UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTEGRAÇÃO DA AMÉRICA LATINA

RENATO ELISEU COSTA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE INTERCULTURAL: ANÁLISE DA ESTRUTURA
DO SISTEMA DE SAÚDE BOLIVIANO E BRASILEIRO PARA OS POVOS
INDÍGENAS**

SÃO PAULO
-2011-

RENATO ELISEU COSTA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE INTERCULTURAL: ANÁLISE DA ESTRUTURA
DO SISTEMA DE SAÚDE BOLIVIANO E BRASILEIRO PARA OS POVOS
INDÍGENAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Integração da América Latina.

Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Área de concentração: Sociedade, Economia e Estado

Orientadora: Professora Doutora Vivian Grace Fernández-Dávila Urquidi

SÃO PAULO
-2011-

Autorizo a reprodução e a divulgação total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

COSTA, Renato, E. Direitos Humanos e Saúde Intercultural: Análise da estrutura do Sistema de Saúde Boliviano e Brasileiro para os Povos

Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo -2011

1- Direitos Humanos. 2- Saúde Intercultural. 3- Sistema de Saúde Indígena
4- Povos Indígenas 5- Bolívia 6- Brasil

Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo -
FAPESP

Nome: COSTA, Renato Eliseu

Título: Direitos Humanos e Saúde Intercultural: Análise da estrutura do Sistema de Saúde Boliviano e Brasileiro para os Povos Indígenas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Integração da América Latina.

Aprovado em: 13/09/2011

Banca Examinadora

Prof(a) Dr(a): Ana Lucia Pastore _____ Instituição: Antropologia/USP _____
Julgamento: Aprovado _____ Assinatura: _____

Prof(a) Dr(a): Mauro Leonel _____ Instituição: PROLAM/USP _____
Julgamento: Aprovado _____ Assinatura: _____

Prof(a) Dr(a): Vivian Urquidi _____ Instituição: PROLAM/USP _____
Julgamento: Aprovado _____ Assinatura: _____

RESUMO

COSTA, Renato, E. **Direitos Humanos e Saúde Intercultural: Análise da estrutura do Sistema de Saúde Boliviano e Brasileiro para os Povos Indígenas**- 2011 245 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Integração da América Latina - Universidade de São Paulo, São Paulo - 2011

O presente trabalho tem como objetivo analisar a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde para povos indígenas da Bolívia e do Brasil – como parte de uma política de cidadania étnica e inclusiva que visa à promoção da saúde pelo respeito aos direitos das populações indígenas – verificando se estes sistemas aderem às diretrizes dos Direitos Humanos e às convenções internacionais. O trabalho mostra-se relevante, na medida em que apresenta como estes sistemas de saúde se constituem alternativas efetivas no combate às enfermidades e, principalmente, na ruptura do ciclo vicioso de exclusão social e cultural sofrido pelos povos indígenas. As políticas de saúde para as populações étnicas, em sintonia com as diretrizes do Direito Internacional, têm a pretensão de considerar os indígenas não somente meros usuários do sistema de saúde, mas também, protagonistas deste sistema e portadores de saberes e práticas tradicionais. Outros aspectos analisados são os movimentos sociais indígenas – que através de sua presença nas diferentes fases das políticas públicas, buscam a efetivação e o aperfeiçoamento do direito à saúde – e os avanços constitucionais dos países latino americanos a cerca da cidadania étnica.

Palavras Chaves: Direitos Humanos, Saúde Intercultural, Sistema de Saúde Indígena, Povos Indígenas

RESUMEN

COSTA, Renato, E. Derechos Humanos y Salud Intercultural: Análisis de la estructura del sistema de salud brasileño y boliviano para el pueblo indígena - 2011 245 f. Disertación (Maestría). Programa de Postgrado en Integración de América Latina - Universidad de São Paulo, São Paulo – 2011

Este documento tiene como objetivo analizar la estructura y el funcionamiento del sistema de salud para los pueblos indígenas de Bolivia y Brasil, como parte de una política de ciudadanía étnica y inclusiva para la promoción de la salud mediante el respecto a los derechos de los pueblos indígenas en adherencia a las orientaciones de los Derechos Humanos y los convenios internacionales. El trabajo muestra su importancia mientras estos sistemas de salud se presentan como alternativa efectiva contra las enfermedades y, principalmente, en la ruptura del círculo vicioso de la exclusión social y cultural que sufren los indígenas. Las políticas de salud para las poblaciones étnicas tienen, en acuerdo con las orientaciones del Derecho Internacional, el propósito de considerar los indígenas no sólo como simples usuarios del sistema de salud, sino como protagonistas de ello, como titulares de los conocimientos y prácticas tradicionales. Otros aspectos del análisis son los movimientos sociales indígenas y los avances constitucionales de los países latinoamericanos sobre la ciudadanía étnica, ya que, por medio de la presencia de estos movimientos en las diferentes fases de las políticas públicas, se busca la efectucción y el perfeccionamiento del derecho a la salud.

Palabras clave: Derechos Humanos, Sistema de Salud Intercultural, Salud Indígena, Pueblos Indígenas.

FIGURAS

Figura 1: Organograma do Ministerio de Salud y Deportes boliviano.....	176
Figura 2: Organograma do Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad	177
Figura 3: Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Brasil.....	193
Figura 4: Organograma de Funcionamento Administrativo do DSEI do Brasil.....	201
Figura 5: Organização e Modelo Assistência do DSEI.....	201
Figura 6: Localização dos DESEI no Brasil	202

TABELAS

Tabela 1. Instrumentos Internacionais Vigentes sobre Derechos Indígenas na América Latina.	66
--	----

Tabela 2. Conformidade de reformas constitucionais com a Convenção Nº 169 da OIT.....	124
--	-----

Tabela 3. Reformas Constitucionais	125
---	-----

Tabela 4: Situação em matéria de política de saúde os Povos Indígenas nos 16 países da América Latina.....	144
---	-----

Tabela 5: Legislação Especial sobre Saúde dos Povos Indígenas.....	150
---	-----

Tabela 6: Síntese Cronológica da Política de Saúde /Saúde Indígena na Bolívia.....	155
---	-----

Tabela 7: Gestão Compartilhada.....	170
--	-----

Tabela 8: Síntese Cronológica da Política de Saúde /Saúde Indígena na Brasil.....	191
--	-----

ANEXOS

ANEXO 1. Principais órgãos das Nações Unidas.....212

ANEXO 2. Organograma do Ministério da Saúde.....213

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPOIB - Conselho de Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
CASAI - Casa de Saúde do Índio
CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU)
CDH – Comitê de Direitos Humanos
CEDAW – Comitê sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEDR – Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial
CEPAL- Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CESCR – Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CF – Constituição Federal (1988)
CGAPIS - Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena
CGASI - Coordenação Geral de Apoio a Gestão da Saúde Indígena
CGESAI- Coordenação Geral de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena
CGMASI - Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena
CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CIDOB - Confederação dos Povos Indígenas da Bolívia
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CISI - Comissão Intersectorial de Saúde do Índio
CNTCB - Confederação dos Trabalhadores Camponeses da Bolívia
COASI - Coordenação de Articulação da Atenção à Saúde Indígena
COB - Central Operária Boliviana
CODEPACI - Coordenação para o Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural
COMIBOL - Corporação Mineira da Bolívia
CONAMAQ - Consejo Nacional de Ayllus y Markas del Qullasuyu
COSAI- Coordenação da Saúde do Índio
CSUTCB - Confederação Sindical Única de Trabalhadores Camponeses da Bolívia
DASI - Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DATDSEI - Divisão de Apoio Técnico aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DGESI - Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DIADEI - Divisão de Apoio Administrativo aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DIASI - Divisão de Ações de Saúde Indígena
DIEDI - Divisão de Edificações de Saúde Indígena
DILOS - Directorio Local de Salud
DIMOSI - Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena
DIPROSI - Divisão de Programas e Projetos de Saúde Indígena
DISAI - Divisão de Avaliação de Saúde Indígena
DIVISAI - Divisão de Saneamento Ambiental Indígena
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ECOSOC – Conselho Econômico e Social
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE - Instituto Nacional de Estatística
ISA – Instituto Sociambiental

IWGIA – Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas
MAS - Movimento ao Socialismo
MNR - Movimento Nacionalista Revolucionário
MRTK - Movimento Revolucionário Tupac Katari
MSyD - Ministério de la Salud y Deportes
OEA - Organização dos Estados Americanos
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/ ONU)
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCADESC – Protocolo Adicional a Convenção Americana em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PCB - Partido Comunista Boliviano,
PEASY – Plano Emergencial de Assistência à Saúde Yanomami
PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos
PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais
PIR - Partido de Izquierda Revolucionaria,
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POR - Partido Obrero Revolucionario
PSOB - Partido Socialista Operário Boliviano.
SAFCI -Salud Familiar Comunitária Intercultural
SASI -Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI – Serviço de Proteção dos Índios
SUMI- Seguro Universal Materno Infantil
SUS -Sistema Único de Saúde
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNI -União das Nações Indígenas

UNPFII – Foro Permanente sobre Questões Indígenas

Sumário

Introdução	2
Capítulo 1. Direitos Humanos	11
1.1 Teoria dos Direitos Humanos	11
1.2 Direitos Humanos do Universal ao Étnico: Construção da Cidadania Étnica.....	17
1.2.1 <i>Autodeterminação um princípio da Cidadania Étnica</i>	32
1.3 O Direito Humano à Saúde	37
1.4. Conceito de Saúde	41
1.4.1 <i>Saúde Intercultural: Por uma nova concepção de saúde para os indígenas</i>	44
1.4.2 <i>Diálogo Intercultural e Saúde Indígena</i>	48
Capítulo 2 – Proteção dos Direitos Humanos.....	56
2.1 Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos	56
2.2 Estrutura Internacional de Proteção aos Direitos Humanos.....	57
2.2.1 <i>Estrutura Global de Proteção aos Direitos Humanos dos Povos Indígenas</i>	59
2.2.2 <i>Estrutura Americana de Proteção aos Direitos Humanos</i>	67
2.3 Saúde Indígena nas Convenções Internacionais sobre Povos Indígenas.....	69
2.4 Mecanismos Internacionais de Proteção Permanente dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas	73
Capítulo 3 – Movimentos Sociais	86
3.1 Movimentos Indígenas Latino-americanos.....	86
3.1.1 <i>Movimentos Indígenas na Bolívia</i>	92
3.1.2 <i>Movimentos Indígenas no Brasil</i>	103
4. Novo Constitucionalismo Latino-Americano.....	110
4.1 Um Breve Histórico: O Estado-nação e a Construção da Identidade Nacional.....	110
4.2 Uma nova concepção de Estado	115
4.3 Um Novo Modelo: Estado Pluricultural.....	117
4.4 Saúde Indígena nas Novas Constituições.....	127
4.4.1 <i>A Saúde Indígena na Constituição Boliviana</i>	127
4.4.2 <i>A Saúde Indígena na Constituição Brasileira</i>	133
5. Sistemas de Saúde	137
5.1 Sistemas de Saúde Indígena: Um panorama geral pelo olhar da CEPAL.....	137
5.2 Sistema de Saúde Boliviano	151
5.2.1 <i>Breve Histórico</i>	152
5.2.2 <i>Sistema Único Salud Familiar Comunitária Intercultural: Estrutura Atual</i>	156
5.2.3 <i>Vice-ministério de Medicina Tradicional e Interculturalidade</i>	173
5.3 Sistema de Saúde Brasileiro	178
5.3.1 <i>Histórico</i>	178
5.3.2 <i>A atual estrutura: Secretaria Especial de Saúde Indígena</i>	191
Considerações Finais.....	204
ANEXOS	212
Anexo 1	212
Anexo 2	213
Bibliografia de Referência	214

Introdução

A América Latina é uma região de grande relevância para a discussão da cidadania étnica. Segundo dados da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), no ano de 2008, cerca de 8 a 12% de sua população (entre 30 a 50 milhões de indivíduos) pertence a um grupo étnico indígena. Estes números se tornam proporcionalmente maiores em alguns casos particulares, como o da Bolívia e da Guatemala, países onde a população indígena supera a população não indígena, chegando a 71% e 66% da população, respectivamente.¹

Em outros países, o destaque dado à população indígena ocorre não pelo número de indivíduos, mas pela importância da área ocupada por eles, como é o caso do Brasil. Segundo dados do ano de 2002 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população indígena não representa 0,5% da população brasileira, pouco mais de 750 mil pessoas, e ocupa uma área correspondente a 12% do território nacional, número que pode ser ampliado ao considerar terras indígenas não demarcadas ou em processo de reconhecimento. Além de considerável extensão territorial, esse espaço tem relevância por sua rica biodiversidade, recursos hídricos, minérios, entre outros. Números expressivos que exigem que governo repense seu relacionamento com os povos indígenas, não somente por questões de direitos, mas até mesmo por questões de desenvolvimento estratégico nacional.

Apesar de sua importância, as populações indígenas da maioria dos países da América Latina se encontram em situação social e econômica mais precária que as demais etnias. Segundo dados de 2008 da CEPAL, no Equador, por exemplo, a incidência de pobreza nas populações indígenas é de 89%, com consumo *per capita* diário entre um e dois dólares. No Peru e na Guatemala, a pobreza extrema, consumo de menos de um dólar por dia por pessoa,² afeta mais de 75% das comunidades

1 Os dados demográficos sobre a população indígena variam de acordo aos critérios censitários utilizados. A origem étnica pode estar definida em cada país por uma ou mais das seguintes variáveis: fenótipo definido pelo pesquisador, autodeclaração de origem ou pela língua mãe.

