *concordamos, por unanimidade, as seguintes propostas de ação:*

1. Nós encorajamos nossos povos, comunidades, produtores locais de alimentos e outros detentores de conhecimentos tradicionais, incluindo mulheres indígenas, a trocar, usar, manter e transmitir conhecimentos tradicionais, inovações e práticas holísticas dentro e entre suas comunidades, com base no princípio do consentimento realizado com prévia informação e liberdade de escolha. Isto inclui o conhecimento sobre uso de terra, água e gelo do mar, sobre agricultura tradicional, manejo florestal, cerimônias relacionadas com a alimentação e práticas espirituais, sementes ancestrais, proteção da biodiversidade (plantas alimentícias, animais, sementes e medicamentos), pastoreio, bem como respostas às mudanças climáticas, contaminação ambiental e outras ameaças. Desta forma vamos continuar a recuperar, proteger e fortalecer a nossa soberania alimentar tradicional e assegurar a divulgação dos conhecimentos essenciais para a nossa juventude e as gerações futuras.
2. Nós encorajamos a criação de "*Áreas de Soberania Alimentar*", definidas, dirigidas e controladas por povos e comunidades indígenas de acordo com as leis consuetudinárias e isentas das indústrias extrativistas, do desmatamento, de patentes de formas de vida, de sistemas de monocultura e de métodos de produção industrial de alimentos baseados no uso de produtos químicos (pesticidas químicos e fertilizantes, contaminantes tóxicos, biocombustíveis e organismos geneticamente modificados).
3. Apoiamos e incentivamos o reconhecimento, a demarcação e a proteção das terras dos povos indígenas, dos territórios e de seus recursos (incluindo florestas, áreas de pastoreio, pastagens, sementes, medicamentos e água) que são vitais para a manutenção da produção local de alimentos, dos manejos tradicionais da terra e de sistemas de posse da terra.
4. Condenamos a grilagem e a fragmentação de terras, a exploração não-sustentável de

recursos, a bio-pirataria, a privatização, as patentes de plantas e de sementes e outras políticas que resultam em diminuição do acesso à terra, à água e aos recursos alimentares para os povos indígenas. Expressamos ainda a nossa solidariedade com os povos e comunidades mais vulneráveis. Solicitamos o apoio para aqueles que lutam para se opor a essas atividades e políticas destrutivas, e agem pela restituição de terras e recursos tomados sem o seu consentimento baseado na prévia informação e na liberdade de escolha.

5. Reconhecemos os múltiplos e graves impactos das mudanças climáticas, suas causas, seus efeitos e "soluções" insustentáveis, incluindo a produção de biocombustível, sobre os ecossistemas dos povos indígenas, a sua produção de alimentos locais e sua soberania alimentar em todo o mundo. Apoiamos a participação ativa dos povos indígenas na prevenção das causas e na busca soluções e respostas às mudanças climáticas em todos os níveis com base em seus conhecimentos, práticas e modos de vida tradicionais.
6. Solicitamos a implementação de programas de capacitação e atividades formativas para as comunidades indígenas, por agências e órgãos governamentais e não governamentais desde o nível local até o nível internacional, e por ONGs de modo a aumentar a consciência sobre a soberania alimentar e os direitos dos povos indígenas. Também solicitamos o respeito e o reconhecimento, em todos os níveis, de práticas indígenas tradicionais de utilização de alimentos locais.
7. Solicitamos ao Fórum Permanente da ONU sobre Questões Indígenas (UNPFII) que, durante a 11^a sessão sobre o direito dos povos indígenas aos alimentos e à soberania alimentar, considere também recomendações para manter e reforçar a sustentabilidade e resiliência dos sistemas alimentares dos povos indígenas ao redor do mundo, incluindo os pastores e outros povos nômades. Neste sentido, nós apoiamos também a decisão do UNPFII de realizar um estudo sobre os impactos de mudanças na utilização de terras e de mudanças climáticas sobre a vida de pastores de renas indígenas a ser apresentado na 11^a sessão do UNPFII que será realizada em 2012.
8. Nós incentivamos a realização da Conferência Mundial da ONU sobre povos indígenas prevista para 2014, assim como Rio + 20 para avaliar instrumentos internacionais já existentes, declarações, convenções, normas e processos para garantir o seu apoio à participação plena e aos direitos dos povos indígenas. Solicitamos que essas conferências internacionais dediquem particular atenção à soberania alimentar dos povos indígenas, incluindo a proteção das práticas e dos conhecimentos tradicionais, o direito à terra e aos recursos naturais, e que definam os próximos passos e façam recomendações para garantir melhorias eficazes.
9. Nós encorajamos todos os organismos das Nações Unidas e as agências multilaterais, incluindo FIDA, FAO, PNUD, UICN e OIT, bem como órgãos e agências governamentais de todos os níveis a promover ativamente e a implementar os direitos dos povos indígenas, incluindo a sua participação plena e efetiva na tomada de decisões, de acordo com o artigo 42 da UNDRIP.
10. Nós encorajamos o Terra Madre e os povos indígenas a continuar a sua cooperação, o compartilhamento de informações e a realização de redes de contato para implementar este Acordo, inclusive, considerando a criação de um Grupo de Trabalho de Povos Indígenas ao interno da rede Terra Madre.
11. Divulgaremos este Acordo em nossas próprias comunidades, prepararemos e compartilharemos relatórios e atualizações para a sua implementação, incluindo práticas de

sucesso, oportunidades e exemplos que podem ser replicados em outras áreas e comunidades.

12. Nos comprometemos a continuar a consolidar e fortalecer a rede de povos indígenas e aliados, formada durante o Indigenous Terra Madre, através de comunicações já em curso e através de futuras colaborações e reuniões.

Finalmente, expressamos gratidão e solidariedade aos Povos Sami, e agradecemos a eles e à cidade de Jokkmokk por sua calorosa hospitalidade ao nos receber em suas terras tradicionais (Sapmi). Nós ainda gostaríamos de manifestar apreço ao Slow Food, ao Parlamento Sami, ao FIDA, à Indigenous Partnership for Agro-Biodiversity and Food Sovereignty, à Christensen Fund e ao governo sueco por apoiar a realização do primeiro Indigenous Terra Madre.

Por nossas terras, nossos povos e pelas gerações futuras, aprovamos o presente Acordo, por unanimidade, em 19 de junho de 2011, em Jokkmokk – Suécia.