2 Tais dados devem ser relativizados quando se trata da questão indígena, visto que em alguns casos não é a questão material (dinheiro) a principal responsável pela situação socioeconômica desses povos.

indígenas. Na Bolívia, segundo dados de 2005 do Instituto Nacional de Estatística (INE), a pobreza indígena, nas áreas rurais, atinge mais de 80% da população, sendo que 55% vivem em situação de extrema pobreza. No Brasil, segundo o último relatório das Nações Unidas lançado em janeiro de 2010, o número de indígenas em situação de extrema pobreza chega a 285 mil, ou seja, 38% da população indígena brasileira. Segundo este mesmo relatório, dos 370 milhões de indígenas existentes no mundo, cerca de 300 milhões (5% da população mundial) se encontra em situação de extrema pobreza, o que corresponde a um terço dos 900 milhões de miseráveis no planeta.

Essa desigualdade se deve principalmente ao processo de colonização da América portuguesa e espanhola, onde os povos indígenas sofreram com as mais diversas formas de violência³ e foram considerados seres inferiores por seus colonizadores, o que resultou, em alguns casos, em escravização e outros tratamentos desumanos. Será somente com a Bula Papal “*Sublimis Deus*”, de João Paulo III, de dois de junho de 1537, que o indígena será considerado homem “*sunt vero homines*”, ou seja, “*são homens de verdade*”. Apesar de tal afirmação papal, o indígena ainda se manterá em posição inferior, tendo os colonizadores autorização para submetê-los às armas, caso não aceitassem servir ao império, além de ainda serem chamados de bárbaros.

O período pós-colonial não alterou essa situação, fazendo com que os povos indígenas encontrassem grandes dificuldades em ter acesso às instituições do Estado e de terem garantidos seus direitos, civis, políticos e sociais⁴, seus Direitos Humanos. O Estado ignorava conscientemente as diferenças linguísticas, culturais e sociais existentes entre os diferentes povos indígenas, tratando-os de modo homogêneo.

Dentre os Direitos Humanos negados aos povos indígenas, um que merece grande destaque, visto ser fonte primordial para busca de outros direitos, é o direito à saúde, sendo que o conceito de saúde deve ser entendido não como ausência de doença, mas como “(...) o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e

3 Alain Rouquié (1991) descreve os massacres promovidos na invasão aos territórios indígenas, a desintegração cultural causada pela imposição da religião e de um novo modelo de produção, inclusive pela escravidão de parte dos indígenas, a ruptura dos quadros sociais tradicionais e a chegada de epidemias e doenças, as quais a população indígena não estava imune durante o período de colonização espanhola e portuguesa na América Latina.

4 Para fins deste trabalho entendem-se os direitos civis, políticos e sociais de acordo com conceito do sociólogo britânico T.H Marshall em seu livro: Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1967.

não apenas a ausência de enfermidade (...)”(OMS,1948)

Por ser um direito humano fundamental, a saúde requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos e é a mais importante meta social mundial. (OMS, 1947)

Ao analisar o quadro da saúde indígena na América Latina, a partir dos dados da CEPAL, observa-se que a mortalidade infantil de crianças indígenas é em média 60% maior que as crianças não indígenas, atingindo o índice de 48 mortos para cada 1.000 nascidos antes do primeiro ano de vida, enquanto entre os não indígenas o índice é de 30 mortes para cada 1.000.

A probabilidade de uma criança indígena morrer antes dos cinco anos de idade é 70% maior que uma criança não indígena, o que em grande parte se dá pelo estado de subnutrição, visto que a população de crianças indígenas tem incidência crônica de desnutrição, chegando a 48% na Bolívia, 68% no Equador, 23% na Guatemala e 37% no Peru, índices que estão associados à pobreza extrema desses povos.

Segundo dados oficiais, tanto no Brasil como na Bolívia, as populações indígenas possuem os piores índices de saúde. Quanto à mortalidade infantil e à desnutrição, por exemplo, esses povos possuem um índice duas vezes maior do que as populações das demais etnias⁵. Fato que se deve em grande medida à falta de atenção dos Estados à questão de saúde e à falta de políticas públicas que respeitem a especificidade dessas populações e os acordos internacionais.

É a partir de tal quadro que se propõe a análise da importância dos programas de saúde indígena para o estabelecimento de um sistema de saúde inclusivo, capaz de alcançar seus objetivos mediante a inclusão étnica e o respeito aos Direitos Humanos das populações indígenas. Essa análise será restrita aos sistemas de saúde pública do Brasil e da Bolívia, parte de uma política intercultural do Estado⁶.

Essas políticas são de extrema importância porque se apresentam como uma forma efetiva de combate aos problemas da saúde da população indígena, tendo conquistado importantes avanços na prevenção de doenças e quebrando com o ciclo

5 Segundo o Ministério da Saúde e Esporte Boliviano (2006), 1/3 das crianças indígenas de até cinco anos de idade possui desnutrição crônica, que equivale ao dobro da população da mesma idade que vive nas cidades. No Brasil, segundo a FUNASA (2006), o índice de mortalidade infantil da população indígena é de 46,7 para cada mil nascidos vivos, mais que o dobro da média nacional que é de 21,7 para cada mil nascidos vivos

6 Política Intercultural são ações que contribuem para a efetivação e a inclusão social, cultural e econômica de povos etnicamente distintos, minorias sociológicas nas sociedades heterogêneas em que residem.

vicioso da exclusão social, o que seria demonstrado pelos relatórios das organizações governamentais responsáveis.

Assim, este trabalho pretende analisar o *Salud Unico Familiar Comunitaria y Intercultural*, sistema de saúde principal da Bolívia que tem sido construído desde 2008, e o Vice-ministério de Medicina Tradicional e Intercultural, criado em 2006. Ambos estão ligados ao Ministério da Saúde e Esportes do governo do Presidente Evo Morales e fazem parte de uma política mais ampla de “refundação” do Estado e sua passagem de um Estado Nacional para um Estado Pluricultural.

Quanto ao Brasil, será analisado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado em 1990 como uma forma de universalizar o acesso dos povos indígenas ao sistema de saúde, fruto da conquista de direitos sociais após o período da ditadura militar. A Atenção à Saúde Indígena é integrante do Sistema Único de Saúde. Durante anos de disputa política, esse subsistema ficou sob a responsabilidade de ao menos três órgãos distintos, sendo que atualmente é responsabilidade da recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena, ligada ao Ministério da Saúde.

A comparação entre Brasil e Bolívia resulta também da experiência de ambos os países com sistemas de *saúde intercultural*, descritos em suas legislações e que fazem referências às convenções internacionais.

Além disso, a escolha da Bolívia justifica-se pela importância da questão étnica no país, não só a importância quantitativa, mas também política, com a ascensão de um presidente indígena e a aprovação de uma Nova Constituição que amplia os direitos dos povos indígenas, o que a transforma na mais avançada no mundo em questões indígenas. O Brasil, por outro lado, apesar de não ter uma população expressiva de indígenas, tem um número importante de comunidades indígenas (mais de 230) que residem, em grande parte, em regiões com recursos estratégicos e naturais essenciais para o desenvolvimento do país. Outro aspecto, não menos importante, é que o Brasil tem uma importante legislação social desde a reforma constitucional de 1988.

Para constatar se estes programas são realmente efetivos em seus objetivos, é preciso comparar⁷ o direito internacional, o novo constitucionalismo latinoamericano,

⁷ Para Marc Bloch “(...) o método comparativo no quadro das ciências humanas consiste (...) em buscar, para explicá-las, as semelhanças e as diferenças que apresentam duas séries de natureza análoga, tomadas de meios sociais distintos.” (Bloch apud Cardoso e Brignoli, 1975).

os movimentos sociais e a estrutura dos sistemas de saúde indígena, assim como a importância que esses quatro elementos representam para efetivação da saúde como um Direito Humano.

Observa-se que, de forma gradativa e com graus distintos em cada país, os povos indígenas foram conquistando alguns direitos, como o direito à terra, à saúde e à educação, conquistas que foram frutos de importantes lutas dos movimentos indígenas. Contudo, esses direitos não se efetivaram em todos os países, pelo contrário, muitas vezes foram negados, suprimidos ou fornecidos de forma inadequada, reforçando a necessidade de organização dos indígenas em buscar seus direitos, mesmo em um cenário que não lhes era favorável.

Em um primeiro momento, tais direitos foram alcançados como parte de uma política de *universalização* dos direitos do homem, todos eram considerados iguais e tinham os mesmos direitos, não levando em consideração as especificidades culturais de cada grupo étnico. Somente nos últimos 30 anos, com as permanentes reivindicações e lutas indígenas, foram conquistados direitos diferenciados, específicos à *cidadania étnica*, como o direito à autodeterminação, à educação, à saúde intercultural e à diversidade cultural.

Quanto à mudança de paradigma no direito à saúde dos povos indígenas, além do conceito de saúde desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, se faz necessário repensar o conceito de saúde porque, apesar de mostrar grandes avanços, o conceito não é capaz de abarcar a totalidade das necessidades de saúde da população indígena. O ideal de sistema de saúde para os povos indígenas não pode adotar um modelo que se estruture apenas sobre as bases da medicina ocidental contemporânea, como em grande medida é oferecido. Isso porque a questão da saúde nesses grupos envolve mais que a esfera do corpo físico-material, mas também a esfera cultural/religiosa, social e econômica. Discussões que são aprofundadas no primeiro capítulo desta dissertação.

Longe de atingir uma *cidadania étnica* completa, a conquista desses direitos ocorre ainda muito formalmente no plano do direito internacional em Declarações, Tratados e Convenções. Neste âmbito, o desenvolvimento dos Direitos Humanos para os povos indígenas pode ser considerado somente depois da Declaração dos Direitos Humanos de 1948.

Contudo, será principalmente com a realização de tratados no âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT), órgão vinculado à Organização das Nações Unidas, que este direito alcançará categoria de obrigação para o Estado em virtude da Convenção 107. Esta Convenção estabeleceu os direitos sociais dos indígenas, como o direito à previdência social, à -educação e à saúde, a fim de que tais populações possam avançar social, econômica e culturalmente, modificando a situação de pobreza em que se encontram.

Entretanto, os direitos expostos nessa Convenção tinham como função consolidar um projeto de integração dos indígenas e de outros povos à sociedade nacional e à modernidade, o que implica, mesmo que indiretamente, o desrespeito dos direitos culturais e de autodeterminação desses povos. Muito embora a Convenção 107 houvesse representado avanços importantes para os Direitos Humanos, ficou evidente a necessidade de um novo acordo capaz de reconhecer a essência das suas demandas, o direito à autodeterminação com base nos direitos culturais. Assim, ela foi substituída pela Convenção 169 sobre *Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes*.

A Convenção 169 pode ser considerada um grande marco nos direitos das populações indígenas e tribais, sendo um dos documentos mais avançados e de referência quanto aos direitos dessas populações. Entre outros avanços, a Convenção 169 afirma princípios fundamentais como o respeito à diversidade econômica, social e cultural das populações indígenas e tradicionais, o direito ao auto-reconhecimento e também a ratificação dos direitos sociais expostos na Convenção anterior. A Convenção 169 perdeu o caráter integracionista de sua antecessora, além de considerar os direitos como uma forma integral, ou seja, o exercício de um direito que só pode ser exercido se o outro direito também for exercido na mesma plenitude.

Além das duas Convenções da OIT, em setembro de 2007, a Organização das Nações Unidas, reunida em plenária geral, aprovou a Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas, importante documento de reivindicação dos indígenas. O documento teve importante participação da População Indígena, o que permitiu também agregar os direitos de autonomia, participação política, uso dos recursos naturais, consentimento prévio, livre e informado, uso das normas não escritas que regem internamente a vida dentro da comunidade, entre outros.

Quanto ao Direito à Saúde Indígena no Direito Internacional, nos Tratados, Convenções e Declarações que Brasil e Bolívia são signatários, os sistemas de saúde indígenas devem ser baseados em princípios harmônicos entre indivíduo, família, comunidade e o meio social em que está inserido, permitindo assim que os indígenas o desenvolvam ao seu modo e participem de todas as etapas. A análise das Convenções e Declarações Internacionais, assim como seus mecanismos de efetivação e proteção, serão assuntos tratados no segundo capítulo dessa dissertação.

O estabelecimento de direitos indígenas pautados sobre o *hedge* da *cidadania ética* deve ser também observado na tardia consolidação dos direitos dos indígenas pelas Constituições dos países da América Latina ou na demora na ratificação da Convenção 169 e da Declaração Universal. O aperfeiçoamento do direito internacional e em especial a Convenção 169 foram fundamentais para a incorporação do reconhecimento do caráter multiétnico das nações e das demandas de cidadania étnica das pessoas indígenas, nas reformas constitucionais dos países latinoamericanos.

Foram várias as reformas constitucionais que reconheceram o caráter multicultural das nações na América Latina. Entre elas estão a constituição guatemalteca (1986), a nicaraguense (1986 e 1995), a brasileira (1988), a colombiana (1991), a mexicana (1992 e 2001), a peruana (1993), a argentina e a panamenha (1994), a boliviana (1994 e 2009), a equatoriana (1998 e 2008), a venezuelana (1999), entre outras. Caso paradigmático de tardia ratificação da Convenção 169 pode ser observado no Chile, que somente em março de 2008 assinou a Convenção 169, somando assim 18 anos de atraso.

No novo constitucionalismo latinoamericano, há uma tendência de reconhecimento dos povos indígenas como sujeitos políticos e não apenas como objetos de políticas públicas, de reconhecimento do Estado como multiétnico e/ou pluricultural, assim como reconhecimento da instituição dos direitos coletivos, do ponto de vista de uma *cidadania étnica*.

Muito embora a Convenção 169 tenha sido ratificada pela maioria dos países latinoamericanos e faça parte de suas constituições, observa-se que existem brechas jurídicas entre as normas internacionais e as normas nacionais, o que se deve, em parte, segundo Stavenhagen (2008), à falta de recursos e de vontade política. Boa parte dessas normas não se efetiva em políticas públicas, não havendo meios jurídicos

e práticos para se fazer cumprir os acordos internacionais. O processo de implementação dos programas interculturais, o desenvolvimento de leis e sua adaptação, bem como a criação de instituições especializadas se mostram precários. O Novo Constitucionalismo Latinoamericano, a discussão sobre o modelo de Estado Pluricultural a ser adotado, o direito à saúde indígena nas novas constituições do Brasil e da Bolívia e os avanços e limites destes processos serão analisados no capítulo quarto dessa dissertação. Um dos principais fatores de mudança das legislações, nacionais e internacionais, e grandes responsáveis pela aplicação dessas normas são os movimentos indígenas.

De uma forma geral, os movimentos indígenas latinoamericanos assumiram seu formato e organização política em relação ao Estado e à sociedade ao longo das últimas quatro décadas do século XX, conseguindo importantes vitórias tanto em âmbito nacional como internacional.

Ainda hoje, muitas demandas remeterem a questões históricas provindas da época colonial, como é a questão da terra coletiva, sendo que o debate atual sintetiza os direitos e princípios discutidos pelas declarações e convenções internacionais, assim como a defesa das condições materiais, articulando-se de forma a conquistar uma emancipação social.

O surgimento de novas organizações também foi impulsionado pela redemocratização nos anos 80, o que estimulou a participação das organizações na vida política de seus países, tanto de forma direta, disputando pleitos eleitorais, como no Peru, Equador e Bolívia, como indireta, em frentes amplas, como é o caso da participação indígena no Paraguai e no Brasil.

A mobilização indígena é resultado de décadas de busca por seus direitos, mas também de uma série de articulações com outros setores da sociedade, como, por exemplo, os movimentos da igreja católica, sindicatos, ONGs, entre outros. Quanto à motivação do movimento indígena, observa-se que as ações coletivas de maior envergadura na região foram a luta pela terra e também pela satisfação das necessidades básicas de educação, trabalho, moradia e saúde.

Os princípios da saúde intercultural incorporados nas legislações internacionais e nacionais são fruto da demanda dos movimentos sociais indígenas, os quais, segundo Stavenhagen (2008), têm avaliado o problema da saúde como um dos temas

fundamentais para o pleno exercício dos seus Direitos Humanos. Neste contexto, um novo desafio que se coloca aos movimentos indígenas é fazer com que os governos ampliem o acesso ao sistema de *saúde intercultural*. O histórico de lutas dos movimentos sociais brasileiros e bolivianos e sua busca pela implementação de uma saúde intercultural farão parte da discussão do capítulo três.

Por fim, o trabalho analisa os históricos e estruturas dos sistemas de saúde indígena do Brasil e da Bolívia a fim de verificar se sua atuação é suficiente para o respeito e efetivação do Direito à Saúde dos Povos Indígenas, analisando ainda como o sistema de saúde reflete o direito internacional, o novo constitucionalismo latinoamericano e a atuação dos movimentos sociais.

Busca-se observar também o papel do Estado na promoção da saúde e dos Direitos Humanos, a capacidade das políticas de saúde para transformar a realidade social destes povos historicamente excluídos, assim como servir de reflexão para que se possam pensar os modelos de saúde interculturais que são oferecidos nos países da América Latina.

Em síntese, este trabalho pretende contribuir com o debate para melhorar as políticas de saúde intercultural e de cidadania étnica nos países onde ainda são ineficientes. Ele se faz relevante na medida em que discute os Direitos Humanos para Povos Indígenas, e, ao fazê-lo, procura saldar uma dívida histórica das elites da América Latina com seus povos autóctones, resultado de centenas de anos de exploração. Tal discussão deve ser pensada não somente como dívida histórica, mas como uma forma de o Estado propiciar a dignidade a sua população.

Portanto, fica evidente a necessidade da formulação, implementação e avaliação de programas de saúde que sejam capazes de reverter o lamentável quadro de saúde dos povos indígenas, respeitando as características culturais dessa população e propiciando a livre inclusão dessas comunidades nas políticas públicas. Este trabalho procura contribuir para a formulação de modelos de política de saúde indígena, pois fornece elementos que devem ser observados no momento de formulação da política pública, assim como contribui para a reflexão a respeito da avaliação de políticas já existentes, fazendo um breve diagnóstico dos problemas e vantagens do modelo de saúde intercultural boliviano e brasileiro.

Capítulo 1. Direitos Humanos

1.1 Teoria dos Direitos Humanos

A concepção de Direitos Humanos está diretamente ligada a transformações sociais, culturais e filosóficas que ganharam força com o iluminismo. Este, ao questionar os fundamentos da dominação da fé sobre a razão e da soberania absoluta do rei, sobre o povo, colocou o ser humano ao centro de todas as explicações e ações (antropocentrismo), um ser humano que seria portador de igualdade, civil e política, direitos que se dariam de maneira universal, ideia que foi se reforçando ao longo do século XVII e XVIII.

Nesse contexto, a respeito da reconstrução da história dos Direitos Humanos, é preciso aludir à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovada em 1789, fruto da Revolução Francesa. Esses direitos, somados aos direitos de propriedade, segurança e resistência à opressão, formavam o grupo de direitos naturais e imprescritíveis, princípios que resguardados possibilitariam o direito à livre e legal associação ao grupos políticos.

Outros marcos reconhecidos que antecederam a Declaração Francesa, foram, e a *Bill of Right* inglesa, documento da consagração da Revolução Gloriosa de 1689 e a o *Bills of Rights* estadunidense, quando da rebelião das colônias norte-americanas contra o domínio da Inglaterra em 1776. A *Bills of Rights americana* é em essência igual à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, ambas baseadas na reivindicação dos direitos naturais e contratualismo. Já a *Bill of Right* inglesa é distinta na medida em que não estabelece os direitos dos cidadãos, mas direitos consuetudinários e tradicionais do cidadão inglês fundados na *Common Law* (Lei dos Comuns/Lei dos Pobres).

Esse período, final do séc XVII e início do séc XVIII é marcado pela expansão da civilização europeia sobre o mundo, começando assim uma hegemonia cultural que fez com que “a história da Europa fosse a história do mundo”. Contudo, os povos da América Latina e África não tiveram respeitados os seus direitos de igualdade e liberdade frente aos europeus, mas foram integrados impositivamente a uma nova cultura de forma subordinada e excludente, característica histórica que revelou o caráter de dominação exercida pela cultura européia, relegando assim a

própria razão e igualdade sobre a qual era pautada, e não oferecendo uma política capaz de superar este momento⁸.

“A característica constitutiva desta história é o seu caráter complexo, ambíguo, dualista, ao mesmo tempo de emancipação e opressão, de inclusão e de exclusão, eurocêntrico e cosmopolita, universal e particular. Por isso, não podemos não considerar o lugar social do qual parte a nossa reconstrução histórica e não podemos não prestar uma maior atenção aos aspectos contraditórios do fenômeno, criticando uma visão puramente eurocêntrica da história dos direitos do homem e procurando identificar o “nosso” lugar, enquanto latino-americanos, neste processo de constituição de uma história mundial.” (Tosi, s.d.:01)

Vale destacar ainda que, apesar da afirmação de que os homens são livres e iguais pelas declarações citadas, nem todos eram portadores desses direitos. Pobres, analfabetos e mulheres não tinham direito a voto. Na Declaração Estadunidense, por exemplo, escravos não eram titulares dos direitos de liberdade e igualdade, já na Declaração Francesa as mulheres não tinha os mesmos direitos que os homens.

Levando em consideração essas questões, discutiremos especificamente a teoria que levou à elaboração dos Direitos do Homem e, posteriormente, dos Direitos Humanos. Uma doutrina pensada como uma aquisição da modernidade e mais especificamente do pensamento liberal, fundada em um “*modelo jusnaturalista ou Hobbesiano*” (Bobbio, 1992: 113-130).

Uma primeira teoria dos Direitos Humanos tem seus fundamentos na ideia do filósofo alemão Immanuel Kant. Para ele, as leis, fruto da razão do homem, não deveriam depender da vontade de um legislador, mas deveriam ser universais, sendo assim possível acabar com a iniquidade de direitos encontradas no mundo. Para Kant:

“(...) os povos da terra participam em vários graus de uma comunidade

⁸ É oportuno lembrar também que a criação de um mercado mundial foi possível graças à pilhagem e a drenagem de enormes recursos dos povos colonizados e a reintrodução, em ampla escala, da escravidão, que havia sido abolida desde os tempos da queda do Império Romano. Fenômenos que contribuíram para o processo histórico da acumulação primitiva do capital, que deu o grande impulso à criação e expansão do sistema capitalista mundial (Tosi, s.d.:03)

universal, que se desenvolveu ao ponto de que a violação do direito, cometida em um lugar do mundo, repercute em todos os demais. A ideia de um direito cosmopolita não é, portanto, fantástica ou exagerada; é um complemento necessário ao código não escrito do Direito político e internacional, transformando-o num direito universal da humanidade. Somente nessas condições podemos congratular-nos de estar continuamente avançando em direção a uma paz perpétua". (Kant. 2003 : 107-108).

Esta lei universal é denominada por Kant de "imperativo categórico", uma lei incondicional que serviria de fundamento para todas as ações humanas, uma forma pela qual a pessoa *"Age de tal maneira que use a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio"* (Kant,2003 :65). O imperativo categórico representaria o princípio da universalidade de direitos, enunciando que todos, independente de sua religião, etnia etc., têm igual dignidade, e que, portanto, deveriam ser protegidos por uma lei universal. Segundo o autor:

"Um imperativo categórico é aquele que representa uma ação como objetivamente necessária e a torna necessária não indiretamente através da representação de algum fim que pode ser atingido pela ação, mas da mera representação dessa própria ação (sua forma) e, por conseguinte, diretamente." (Kant, 2003:65) ou "O imperativo categórico, que como tal se limita a afirmar o que é a obrigação, pode ser assim formulado: age com base em uma máxima que também possa ter validade como uma lei universal." (Kant, 2003:67)

Kant baseava suas ideias em dois pensadores, sendo Tomas Hobbes o primeiro deles. Ao investigar a natureza do homem, Hobbes refuta a teoria aristotélica de que todo homem já nasce apto à vida em sociedade (*zoon politikon*) e imbuído com o bem comum (*summum bonum*), mas defende que os homens são dotados de egoísmo e paixões em suas ações. Para tal refutação, Hobbes parte do princípio de que todos homens são iguais em dignidade. Como mostra o autor:

“(...) quanto às faculdades do corpo e do espírito, que, embora por vezes se encontre um homem manifestamente mais forte de corpo, ou de espírito mais vivo do que outro, mesmo assim, quando se considera tudo isto em conjunto, a diferença entre um e outro homem não é suficientemente considerável para que qualquer um possa com base nela reclamar qualquer benefício a que outro não possa igualmente aspirar.” (Hobbes, 1984: cap. XIII)

Igualdade primeira vez presente na literatura da ciência política que, somada a suas pretensões egoístas, e apaixonadas, do ser humano, e à falta de um poder coercitivo, levaria a um estado de “Guerra de todos contra todos” denominado de “Estado de Natureza” 9. Este somente pode ser interrompido com a vontade dos homens de ter segurança, paz e liberdade, selando uma espécie de contrato que visa atingir esses fins.

Este contrato é formulado por Rousseau, outro autor de grande influência para Kant. Segundo Rousseau, o homem nasce portador dos bens mais preciosos, a liberdade e a igualdade: “*Os homens nascem livres e iguais: sua liberdade lhes pertence e ninguém, senão eles, têm direito de dispor dela (...)*”. Para não arriscar perdê-la, visto a possibilidade de outrem subtraí-la, seria necessária o estabelecimento de um “Contrato Social”¹⁰, no qual, ao dispor de sua liberdade a um governo, o homem recebe em troca a proteção de sua liberdade. Desta forma, “*(...) o homem perde pelo contrato social é a liberdade natural (...), ele ganha é a liberdade civil e a propriedade de tudo que possui*” (Rousseau, 1983: 36), estabelecendo assim bases para tratados sobre os direitos das pessoas. Este reconhecimento do homem como igual, como portador de direitos, da importância da

9 É uma ideia comum aos pensadores do contratualismo, ainda que eles o caracterizem de modo diferente: ora como um estado de guerra (Hobbes, 1983), ora como um estado de paz instável (Locke, 1973), ora como primitivo estado de liberdade plena (Rousseau, 1983).

10 “Este é entendido como um pacto artificial (não importa se histórico ou ideal) entre indivíduos livres para a formação da sociedade civil que, desta maneira, supera o estado de natureza; pacto através do qual todos os indivíduos se tornam súditos, renunciando à própria liberdade in parte ou in todo para consigná-la nas mãos do príncipe absolutista de Hobbes (modelo absolutista) ou do monarca parlamentarista de Locke (modelo liberal) ou da Assembleia Geral de Rousseau que representa diretamente a vontade geral (modelo republicano-democrático). Apesar das diferenças, o que há em comum entre os autores é o caráter voluntário e artificial do pacto ou do contrato, cuja função é garantir os direitos fundamentais do homem que, no estado de natureza, eram continuamente ameaçados pela falta de uma lei e de um Estado que tivesse a força de fazê-los respeitar.” (Tosi, s.d.:02)

construção de tratados e da importância desse direito ser universal, atingir a todos os povos, que forma a base do que chamamos Direitos Humanos.

Essas teorias, baseados no princípios da razão, surgem entre o século XVII e XVIII, momento de ascensão da burguesia que reivindica sua liberdade de ação e representação política frente à nobreza. Reivindicação que impulsionou o fim do feudalismo e o início do mundo moderno. Portanto, o jusnaturalismo moderno tem grande influência nas declarações liberais supracitadas.

Apesar disso, como nos mostra Hosbawm (1982), a “Era das Revoluções Burguesas” mostrou-se incapaz de dar cabo aos problemas criados pelo capitalismo: as desigualdades sociais e econômicas. Essas desigualdades são evidenciadas pelo pensamento socialista, surgido dos segmentos mais radicais da Revolução Francesa. Para o movimento socialista a liberdade e a igualdade cível não eram suficientes. Percebe-se então a necessidade de avançar na busca por novos direitos, os direitos sociais.

Com a publicação do Manifesto do Partido Comunista de 1848 de Karl Marx e Friedrich Engels, os movimentos socialistas ganham especial força. Esse manifesto, ao traçar um curso que levaria os proletários a realizar a revolução socialista. O Manifesto, em nome dos proletários reivindica uma série de direitos, diferentes daqueles já instituídos pela tradição liberal, trazendo consigo, pela primeira vez, o conceito dos direitos sociais. Esses direitos apareciam de forma incipiente nas duas declarações complementares. A Declaração Francesa de 1793, caracterizada por um traço menos individualista e mais social baseado na fraternidade, instituíra direitos de assistência pública aos pobres (como um direito incontestável). A segunda declaração, de 1795, ganha destaque por estabelecer também direitos como o direito ao trabalho e à instrução primária universal e gratuita, direitos que serão incorporados posteriormente à Constituição Francesa de 1848.

Os movimentos socialistas, em sua luta contra o absolutismo e liberalismo, tinham no Estado não apenas uma relação que garantisse as liberdades individuais, mas também acreditavam que o Estado deveria ser o responsável por ofertar ações capazes de diminuir as desigualdades sociais e econômicas, permitindo que todos desfrutassem dos mesmos direitos.

Marcados pelas lutas operárias e populares, estes movimentos tomaram

impulsos maiores com as revoluções socialistas do século XX, principalmente com a Revolução Mexicana (1910) e com a Revolução Soviética (1917). Essas revoluções inverteram a lógica das revoluções iluministas anteriores ao colocarem a garantia dos direitos econômicos e sociais à frente aos direitos civis e políticos sendo estes por vezes eliminados através da força.

A partir da primeira grande crise do capital, os direitos sociais começaram a fazer parte das constituições de vários países. A depressão de 1929-1932 e os efeitos da Segunda Guerra Mundial abalaram fortemente a visão liberal acerca do papel do Estado, o que consolidou a necessidade de regulação estatal da economia para enfrentar os problemas sociais, o chamado *Welfare State*. Contudo, assim como aconteceu com os direitos civis, os direitos sociais não chegaram da mesma forma a todos os países, principalmente àqueles submetidos à dominação colonial e/ou pós-colonial.

Para discutir a construção de uma cidadania universal por meio dos direitos civis, políticos e sociais e a passagem desses direitos para um direito de cidadania étnica, é importante analisar outro fator social fundamental na história conceitual dos Direitos Humanos, o Cristianismo, traço marcante da cultura europeia imposta aos povos colonizados.

Na idade moderna, a doutrina cristã, principalmente a católica, apoiada pelas mensagens bíblicas, realizava forte apelo à fraternidade universal baseado na ideia de que todos os homens, criados por Deus e o tendo como Pai, são considerados irmãos e criados à imagem e semelhança do criador, são portadores de dignidade natural.

“A doutrina dos direitos naturais que os pensadores cristãos elaboraram a partir de uma síntese entre a filosofia grega e a mensagem bíblica valoriza a dignidade do homem e considera como naturais alguns direitos e deveres fundamentais que Deus imprimiu “no coração” de todos os homens.” (Tosi, s.d.:04)

Desta forma, uma possível leitura da Teoria dos Direitos Humanos se dá por meio da leitura dos princípios religiosos cristãos, ainda que estes não estejam baseados no princípio da Razão. Esse papel da religião, mas propriamente da igreja católica, ganhou força com a *Doutrina Social Igreja* de 1894, que ao ficar entre o

liberalismo e o socialismo se viabilizou como uma via independente, do socialismo e do capitalismo, baseada em princípios cristãos. Tal movimento se estendeu pelo século XX e, através do Concílio Vaticano II de 1961-1966, a igreja reconheceu o papel dos Direitos Humanos. Com a Encíclica *Redemptor Hominis* foi reconhecido pela Igreja o papel das Nações Unidas na defesa dos “objetivos e invioláveis direitos do homem.” (SWIDLER 1990: 43 apud Tosci, s.d.:05).

Por fim, cabe destacar que a Organização das Nações Unidas (ONU), fundada em 1945 com o objetivo central de promover a paz entre as nações, teve como uma de suas primeiras ações a criação da Declaração Universal de Direitos Humanos em 1948¹¹. Esta, logo em seu preâmbulo, estabelece princípios básicos para se alcançar os objetivos da Declaração: *“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotadas de razão e de consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”*. Nota-se que a Declaração Universal de Direitos Humanos reafirma os direitos provindos das revoluções burguesas, os direitos civis e políticos, reforçados pelo uso do lema da Declaração Francesa em seu primeiro parágrafo, “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, mas diferencia-se desta por universalizar sua extensão, proibindo a escravidão e conferindo direitos às mulheres e aos estrangeiros. Além disso, a Declaração Universal também estabelece direitos sociais, de cunho socialista, e direitos culturais, como o direito à religião, sendo estes fruto dos debates ideológicos travados ao longo de sua elaboração.

1.2 Direitos Humanos do Universal ao Étnico: Construção da Cidadania Étnica.

Com o passar do tempo, por meio de suas lutas, o homem conquistou uma série de direitos, passando do desenvolvimento do direito universal e natural para um direito positivo e étnico. Para entender melhor tal questão, é preciso analisar o desenvolvimento do princípio da cidadania teorizado por T. H. Marshall¹², obra

¹¹ “É oportuno lembrar que a Declaração Universal foi proclamada na plena vigência dos regimes coloniais e que, “mesmo após subscreverem a Carta de São Francisco e a “declaração de 48”, as velhas metrópoles colonialistas continuaram remetendo tropas e armas para tentar esmagar as lutas de libertação e, em praticamente todos os casos, só se retiraram após derrotados por esses povos”. (Trindade J. D. 1998: 160, apud, Tosci, s.d.:06).

¹² A noção de cidadania não nasceu no mundo moderno, embora tivesse encontrado nele a sua máxima expressão, tanto teórica quanto prática.

publicada em 1950 e intitulada “*Citizenship and Social Class*”.

Inspirado no modelo de democracia inglesa, Marshall destaca os direitos de cidadania, conquistados de forma sucessiva no decorrer da história das próprias sociedades. Para ele, evolução da cidadania, pertinente à era moderna, seria a evolução dos direitos civis para os direitos políticos e deste para os direitos sociais¹³. Segundo Marshall (1967), a moderna concepção de cidadania foi historicamente construída durante um processo de ampliação dos direitos, que se iniciou com as conquistas dos direitos civis. Esses direitos, segundo o autor, surgiram na Inglaterra ao longo do século XVII e tornaram-se um direito positivo somente após a Revolução Gloriosa de 1688, que consolidou a Monarquia Constitucional no país.

Assim, os direitos civis seriam a chave de entrada da humanidade no mundo moderno. Trata-se do direito à vida, à liberdade de pensamento, à propriedade entre outros. Conforme o autor:

"O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça". (Marshall, 1967:63).

Trata-se pois dos mesmos direitos que Locke expôs em “Segundo Tratado sobre o Governo Civil e Outros Escritos”, chamados de naturais e inalienáveis. Para Locke, médico e jusnaturalista, existe uma ordem universal criada por Deus, segundo a qual todo homem pode construir sua propriedade¹⁴ por meio do trabalho, assinalando o direito ao resultado de seu trabalho. Desta forma, a propriedade (direitos de liberdade) determina os modos de pensar a organização da sociedade, ou seja, determina um modelo de produção social de bens, cabendo ao Estado proteger esse direito:

¹³ Apesar da fundamental referência à evolução dos direitos concebida por Marshall, este modelo de desenvolvimento ficou restrito ao caso inglês, sendo assim uma exceção, e não a regra. Wanderley Guilherme dos Santos em “Cidadania e Justiça: a Política Social na Ordem Brasileira” destaca a importante função dos Estados na criação desses direitos, bem como o fato de que, em determinados momentos, tais direitos foram suprimidos pelas ditaduras.

¹⁴ Para Locke, propriedade pode ser sintetizada em Vida (Bem-Estar), Ordens e Posses e Liberdades, fruto do trabalho (Locke, 1994).

“O poder absoluto arbitrário ou o governo sem leis fixas e estabelecidas não se podem harmonizar com os fins da sociedade e do governo pelo qual os homens abandonassem a liberdade do estado de natureza para sob ele viverem, se não fosse para preservar-lhes a vida, a liberdade e a propriedade, e para garantir-lhes, por meio de regras estabelecidas de direito e de propriedade, a paz e tranquilidade” (Locke, 1994:89)

Contudo, os direitos civis não são naturais, mas históricos, e surgem como consequência da luta da burguesia inglesa contra o Estado Absolutista, que resultou na construção de um novo tipo de Estado, fundamentado em um contrato entre os súditos e o rei, cuja legitimidade se dá pelo respeito aos direitos naturais dos súditos e da conseqüente limitação do poder do Estado.

“Os direitos da tradição liberal têm o seu núcleo central nos assim chamados “direitos de liberdade”, que são fundamentalmente os direitos do indivíduo (burguês) à liberdade, à propriedade, à segurança. O Estado limita-se à garantia dos direitos individuais através da lei sem intervir ativamente na sua promoção. Por isto, estes direitos são chamados de direitos de liberdade negativa, porque têm como objetivo a não intervenção do Estado na esfera dos direitos individuais.” (Tossi, s.d.: 03)

Foi essa natureza individual e privada dos direitos civis que induziu Karl Marx, em sua obra “A Questão Judaica”, a considerar os direitos civis como meios de consolidação da sociedade burguesa, como esclarece Coutinho (2005):

“Tomemos, por exemplo, o modo pelo qual Locke (e as várias Constituições que nele se inspiraram) tratou a questão da propriedade, apresentada como o direito natural fundamental, cuja garantia é a razão essencial pela e para a qual o Estado existe. Locke começa definindo o direito de propriedade como o direito aos frutos do nosso trabalho; mas, logo em seguida, diz que – com a invenção do dinheiro, que permite acumular o trabalho passado – tornou-se legítimo comprar a força de trabalho de outros, sobre cujos frutos teríamos também direito de propriedade. Vemos aí um claro exemplo de como um direito universal (todos temos direito aos frutos do nosso trabalho) torna-se -um direito burguês, particularista e excludente, restrito aos proprietários dos meios de produção.” (Coutinho, 2005: 8)

Desta forma, Marx consideraria que os direitos civis não são suficientes para realizar a cidadania plena (ou como ele denomina, a “emancipação humana”), mas, certamente, são necessários. Outra geração de direitos teria então surgido para complementar os direitos civis. Esses direitos são aqueles que Marshall chama de “direitos políticos”.

Os direitos políticos, além do direito de votar e ser votado, que é apenas um dos meios de tomada de decisões na sociedade, são compostos também, segundo Marshall, pelos direitos de livre organização e associação, direito que foi negado na Europa à grande maioria da população até meados do século XIX, até mesmo em regimes liberais.

"Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do Governo local." (Marshall, 1967:63)

O direito ao sufrágio universal, hoje comum à maioria dos países, foi fruto de lutas e conquistas populares, visto que várias constituições não consideravam os direitos políticos, no qual se inclui o direito a voto, mas os limitavam a uma classe, geralmente a dos grandes proprietários, o que só se modificou na Europa no século XX. Foi assim em luta contra o liberalismo burguês, contra suas doutrinas e práticas, que os trabalhadores (e as mulheres) transformaram o direito ao sufrágio universal em direitos positivos da cidadania moderna, os direitos políticos, e conquistaram também o direito de livre associação, antes proibido, na forma de sindicatos e partidos políticos, pelos governos.

Também Rousseau analisou essa questão, com o nome de Contrato Social, que é entendido pelo autor como:

“Uma livre associação de seres humanos inteligentes, que deliberadamente resolvem formar um tipo de sociedade, à qual passam a prestar obediência mediante o respeito à vontade geral. (...) um contrato no qual os indivíduos não renunciam a seus direitos naturais, mas ao contrário entram em acordo

para a proteção desses direitos, que o Estado é criado para preservar.” (Rousseau, 1973:53).

O autor completa ainda que a participação na comunidade política é a própria expressão da soberania, por sua vez essa soberania, que é exercida pelo governo é indissociável da vontade geral:

“Vê-se, por essa fórmula, que o ato de associação compreende um compromisso recíproco entre o público e os particulares, e que cada indivíduo, contratando, por assim dizer, consigo mesmo, se compromete numa dupla relação: como membro do soberano em relação aos particulares, e como membro do Estado em relação ao soberano. Não se pode, porém, aplicar a essa situação a máxima do Direito Civil que afirma que ninguém está obrigado aos compromissos tomados consigo mesmo, pois existe grande diferença entre obrigar-se consigo mesmo, e em relação a um todo do qual se faz parte.” (Rousseau, 1973, p. 40).

Essa questão é novamente levada a cabo por Marx. Para ele, ao se pregar a igualdade política dos cidadãos deve-se também pregar o fim da propriedade privada, visto que de outra maneira a igualdade política não passaria de formalismo e um meio para garantir o interesse da burguesia em consagrar um materialismo da sociedade. Para o autor:

“(…) Ao sacudir-se o jugo político, romperam-se, ao mesmo tempo, as cadeias que aprisionavam o espírito egoísta da sociedade civil. Daí, a emancipação política ter sido a emancipação da sociedade civil em relação à política, sua emancipação até mesmo da aparência de um conteúdo geral. (...) Este homem, membro da sociedade burguesa, é agora a base, a premissa do Estado político. (Marx, 2002 :41-42)

Tal liberdade ainda seria o motivo da emancipação humana, que acontecerá, segundo Marx, quando o homem reconhecer e organizar suas forças, o que o libertará da alienação

“Somente quando o homem individual real recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em ser genérico, em

seu trabalho individual e em suas relações individuais, somente quando o homem tenha reconhecido e organizado suas “forças próprias” como forças sociais e quando, portanto já não separa de si a força social sob a forma de força política, somente então se processa a emancipação humana. (Marx, 2002:29).

Em último lugar, Marshall descreve os direitos sociais. Considerados como nível de direito decisivo para a efetivação da cidadania, eles permitem a inserção do cidadão, ainda que mínima, na vida material da sociedade, ou seja, representam o direito a um salário mínimo, à educação, à previdência, à saúde. Esses direitos ainda serão analisados posteriormente com maior detalhe, assim como aqueles que teriam passado por uma evolução, como o direito à educação, que passou para o direito à educação pública e de qualidade, e o direito à educação e saúde interculturais (caso indígena). Apesar de reivindicados ao longo da história pela classe trabalhadora, os direitos sociais só se tornaram direito positivo no século XX¹⁵.

"O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais." (Marshall 1967: 63-64)

Ainda mais importante que caracterizá-los como direitos positivos, é assegurar que os direitos sociais sejam efetivados, até porque esses direitos são conquistas diretas das classes trabalhadoras.

Outro importante teórico sobre os direitos humanos, e que contribui na caminhada em busca de uma cidadania étnica, é Norberto Bobbio. O autor, ao tratar especificamente dos direitos como Direitos Humanos,¹⁶ estabelece que esses têm um caráter normativo e historicista, surgido na era moderna e de acordo com uma

15 Mesmo assim, ainda é um direito contestado sob argumento de quebrar as leis de livre mercado, assim como por estimular os trabalhadores a práticas antiprodutivas.

16 Para Bobbio os “direitos do homem são aqueles cujo reconhecimento é condição necessária para o aperfeiçoamento da pessoa humana, ou para o desenvolvimento da civilização.” (Bobbio, 1992: 17).

concepção individualista de sociedade pautada por um progresso histórico da humanidade. (Bobbio,1992).

Norberto Bobbio argumenta que toda pesquisa sobre os fundamentos absolutos e fundamentos naturalistas dos Direitos Humanos é infundada, estabelecendo três motivos principais que corroboram com sua hipótese: o conceito de Direitos Humanos é muito vago e indefinível; tal conceito muda conforme a época histórica, ou seja, é variável; e, por fim, porque trata-se de uma categoria heterogenia de direitos. Para Bobbio, os Direitos Humanos não podem se justificados sob em valores supremos da convivência humana, visto que tais valores não são justificados, apenas assumidos, e sendo que o fundamento de todos os valores é o próprio homem. Contudo, o autor reconhece que existem direitos que são absolutos, valem para todos de forma indistinta e não devem ser limitados de forma alguma, como, por exemplo, o direito a não ser escravizado ou torturado.

Ainda no que se refere as mudanças dos Direitos Humanos ao longo do tempo¹⁷, Bobbio, ressalta que esta característica faz ser impossível estabelecer um fundamento absoluto comum entre todos os direitos do homem, ou seja, os direitos humanos, acima de todos, segundo Bobbio, encontram sua construção e legitimidade no processo histórico:

“(...) os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (Bobbio, 1992, p. 5)”

Essa característica histórica do sujeito não está relacionada apenas aos direitos fundamentais, mas a todos os direitos, já que o ser humano é essencialmente histórico, ou seja, vive em continua transformação, seja ela do

17 Bobbio teoriza acerca da historicidade dos Direitos Humanos, afirmando que as gerações se sucedem e se somam ao longo do caminhar histórico, que coloca diante do homem necessidades e desafios. Essas gerações de direitos são, portanto, reflexo dos avanços tecnológico e moral das sociedades. É por esta razão que as grandes Revoluções históricas representaram marcos na consideração de Bobbio, em vista das rupturas, dos desafios, das mudanças provocadas, que repercutem na consideração de novos elementos para compor aquilo que entendemos por dignidade humana e, conseqüentemente, que fomentam o surgimento de novas gerações de direitos para salvaguardar a dignidade humana em suas múltiplas dimensões.

mundo (desenvolvimento social, tecnológico etc.) ou do próprio sujeito, o “permanentemente inacabamento” citado pelo filósofo alemão Heidegger.

Assim como Marshall, Bobbio divide os direitos humanos em gerações. Os direitos de primeira geração seriam os direitos “clássicos”, advindos dos ideais burgueses defendidos pela Revolução Francesa e da luta contra os governos absolutos e arbitrários, tendo como escopo limitar a atuação estatal. São os direitos ligados à liberdade (liberdade de pensamento, de locomoção, entre outros) e também direitos de propriedade, privacidade etc, que correspondem aos direitos civis e políticos, segundo a perspectiva de Marshall já apresentada.

Os direitos de segunda geração nasceriam do surgimento da doutrina marxista, da busca de melhorias no quadro social, consequência direta da Revolução Industrial, e das críticas do materialismo histórico ao *status quo*, pautado pela miséria e exploração ao trabalhador. Portanto, os direitos de segunda geração são os direitos sociais, como o direito à educação, ao lazer, à previdência, ou, da perspectiva de Marshall, são os direitos econômicos e sociais.

Bobbio ainda destaca que, os Direitos Humanos seriam incompatíveis entre si, pois ao não existir razões comuns que os sustente, – um mesmo argumento não seria capaz de sustentar vários direitos – haveria antagonismos entre os direitos civis (liberdades) e direitos sociais (poderes). Os direitos de primeira geração, para serem efetivados na prática, exigem obrigações negativas, principalmente por parte do Estado. Já os direitos de segunda geração precisam do contrário, precisam de obrigações positivas e de que políticas públicas sejam efetivas pelo Estado. Assim, a realização integral de um direito pode impedir a realização integral dos outros. Ou seja, liberdade e igualdade seriam valores antinômicos (contraditórios) e antagonônicos (que se excluem). (Bobbio, 1992:21)

Para Bobbio, existem ainda os Direitos Humanos de terceira geração. Esses são os direitos difusos, ou seja, aqueles que não são concessões individuais, mas são dados a uma coletividade. Os sujeitos de direito não são os indivíduos em si, mas sim os grupos de indivíduos, os grupos humanos, o povo, a família, a nação, entre outros. São esses direitos que, segundo Bobbio, constituem uma verdadeira condição para que a vida possa continuar. Não se trata de direitos dos menos favorecidos frente aos detentores do poder, como nas gerações anteriores, mas sim

de direitos inerentes a todos. Considerados por alguns autores como direitos de fraternidade ou solidariedade, são identificados por Bobbio como direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, à autodeterminação etc. Um direito que propõe o princípio da igualdade.

Os direitos de terceira geração englobam, em especial, os direitos das minorias sociológicas, como são dos povos étnicos, pois visam à realização do reconhecimento do direito a um coletivo, que, no caso mencionado, seria o direito ao povo e às comunidades tradicionais indígenas. É necessário ressaltar que para realização do conteúdo positivo desse direito, o Estado deve se esforçar para criar condições que permitam que todos se beneficiem da igualdade, eliminando assim qualquer fonte de discriminação. Desta forma, é possível afirmar que, embora permaneça teoricamente na primeira geração de direitos, o direito à igualdade assume contorno de direitos sociais na medida em que necessita de ações positivas do Estado.

Bobbio refere-se ainda ao surgimento de um direito de quarta geração, que compreenderia o bio-direito, e de quinta geração, que seria o direito virtual, no qual não vamos nos aprofundar por não fazerem parte dos objetivos deste trabalho.

De acordo com Boaventura de Sousa Santos (2006), os direitos de terceira geração, assim como os direitos de segunda geração descritos por Bobbio (1992), necessitam de um Estado ativo, responsável, redistribuidor, regulador e que promova os recursos e meios necessários para que os direitos econômicos, sociais e culturais desses povos possam ser assegurados e que se respeite o princípio da igualdade escrito nas cartas dos Direitos Humanos.

A análise dos direitos dos povos indígenas é também profícua no trabalho do cientista político Will Kymlicka. Para o autor, a cidadania não pode se resumir a um conjunto de regras, responsabilidades e direitos, pois expressaria uma identidade comum, que demonstra o pertencimento do cidadão a uma comunidade política, ou seja, a cidadania teria uma função integradora. Nessa perspectiva, o autor afirma que em um Estado existem várias nações, com línguas, costumes e organização social diferente, essas nações, minorias nacionais. Estas nações sendo uma “comunidade histórica”, não podem ser integradas a uma cidadania única/comum. (Kymlicka, 1996).

Apesar de possuírem direitos iguais de cidadania, alguns grupos minoritários, como os indígenas, por exemplo, ainda têm uma série de direitos negados. Isso porque a cidadania não refletiria sua identidade sociocultural, uma vez que seus direitos teriam sido pensados por grupos majoritários, causando a marginalização desses grupos minoritários. Assim, para quebrar a exclusão socioeconômica, seria necessária uma “cidadania diferenciada”, em que membros de grupos minoritários pudessem ser incorporados à comunidade política, não enquanto indivíduos, mas como parte do grupo ao qual pertencem. Os seus direitos dependerão então da sua pertença ao grupo (Kymlicka, 1996).

Sob tal lógica, Kymlicka propõe pensar duas maneiras distintas de “cidadania diferenciada”. A primeira se resumiria em uma exigência por maior inclusão e participação na sociedade. Por exemplo, os grupos minoritários, por questões históricas, sentem-se sub-representados no processo político e demandam representação política com base em direitos específicos¹⁸, exigem currículos escolares que reconheçam sua contribuição cultural e histórica à nação ou exigem isenções de leis que os desfavorecem economicamente dadas suas práticas e crenças. Isto é, esses grupos minoritários partilham o desejo de uma integração nacional e defendem apenas o reconhecimento de sua diversidade cultural para que possam se tornar plenos e iguais em direitos ao demais grupos sociais (Kymlicka, 1996). Este tipo de demanda ocorre no que o autor chama de Estado Multiétnico.

Já a segunda forma de “cidadania diferenciada” rejeita a integração nacional, ou seja, os povos indígenas desejam autonomia à parte da sociedade em geral, de modo que possam assegurar o livre desenvolvimento de sua cultura. Quando Kymlicka faz referência aos povos indígenas, ele especifica que se trata, geralmente, de comunidades históricas distintas que partilham um mesmo território, apesar de não partilharem uma mesma história e língua, ficando à margem de outras comunidades políticas. Ao contrário do grupo anterior, não querem participar de um poder central, mas querem que este poder central seja compartilhado e, em parte, transferido para sua sociedade, criando uma zona autônoma. Esse tipo de cidadania ocorre no que o autor chama de Estado Multinacional, modelo no qual

¹⁸ Ainda hoje, o exercício da cidadania está diretamente ligado à nacionalidade, que, por sua vez, gera a negação de direitos fundamentais a grupos que não se reconhecem como parte daquele Estado.

coexistem mais de uma nação devido a um processo de convivência involuntária (colonização, invasão).

Kymlicka propõe o reconhecimento dos grupos minoritários através de três tipos de direitos:

(a) Direito a Auto-Governo: direito de poder tomar decisões, criar e desenvolver suas instituições sobre seu modelo de regime político tradicional e dentro de sua jurisdição territorial, ou seja, direito à autonomia política (Kymlicka, 1996:52);

(b) Direito de Representação: direitos que visam garantir às minorias étnicas a participação no processo político, caso seja a sua vontade, garantindo assim a representação política desses povos (Kymlicka, 1996:53);

(c) Direitos Poliétnicos: a função desses direitos é possibilitar que os grupos minoritários tenham suas expressões culturais respeitadas frente a outras nações do Estado, ou seja, *“tienen como objetivo ayudar a los grupos étnicos y a las minorías religiosas a que expresen su particularidad y su orgullo cultural sin que ello obstaculice su éxito en las instituciones económicas y políticas de la sociedad dominante”* (Kymlicka, 1996:53).

Este último tipo de cidadania diferenciada, em um governo democrático, retomaria o conceito original de democracia. Isso porque, se a democracia é um governo do povo e pressupõe que as pessoas se reconheçam como membros de uma comunidade. O autogoverno, um dos direitos da cidadania diferenciada, possibilitaria o reconhecimento de um novo modelo democrático de Estado, contribuindo para reverter a situação de injustiça e desigualdade encontradas pelos povos minoritários, além de salvaguardar a diversidade cultural humana (Kymlicka, 1996).

Com efeito, os Estados com minorias nacionais enfrentam nacionalismos, exacerbado, gerado pela ideia do Estado-Nação¹⁹, este que procura promover uma identidade nacional única por meio da cidadania comum. Contrariamente, a minoria procura promover a sua identidade nacional distinta por meio da cidadania diferenciada. Para Kymlicka, encontrar uma fonte de unidade social em países

19 Para Kymlicka, o conceito de Estado-Nação descreve uma estrutura estatal com um território delimitado, composto por um governo e cuja população é étnico-cultural coesa, quase homogênea, ou povos separados, cada qual com os seus próprios direitos, territórios e poderes de autogoverno; e, logo, cada um sendo uma comunidade política autônoma.

multinacionais é uma questão fundamental enfrentada pelos pensadores da cidadania, o que para o autor passa pela concretização dos Direitos Humanos, isto porque Kymlick acredita que não existe um conflito entre a Teoria dos Direitos Humanos e o multiculturalismo, já que em seu entender ambas se complementam na busca da defesa da dignidade. (Kymlicka, 1996).

Este trabalho pretende descrever “*direitos de diferenças*” ou “*cidadania diferenciada*” em termos de uma cidadania étnica, sendo que entende-se como cidadania étnica o pleno gozo dos direitos civis, políticos e sociais dos grupos e indivíduos pertencentes a uma etnia, de forma que se respeite e garanta o exercício das suas especificidades culturais e atividades tradicionais.²⁰ Fundamenta-se o direito de cidadania étnica dos povos indígena, em virtude de:

“(...)descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas” (Convenção 169 OIT),

O que implica, em primeira instância, seu reconhecimento e sua autodeterminação.

Muito embora a literatura acadêmica ou científica – autores tão diversos como Lévi-Strauss (1987), Will Kymlicka (1996) e Diaz Polanco (1995) – venha se preocupando, ao longo do século XX, com uma cidadania étnica, ainda não foi possível estabelecer um consenso a respeito do que implica a elaboração de uma política da diferença que seja inspirada no princípio da igualdade ou que não negue este princípio. Entretanto, desde a década de 70, observa-se consenso no sistema internacional de direitos, que logo será disseminado nas políticas estatais dos países membros das Nações Unidas para elaboração de políticas multiculturais.

De acordo com Stuart Hall (2003), o “multiculturalismo” deveria ser entendido como “(...) *as estratégias de políticas adotadas para governar ou administrar*

20 Will Kymlicka (1996) define no mínimo duas minorias culturais, as nacionais e as étnicas. A segunda seriam grupos indígenas cuja sociedade teria uma estrutura organizativa política, econômica e cultural anterior à chegada dos colonizadores e que, atualmente, não se identificam com a cultura nacional, nem são incluídos nos benefícios do sistema imposto.

problemas de diversidade e multiplicidade gerados pelas sociedades multiculturais” (Hall, 2003:52). Sociedades multiculturais aqui são aquelas sociedades heterogêneas quanto a sua etnia, gênero, religião, entre outras características que tipificam coletivos não homogêneos. Para o autor, a identidade do indivíduo é formada por elementos culturais que o sujeito adquire ao longo de sua vida, e não poderiam por isso ser reduzidos a uma identidade monolítica. Pelo contrário, trata-se de uma composição a partir de uma série de culturas diferentes e fluidas.

Neste contexto, o desafio das ciências sociais nas sociedades complexas não é mais discutir o problema da identidade em si, mas a multiculturalidade como conceito amplo e capaz de se concretizar num discurso inclusivo e em políticas de recidadanização no caso das minorias étnicas. Para tanto, são necessários:

“(...) pelo menos duas outras condições de existência: expansão e radicalização cada vez mais profundas das práticas democráticas da vida social, bem como a contestação sem trégua de cada forma de fechamento racial ou etnicamente excludente (praticado por outrem sobre as comunidades minoritárias ou no interior delas)” (Hall, 2003: 83).

Ainda não existe um consenso a respeito das políticas multiculturais ou dos seus sentidos e estratégias de inclusão da diversidade. Alguns autores, como François Bernard (2005), consideram que a sociedade atual discute o respeito à diversidade cultural apenas como um clichê exaustivo dentro do projeto político, que gera uma mercantilização da diferença o que faz com que heterogeneidade cultural é vista pela sociedade como um fato antagônico ao natural. Contudo, Bernard afirma que realizar políticas de cidadania étnica pode ser uma resposta aos problemas sociais hoje enfrentados em países com minorias étnicas.

Este princípio também é compartilhado por Wallace (1994). O autor acredita que, mesmo diante de tantos questionamentos sobre o multiculturalismo, é inevitável não viver sob o influxo de suas ações, que caracterizam e definem as sociedades na modernidade tardia, inclusive as do países latinoamericanos:

“(...) todos sabem (...) que o multiculturalismo não é a terra prometida. [Entretanto], mesmo em sua forma mais cínica e pragmática, há algo no multiculturalismo que vale a pena continuar buscando (...) precisamos

encontrar formas de manifestar publicamente a importância da diversidade cultural [e] de integrar as contribuições das pessoas ao tecido da sociedade” (Wallace, 1994: 52).

As políticas que buscam a cidadania étnica teriam ainda uma importante justificativa para serem implementadas, levando em consideração que o desconhecimento ou a indiferença da diversidade cultural por parte da sociedade pode ser a causa de grandes conflitos sociais:

“Será, portanto, nas sociedades multiculturais, que a questão da identidade étnica e de seu reconhecimento [com conquista de direitos] vai se tornar ainda mais crítica. Em tais sociedades, a dimensão da identidade étnica relacionada com a da cultura tende a gerar crises individuais ou coletivas. E com elas surgem determinados problemas sociais susceptíveis de enfrentamento por políticas públicas, como, por exemplo, as chamadas políticas de reconhecimento” (Oliveira, 2006: 35).

Cardoso de Oliveira trás a tona assim o conceito que complementa o multiculturalismo ao discutir cidadania étnica: “o reconhecimento”. Para Charles Taylor (1994), este “reconhecimento” trata da identificação intelectual do indivíduo ou do seu grupo e também, ou principalmente, da valorização da cultura e das características que lhe diferenciam dos demais. Esse reconhecimento se dá tanto na esfera particular como na pública e tem origem na quebra do paradigma da honra e o início da busca pela dignidade, uma dignidade inicialmente universalista e que progressivamente leva ao reconhecimento das diferenças, exigindo portabilidade de direitos específicos.

É exatamente na tensão entre o universalismo dos direitos de cidadania e o particularismo das diferenças étnicas que está o dilema das políticas de inclusão social baseadas na diferença cultural. Para Taylor, em um primeiro momento, o reconhecimento das diferentes identidades é fundamentado pela “política da igual dignidade”. Após a segunda guerra, entretanto, esta forma de reconhecimento se mostrou insuficiente em relação à equidade com a diversidade cultural. Iniciou-se então a “política do reconhecimento das diferenças”, que tem como propósito principal a reivindicação da especificidade cultural, em que cada cultura é

merecedora de respeito e proteção política.

Outra autora importante que polemiza o conceito de reconhecimento é a cientista política norte-americana Nancy Fraser (2001). Fraser considera que o reconhecimento étnico não pode ser entendido como um fator isolado, sem o componente importante da demanda pela redistribuição socioeconômica. A separação de ambas as dimensões (redistribuição e reconhecimento) é uma forma desacertada de tratar este assunto:

“O discurso da justiça social, antes centrado na distribuição [econômica], agora se divide crescentemente entre demandas de redistribuição de um lado e as demandas de reconhecimento de outro. Por vezes nos apresenta algo construído efetivamente como uma escolha excludente: redistribuição ou reconhecimento? Políticas de classe ou políticas de identidade? Social Democracia ou multiculturalismo? Essas são falsas antíteses, pois a justiça social requer hoje tanto a redistribuição como o reconhecimento, uma vez que nenhum deles é por si só suficiente” (Fraser, 2001: 282).

Observa-se assim a articulação entre reconhecimento e redistribuição que aparentemente opostas, uma que busca a igualdade e a outra a diferença, ultrapassam, seu antagonismo, passando ser em conjunto responsáveis pela promoção da justiça social e que estão estabelecidos nas legislações internacionais, como é o caso do direito à saúde.

Evidentemente, o debate se torna complexo ao ponderar a ocorrência de interesses políticos e econômicos envolvidos no reconhecimento de identidades e na redistribuição da riqueza, já que tais políticas poderiam afetar as estruturas culturais e hegemônicas pré-estabelecidas de cada Estado-Nação.

A partir dessa reflexão, em consonância com T.H Marshall, e da análise dos elementos da cidadania e das conquistas e construção dos direitos individuais, sociais e políticos, é possível concluir com Norberto Bobbio (1992) que a multiplicação dos direitos ocorre devido a três fatores fundamentais: a extensão da quantidade de domínios considerados merecedores de tutela; o entendimento da importância dos direitos dos homens; e “o fato de o próprio homem não mais ser considerado 'ente genérico', ou homem em abstrato, mas ser visto na especificidade ou na concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade” (Bobbio:

1992:84). Com isto, Bobbio (1992) refuta as teorias jusnaturalistas, entre outros motivos, por considerar que os direitos dos homens não são inatos e fixos, mas se modificam historicamente através de mudanças econômicas, políticas e sociais, ou seja, os direitos se modificam a partir das novas necessidades e interesses que vão surgindo ao longo do tempo na sociedade.

Vale ressaltar que, independente do autor e da teoria, o direito, seja ele civil, social ou político, “(...) não é dado aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração” (Coutinho, 2005:.2).

Além disso, como reforça Bobbio:

“(...) o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico, e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados” (Bobbio, 1992: 25).

É por causa do direito a uma cidadania étnica que se pode afirmar que os Direitos Humanos são sim expandidos para os povos indígenas. Com esta constatação, passamos ao próximo item deste capítulo qual seja a autodeterminação como demanda externa desses povos.

1.2.1 Autodeterminação um princípio da Cidadania Étnica

O conceito “autodeterminação”, ao contrário do que comumente é pensado, não nasce no âmbito das Nações Unidas. O termo foi utilizado primeiramente por radicais alemães. Posteriormente, foi utilizado por Lênin e até mesmo pelo presidente dos Estados Unidos, Woodrow Wilson, durante a primeira guerra, significando o direito individual de luta contra a tirania e o direito de defesa dos povos frente às formas de dominação. Seria o direito de um povo não ser submetido a governo ou soberania de outro Estado contra sua vontade. É um princípio político,

de libertação e luta de resistência à dominação (Barbosa, 2001).

A “autodeterminação” se transformou em direito positivo no plano internacional somente após a primeira guerra, no ano de 1919, quando passou a integrar o pacto assinado pela Sociedade das Nações²¹. Porém, foi somente em 1945, com a Carta das Nações Unidas, no artigo 1º, parágrafo 2º, que o termo foi incluído e caracterizado com valor independente e absoluto: “Desenvolver relações amistosas entre as nações, baseadas no respeito ao princípio de igualdade de direitos e de autodeterminação dos povos, e tomar outras medidas apropriadas ao fortalecimento da paz universal” (ONU, 1945), sendo assumido assim como o princípio da soberania.

Atualmente, o conceito de autodeterminação mais utilizado em âmbito internacional refere-se à capacidade que as populações étnicas, ou culturalmente diversas, têm para escolher suas formas de vida, organização social e de governos, ou seja, viver em um sistema político que corresponda a sua vontade, sem, no entanto, reivindicar independência ao Estado em que estão inseridas. Contudo, se exercido integralmente o princípio da autodeterminação tem como consequência o direito de autogestão e autonomia territorial, questão que é amplamente debatida internacionalmente.-

Este direito está descrito no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, no seu artigo 1, parágrafo 1º, que afirma que:

“Artigo 1

Todos os povos têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito, determinam livremente seu estatuto político e asseguram livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural” (ONU, 1966).

De uma maneira geral, o direito internacional entende que o direito à autodeterminação deve ser reconhecido aos povos que foram submetidos à colonização, a regimes raciais ou a domínios estrangeiros, cabendo ainda, em último

²¹ Sociedade das Nações ou Liga das Nações foi um organismo internacional que surgiu como resultado do tratado de Versalhes, quando 44 países, através de acordo fundador, se comprometeram a buscar a paz no mundo. A sociedade criada em janeiro de 1919, teve seu fim em 1942, sendo substituída posteriormente em 1946 pela Organização das Nações Unidas (ONU).

caso, aos povos com governos que não lhes são representativos, entendendo, nesse sentido, um governo racista ou povos que se encontram em um papel de dependência²². Contudo, por ser exposto de uma forma mais ampla, o princípio de autodeterminação não deixou claro sua possibilidade de ser utilizado pelos povos indígenas virando motivo de grandes disputas. Tal princípio voltou a ser discutido na Convenção 169, de 1989, no âmbito da Organização Internacional do Trabalho, que dispõe sobre as populações indígenas e tribais em países independentes.

Logo em sua introdução, a Convenção 169 estabelece os princípios da convenção:

“Reconhecendo as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico e manter e fortalecer suas identidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde mora” (OIT, 1989)

Tal preâmbulo não deixa explícito o princípio da autodeterminação, mas estabelece as bases de sua significação:

“Tais garantias parecem introduzir o princípio de autodeterminação de uma forma específica no sentido do rumo da vida das comunidades; entretanto, não aceitam o direito à autodeterminação dos povos no sentido do direito internacional, conforme anuncia no preâmbulo a Convenção: 'A utilização do termo 'povos' neste Convênio não deverá interpretar-se no sentido que tenha implicação alguma no que atinge os direitos que possa conferir-se a tal termo no direito internacional', isto é, na possibilidade de buscar uma soberania dentro da forma política de Estado-Nação” (Urquidi, Teixeira e Lana, 2008:204)

O direito à autodeterminação foi progressivamente ampliado e especificado pela Organização das Nações Unidas como uma proteção específica às pessoas

²² É essa tensão entre o conceito de autodeterminação e suas consequências que faz com que esse conceito seja um dos mais polêmicos na ONU: “*En la práctica de las Naciones Unidas el derecho de libre determinacion es propio de los pueblos coloniales dominados por alguna potencia extranjera, y se ejerce una sola vez cuando acceden a la independencia política*” (Stavenhagen, 2008:139).

pertencentes a minorias²³ nacionais, transformando-se assim na síntese das principais demandas por direitos indígenas. Esse direito aparece evidenciado na Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas da ONU, artigo 3:

“Artigo 3

Os povos indígenas têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito, determinam livremente sua condição política e buscam livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural.” (Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas, 2007)

Contudo, a fim de que tal direito não se configure como uma possibilidade de independência do Estado, sua limitação é exposta no artigo 4:

“Artigo 4:

Os povos indígenas, no exercício do seu direito à autodeterminação, têm direito à autonomia ou ao autogoverno nas questões relacionadas a seus assuntos internos e locais, assim como a dispor dos meios para financiar suas funções autônomas.” (Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas, 2007)

Do ponto de vista jurídico, “(...) o artigo 4º é uma *lex specialis* do artigo 3º, significando, contudo, uma restrição do direito abrangente de autodeterminação” (Heintze, 2009: 319), o que parece ser uma contradição em assuntos internos. Tal posição é complementada pelo Artigo 5, que estrutura esses direitos da mesma forma que é estabelecido para outras minorias, não havendo assim uma ampliação desse direito, ou seja, uma interpretação restritiva. Segundo o artigo 5:

“Artigo 5:

Os povos indígenas têm o direito de conservar e reforçar suas próprias instituições políticas, jurídicas, econômicas, sociais e culturais, mantendo ao mesmo tempo seu direito de participar plenamente, caso o desejem, da vida política, econômica, social e cultural do Estado.” (Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas, 2007)

²³ A palavra minoria utilizada por Kant significava, em sua origem, grupos sociais que não possuem poder ou maioria política.

No artigo 20, que proíbe a criação de novas instituições políticas por parte dos indígenas e permite apenas a manutenção das já existentes:

“Artigo 20

Os povos indígenas têm o direito de manter e desenvolver seus sistemas ou instituições políticas, econômicas e sociais, de que lhes seja assegurado o desfrute de - seus próprios meios de subsistência e desenvolvimento e de dedicar-se livremente a todas as suas atividades econômicas, tradicionais e de outro tipo.” (Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas, 2007)

Para fins deste trabalho, será usado o conceito de “indígenas” da ONU. Este conceito foi elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Populações Indígenas em 1981, que faz parte do Conselho Econômico e Social da ONU. Para esta comissão, segundo Stavenhagem (2008), apoiado no trabalho de Martins Cobo:

“(...) são as comunidades, povos e nações indígenas que tendo uma continuidade histórica com suas comunidades anteriores a invasão e período pré-colonial e que se desenvolveram em seu território, se consideram distintos dos outros setores da sociedade que agora prevalecem em seu território ou em parte deles. Constituem agora o setor não dominante da sociedade e tem a determinação de preservar, desenvolver e transmitir as futuras gerações seus territórios ancestrais e sua identidade étnica como base de sua existência continuada como povo, de acordo com seus próprios padrões culturais, suas instituições sociais e seus sistemas legais.” (Martins Cobo apud Stavenhagem, 2008 : 136) – *Tradução nossa*

Essa definição destaca a existência originária dos grupos indígenas assim como a continuidade histórica de sua sociedade, reconhecendo um processo de invasão estrangeira e de colonização. Também aceita a identidade própria e distinta da sociedade dominante que ocupou seu território ancestral e que destruiu seus padrões culturais e instituições sociais. Os povos indígenas caracterizam-se então por estarem em uma posição de subordinação à sociedade dominante.

1. 3 O Direito Humano á Saúde

Um ano após a Carta de Constituição das Nações Unidas de 1945, surgia a Organização Mundial da Saúde – OMS (1946), organização internacional responsável pelos assuntos de vigilância sanitária e saúde pública no mundo. Essa organização, cujo embrião formador foi o Comitê de Higiene da já findada Sociedade das Nações, tem como missão ser referência nas questões ligadas à saúde, a fim de determinar linhas de investigação e produção científica, estabelecer princípios, normas e procedimentos acerca das práticas de saúde, além de prestar apoio técnico aos Estados (OMS, 2011).

Será na constituição OMS que, pela primeira vez na história, um documento internacional relacionará o termo “saúde” aos Direitos Humanos²⁴. Esse termo²⁵ será conceitualizado para fins da criação de um padrão mínimo de saúde internacional que deveria ser alcançado pelos Estados.

O direito humano à saúde voltaria a estar em pauta no cenário internacional graças à Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948. Esta declaração estabelece, em seu artigo 25, que todos têm direito à saúde e ao bem estar:

“Artigo 25:

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle” (Declaração Universal, 1948)

A declaração define que o direito à saúde está relacionado com outros direitos (alimentação, habitação, emprego) e estabelece esse direito de forma subjetiva e coletiva. Dessa forma, o direito à saúde é o direito a uma qualidade de vida, e não simplesmente à cura ou não presença de enfermidade, devendo ser garantido pelo

24 “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.” (OMS, 1948)

25 “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” Ver capítulo específico. (OMS, 1948)

Estado tanto de forma individual quanto familiar.

O direito à saúde é caracterizado como: universal, para todas as pessoas; integral, pois observa a saúde em todos seus aspectos; e transversal, na medida em que para seu alcance é necessário para a realização de outros direitos.

A discussão sobre o estabelecimento da saúde como um Direito Humano, assim como a discussão sobre outros direitos sociais, foi ponto de grande disputa entre o bloco capitalista e o bloco socialista. O primeiro considerava que os direitos civis e políticos deveriam ser prioritários aos direitos sociais, que não deveriam ser parte dos Direitos Humanos. Já o segundo bloco considerava que os direitos civis e políticos deveriam ser preteridos em relação aos direitos sociais. Tal disputa levou à construção do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em 1996, que reconheceu a interdependência dos Direitos Humanos, reforçou o direito à saúde como universal, integral e transversal, e estabeleceu as formas como esse direito deveria ser empregado. Além disso, o Pacto também estabeleceu os principais desafios a serem superados. Segundo o seu artigo 12:

“Artigo 12:

1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.” (PDESC, 1996)

Outra declaração internacional importante em relação ao direito à saúde é a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma-Ata, de 1978. Esta alerta para a necessidade de todos os governos reforçarem os trabalhos na área de saúde a fim de promover melhores condições de vida para

todos os cidadãos. A declaração também reforça, em seu primeiro parágrafo, o direito à saúde como integral, universal, transversal e um direito humano:

“I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde”. (Alma-Ata, 1978)

Alma-Ata torna-se um documento de referência por ser o mais completo quanto à saúde como um direito humano, superando a visão reducionista da saúde como um problema biológico e reafirmando sua relação com condições sociais e mentais. A Alma-Ata também enfatiza o papel do Estado na promoção, prevenção e tratamento de saúde, princípios que serão reiterados pela Declaração Mundial de Saúde de 1998 (Nygren-Krug, 2004:15).

Em 2000, o Comitê de Direitos Socioeconômicos e Culturais, através de seu 14º Comentário Geral, estabeleceu a abrangência e o conteúdo dos direitos à saúde:

“A saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Toda pessoa humana tem direito a desfrutar do mais elevado nível de saúde que a conduza a viver uma vida com dignidade” (Comitê DESC, Comentário Geral 14, UN ESCOR, 2000, Doc. No. E/C.12/2000/4).

O Comitê destacou ainda outros determinantes sociais relacionados à saúde, como o acesso à água potável, ao saneamento básico, à educação, à informação em saúde etc. (Nygren-Krug, 2004)

“(…) o Comitê interpretou o direito à saúde como um direito inclusivo, considerando não somente os cuidados de saúde, mas o acesso, os recursos, a aceitação das práticas culturais, a qualidade dos serviços de saúde (…)” (Nygren-Krug, 2004: 15)

Existem também questões internacionais relacionadas a aspectos específicos da saúde, como, por exemplo, a pandemia de AIDS/HIV, o que requer menção a uma série de outros Direitos Humanos, como direito à privacidade, não-discriminação, educação etc., explicitando a forte relação entre os Direitos Humanos e a saúde pública.

De acordo com essa perspectiva, a OMS estabeleceu aquilo que considera fundamental a ser oferecido no tratamento de saúde e que está relacionado aos Direitos Humanos: (a) Salvar a dignidade da pessoa e dos grupos; (b) Equidade e não-discriminação; (c) participação nas políticas de saúde que os afetam. (VanderPlaats, 2004)

De uma forma geral, pode-se afirmar que essas normativas internacionais estabelecem o direito à saúde como um direito indispensável para consolidação dos demais direitos, visto que é condição primordial para uma vida digna.

Para sua efetivação, o direito à saúde também requer elementos como justiça social, já que todos devem ter acesso a um sistema de saúde com igualdade de oportunidade, acesso a remédio, alimentação etc., e autonomia, com a possibilidade de fazer a autogestão de sua saúde. Nesse sentido, é importante atentar para a necessidade do tratamento diferenciado em saúde, como apontado por Rosana Queiroz:

“O direito à saúde, visto como um direito humano que é, porque a saúde é algo intrínseco e parte da essência humana, neste sentido, precisa levar em conta, sim, as diversidades, pois as populações específicas têm demandas e necessidades diferenciadas, o que não deve ser motivo para retirada de direitos. Ao contrário, ações específicas devem estar coladas a ações amplas e estruturais.” (Queiroz, 2006:47)

Sabe-se ainda que vários países ratificaram ao menos um dos tratados que reconhecem a saúde como um Direito Humano, ou seja, se comprometeram com várias obrigações relativas ao cumprimento desses direitos, fortalecendo assim a promoção e a proteção da saúde.

Expressar a saúde como um Direito Humano é fundamental, não somente pela sua importância, mas também para que este direito fique em evidência na agenda

pública e dos governos. Elevar a saúde à condição de Direito Humano demonstra que ela não é uma mercadoria, mas uma prerrogativa e uma obrigação dos Estados.

1. 4. Conceito de Saúde

Não há consenso quanto ao conceito de saúde e de doença. Isso porque esses conceitos são reflexo do debate, econômico, político, social e cultural, que a sociedade vive, dependendo assim de época, lugar, classe social, valores ou do grupo cultural que o discute.

Na mitologia grega, por exemplo, observa-se a diversidade de símbolos que se relacionam com a medicina, como o deus Asclepius,²⁶ figura histórica na *Ilíada*, que tem Higiéia como saúde e Panacea como Cura. O culto a esses deuses era realizado através de práticas e métodos de cura, como o banho e o uso de plantas naturais. Será nessa sociedade que surgirá o pai da medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), citado em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles. (Albuquerque e Oliveira, 2002).

Em seus vários escritos nomeados de *Corpus Hipocraticus*, Hipócrates expõe uma visão “racional” da medicina, oposta à concepção mágico-religiosa. Ele afirma que as doenças teriam uma causa natural, fruto do meio ambiente. O homem seria uma unidade organizada e equilibrada, e a doença um estado de desorganização dessa unidade. Também é possível encontrar nas obras de Hipócrates a observação empírica reveladora de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade, princípio depois incorporado pelos romanos. (Scliar, 2007).

Na chamada medicina oriental, a concepção de saúde, apesar de seguir rumos diferentes, de certa forma se aproxima da concepção de Hipócrates, para qual a saúde depende das forças vitais e do funcionamento harmonioso do corpo humano. Por isso, os tratamentos médicos – como acupuntura e ioga – consistem em restabelecer o equilíbrio do corpo.

Durante a Idade Média, a forte influência cristã fez com que as doenças

²⁶ Aesculapius é o deus grego da medicina e da cura na antiga Grécia, herdado posteriormente para mitologia romana. O significado de seu nome é cortar. Segundo o mito, Aesculapius nasceu como mortal, mas depois da sua morte foi-lhe concedido a imortalidade, transformando-se na constelação Ofiúco.

fossem entendidas como uma forma de pecado, sendo que a cura se daria pela fé. Isso pode explicar o fato da igreja ser a grande responsável por cuidar dos hospitais na época.

Entre o final do século XII e o início do século XIII, influenciado pela alquimia, o suíço Paracelsus afirma que as doenças eram causadas por agentes externos ao nosso organismo e, para curá-lo, seria necessário o uso da química. Passa-se assim a usar metais no tratamento de doenças.

O desenvolvimento das ciências, entre elas da mecânica, incitou o filósofo René Descartes a postular o dualismo entre a mente e o corpo, considerando este último como uma máquina. Tais considerações acabaram com a concepção humoral²⁷ de saúde, pois a doença passou a ser localizada nos órgãos, o que acarretaria o desenvolvimento do estudo da anatomia (Albuquerque e Oliveira, 2002).

Com a invenção do microscópio, no século XVII, a existência de microorganismos causadores de doenças ficou comprovada, o que possibilitaria a introdução de soros e vacinas pela primeira vez. Os fatores etiológicos – agentes causadores da doença – passaram a ser identificados e as doenças a ser prevenidas e curadas.

Tais conhecimentos somados a recursos estatísticos e a outros conhecimentos sociais possibilitariam o surgimento da epidemiologia. Estudos como “Anatomia Política”, de William Petty (1623-1687), ao coletar dados sobre população, educação e produção, esse estudo identificava diferenças na mortalidade de diferentes grupos populacionais, segundo gênero e lugar de residência. Esse processo ganhou impulso no século XIX. Estudos desse tipo durante o período da revolução industrial na França inspiraram Friedrich Engels a escrever a “Condição da Classe Trabalhadora na Inglaterra” em 1884.

Em 1848 foi promulgada na Grã-Bretanha a lei que criava a “*Public Health Act*”, uma Diretoria Geral de Saúde, responsável por dar início ao serviço de saúde pública. Logo, instauraram-se serviços de saúde nos Estados Unidos, em 1850, na

27 Teoria Humoral foi criada por Hipócrates, segundo o qual a vida seria mantida pelo equilíbrio de quatro humores, que seriam sangue, fleuma, bÍlis negra e bÍlis amarela, cada uma procedente de determinada parte do corpo (coração, sistema respiratório, baço e fÍgado, respectivamente). A doença seria um desequilÍbrio desses humores (Scliar, 2007).

Alemanha, em 1883 e na França, após a primeira guerra mundial. (Sciliar, 2007).

Apesar do desenvolvimento ascendente da medicina pelo mundo, ainda não havia um consenso sobre o conceito de saúde, nem mesmo a Liga das Nações, organismo internacional criado após o fim da primeira guerra, conseguiu esse objetivo. Foi somente com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de seu órgão relacionado à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), que o conceito de saúde foi estabelecido, sendo divulgado antes mesmo da proclamação do Estatuto de Fundação da OMS.

Assim, em sete de abril de 1948, data da fundação oficial da OMS – e desde então Dia Mundial da Saúde – estabeleceu-se que: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948). Este conceito estabelece a saúde de maneira integral e indissociável de outras esferas, como o meio ambiente e/ou meio social.

Devido ao caráter mais generalista, essa definição gerou uma série de críticas, tanto de natureza técnica, já que a saúde seria algo inatingível e impossível de se usar em um sistema de saúde, quanto de natureza política, com o argumento liberal de que esse conceito de saúde permitiria a intervenção direta dos Estados na vida dos cidadãos com o pretexto de promover a saúde. (Albuquerque e Oliveira, 2002)

As respostas a essas críticas vieram na Declaração da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, proclamada pela OMS no ano de 1978. Essa Conferência alterou os objetivos gerais da Organização que passou a abranger a busca por um maior desenvolvimento social²⁸ e destacou a grande disparidade na situação da saúde entre países desenvolvidos e países subdesenvolvidos e a responsabilidade dos governos na provisão da saúde. Ressalta-se também a importância da participação cidadã em todas as esferas das políticas de cuidado de saúde. Segundo afirma Moacyr Sciliar:

“Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias – portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na

atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. (...) O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência. (Scliar, 2007: 39).

Completa ainda:

“Os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria.” (Scliar, 2007: 39).

Observa-se assim que, por si só, o conceito de Saúde estabelecido pela OMS abrange importantes aspectos do cuidado à saúde, vai além da questão do físico, envolve questões sociais, econômicas e ambientais. Tal concepção não contempla de maneira efetiva as necessidades de saúde dos povos indígenas, sendo necessário repensar a utilização conjunta da medicina ocidental tradicional com a medicina indígena.

1.4.1 Saúde Intercultural: Por uma nova concepção de saúde para os indígenas

Para tratar especificamente da questão da saúde dos povos indígenas, se faz necessário repensar o conceito de saúde da OMS. Isso porque este conceito, apesar de representar grandes avanços, não é capaz de abarcar a totalidade das necessidades de saúde da população indígena. Tal problemática fica evidente ao se analisar a concepção de saúde que está por trás dos programas de saúde indígena e o choque entre a demanda indígena e a oferta do Estado.

Um sistema de saúde para os povos indígenas não pode simplesmente adotar um modelo estruturado somente sobre as bases da medicina ocidental contemporânea, como em grande medida é oferecido. A questão da saúde nesses

grupos envolve não apenas a esfera físico-material, mas também a esfera cultural, religiosa, social e econômica. Exemplo disso é a figura do xamã/pajé²⁹, que não se resume às questões religiosas e à organização social, mas também tem o papel de curar enfermidades, que teriam uma origem seria espiritual. Além disso, o uso da fitoterapia (ervas medicinais) está na base da medicina de alguns povos que se recusam a tomar remédios das indústrias farmacêuticas/químicas, assim como existem médicos que rejeitam as técnicas indígenas de tratamento de saúde (Araújo, 2006) 30.

Em suma, os programas de saúde indígena, segundo as determinações internacionais, devem ser baseados em princípios harmônicos entre o indivíduo, a família, a comunidade e o universo que o rodeia. Segundo Roberto Cardoso de Oliveira:

“(...) o conhecimento científico e a prática médica ocidental constituem não um substitutivo das medicinas tradicionais, mas, sobretudo, um recurso de atenção à saúde, devendo ser respeitados, explicitamente, os hábitos, costumes e tradições dos diversos grupos étnicos a serem atendidos pelo projeto. Para tanto, deveria reconhecer, respeitar e recuperar os ordenamentos cosmológicos nativos, por meio dos quais o processo de saúde/doença a cura e morte são significados” (Oliveira, 2006: 200)

Esse é também o pressuposto explicitado pela FUNASA, Fundação Nacional de Saúde, responsável pela implementação dos programas de saúde indígena no Brasil:

“Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e

29 São diversos os nomes dados aos indígenas responsáveis pelo processo de cura. A figura do xamã, que em algumas comunidades da região amazônica é o responsável pela cura espiritual, e a do pajé, que principalmente na região centro-oeste brasileira é o responsável espiritual e político da sua comunidade, consta apenas como exemplo. Ao longo deste trabalho serão abordados outros atores sociais indígenas responsáveis pelo papel da cura.

30 Como entendemos a saúde em seu conceito integral, para que o indígena possa ter seu direito à saúde intercultural plenamente atendido, há necessidade de políticas de demarcação de terras que possibilitem a agricultura de subsistência ou a venda de produtos, além de políticas macroeconômicas que não prejudiquem essas populações que vivem da renda de suas plantações, artesanatos ou que incentivem a mineração e a exploração dentro das terras indígenas.

comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde” (FUNASA, 2006: 17).

Por isso, é fundamental pensarmos um sistema de saúde e de avaliações pautado pela indissociabilidade da questão da saúde indígena e de outras questões essenciais como: a política de educação intercultural; a demarcação de terras, ligada à questão da ancestralidade e à fonte de sua alimentação; um ordenamento jurídico consistente, que dê segurança jurídica e possibilidade de os indígenas realizarem suas práticas de saúde; a autonomia desses grupos, em questões como do uso de recursos, além, do respeito e compreensão em relação a outra cultura. Em suma, um sistema de saúde que se propõe ser intercultural deve considerar as diferenças culturais, a integralidade de saúde e a indissociabilidade dos direitos, vendo o indígena como um indivíduo ligado à sua coletividade e ao meio social e ambiental em que vive.

No contexto da saúde intercultural, as dimensões da pessoa, cognitiva e material, se articulam em um modelo médico que faz com que pacientes e profissionais expliquem o fenômeno do conceito de saúde e doença, as práticas e procedimentos de saúde e de como ocorrem os processos de recuperação e manutenção da saúde. Normalmente, os elementos cognitivos e práticos diferem entre profissionais e pacientes, fruto das diferentes histórias sociais e culturais de cada um, do contexto em que ocorre o processo de sociabilização da cultura médica e do conhecimento próprio de cada cultura.

Importante ressaltar que assim como os elementos culturais, os componentes cognitivos e materiais se transformam a medida que os grupos sociais experimentam novos desafios e problemas. Tanto a medicina intercultural quanto a médica tradicional ocidental experimentam transformações em seus modelos explicativos de enfermidades, incorporam novas tecnologias em seus processos terapêuticos e criam novas técnicas para abordar aspectos específicos da saúde dos usuários. Grupos humanos têm desenvolvido estratégias para enfrentar e prevenir a

enfermidade através de um sistema médico que lhes proporcione ações necessárias para recuperar a saúde, garantir o bem-estar e outorgar uma explicação consistente para o fenômeno da doença e da cura.

Da perspectiva cultural, um sistema de saúde, aqui não entendido de sua forma estrutural, constitui-se como um conjunto razoavelmente organizado, estruturado e coerente de agentes, modelos explicativos de saúde e enfermidade, práticas em busca da saúde, seja ela coletiva ou individual. A forma que esses elementos se organizam internamente, dando coerência ao sistema médico, depende do modelo sociocultural em que se desenvolve a prática da medicina. Assim as práticas medicinais são construções socioculturais que correspondem às necessidades de um lugar/grupo específico e nas quais é possível traçar uma dimensão conceitual e de conduta específica.

A dimensão conceptual dos sistemas médicos está relacionada diretamente com a cultura do paciente e dos profissionais. Analiticamente, corresponde aos modelos que explicam e fundamentam a enfermidade. Para O'Connor (1995), esta dimensão é composta por elementos culturais: axiomas e mecanismos de validação.

Todos os sistemas médicos apresentam axiomas, princípios baseados em modelos epistemológicos que sustentam a prática médica e distinguem os meios para validá-la e legitimá-la. Na medicina ocidental, por exemplo, os experimentos científicos e as provas clínicas constituem importantes fontes de validação. Um médico alopata não aceitará como prova de uma diarreia uma intervenção espiritual no alimento. Apesar disso, outras culturas aceitariam como fonte legítima dessa doença um sonho de um xamã, os símbolos da natureza etc. A lógica que opera a definição de saúde e doença é a mesma em ambos os sistemas (uma lógica que busca causas, alternativas e consequências). Contudo, diferem pelas premissas culturais e provas que a validarão, ou seja, distintas percepções e observações do mesmo fenômeno resultam em diferentes explicações da enfermidade.

A credibilidade que os pacientes dão a esses axiomas é que permite aceitar ou não as explicações acerca das causas de suas enfermidades e determinar a aderência ou não aos tratamentos de saúde, sabendo que o êxito em tratamento médico depende em grande medida de um conjunto de explicações e da relação entre médico e o paciente. Essa dimensão comportamental dos sistemas de saúde

também pode se distinguir pelos procedimentos e ações que os agentes se utilizam em um sistema médico para obter certos resultados. Isto implica que o profissional de saúde (seja médico, xamã ou curandeiro) e o modo de se tratar o paciente (cirurgia ou ritual), seja este coletivo ou individual, deve respeitar a dimensão física, social e cultural da enfermidade vista pelo outro. Em geral, todos os processos de interação social e cultural envolvem a existência de diferenças, e até antagonismos dos sistemas de crenças, o que faz com que a relação médico-paciente esteja sujeita a atritos.

Contudo, é importante notar que os conflitos entre os diferentes sistemas médicos não surgem somente das diferenças nos modelos explicativos que os sustentam, mas também da dominação social que um modelo de saúde exerce sobre o outro, o que pode ser minimizado dentro de uma perspectiva dos direitos humanos e da metodologia da cultura de paz.

Há ainda que se notar que a demanda por uma saúde intercultural, em nenhum momento, pressupõem a não atuação do Estado, pelo contrário, primam por um Estado forte tanto no fornecimento, quanto na fiscalização da prestação dos serviços de saúde e na realização das normas. Assim como também não significa que os indígenas não devam receber tratamento especializado não indígena de ponta, significa que o sistema de saúde deve acontecer respeitando a cultura e tradições desses povos, assim como sua própria vontade e consentimento em receber esses tratamentos. Os indígenas têm direito à melhor medicina que pode se oferecer a um não indígena no país.

Vale ressaltar que a concepção de saúde não é igual para todos os povos indígenas, visto que possuem modos de vida diferentes, vivem em locais distintos e professam várias religiões, sendo necessária a análise de cada caso específico para cada comunidade ou etnia.

1.4.2 Diálogo Intercultural e Saúde Indígena

Nas últimas décadas, a expressão “interculturalidade em saúde”, ou “saúde intercultural”, tem sido utilizada para conceitualizar um conjunto de políticas e ações que tendem a reconhecer e a incorporar a cultura do paciente no processo de

atenção à saúde. Essa interculturalidade em saúde tem sido muito usada em países com grande diversidade étnica e cultural, como os países da América Latina.

Essa situação tem posto à equipe de saúde o imperativo de desenvolver estratégias que propiciem uma melhor relação médico paciente. A necessidade de desenvolver o processo de cuidado à saúde intercultural tem feito com que nos países latinoamericanos, por razões históricas, sociopolíticas e epidemiológicas, em suas iniciativas de saúde, tenham evitado que a identidade étnica cultural de um usuário constitua uma barreira ao acesso e à continuidade dos tratamentos de saúde.

Neste contexto, entender os elementos culturais que constituem a cultura de um determinado povo tem auxiliado a relevar e a compreender as dimensões do processo de saúde-enfermidade, assim como elementos socioantropológicos têm propiciado auxílio no tratamento de enfermidade, desde sua dimensão biológica até sua dimensão social e cultural.

O conceito de cultura associado à saúde constitui um eixo neurofágico na análise de fatores sociais que permeiam qualquer processo de saúde e doença. É através do conhecimento das diversidades e semelhanças culturais entre os usuários e provedores de saúde que se torna possível compreender, por exemplo, o nível do tratamento e o que cada um tem de expectativa frente a este, as percepções de saúde e doenças que estão sendo representadas, a interação médico-paciente, os padrões com que se avalia a qualidade e resultados da ação terapêutica e a implantação de diversas condutas frente às doenças.

Na perspectiva de construção de um diálogo que vise assegurar uma transição de uma cultura de guerra, violência, de imposição e de discriminação para outra de não-violência, diálogo, tolerância e solidariedade, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO/ONU), reunida com lideranças mundiais, lançou em 2000 – Ano Internacional da Cultura de Paz – o “Manifesto UNESCO 2000: Por uma Cultura da Paz e da Não Violência”. (UNESCO, 2000). Neste documento foram sinalizados os caminhos necessários para uma sociedade capaz de “respeitar a vida e a diversidade, de rejeitar a violência e ouvir o outro para compreendê-lo, de preservar o planeta, redescobrir a solidariedade, buscar equilíbrio nas relações de gênero e étnicas, de fortalecer a democracia e os

direitos humanos” (UNESCO 2000). Para tanto, reafirma-se a necessidade do exercício de aceitação da diversidade cultural através de um diálogo intercultural e de ações afirmativas por parte dos Estados e da Sociedade Civil.

○ diálogo intercultural, segundo Boaventura de Santos Souza (2006), pressupõe a superação de uma política apenas universalista mediante um diálogo pautado pela convergência valorativa de questões, oriundas de universos de sentido diferentes, como os de brancos e índios. Para tanto, sugere-se preservar ao máximo as valorações desses universos semânticos. Esta estratégia levará a uma concepção multicultural de direitos humanos “uma concepção que, em vez de recorrer a falsos universalismos, se organiza como uma constelação de sentidos locais, mutuamente inteligíveis, e que se constitui em redes de referências normativas capacitantes”. (Sousa, 2006.: 443)

Na consolidação dos direitos humanos mediante um sistema de saúde intercultural que leve em conta a Cultura de Paz, se faz necessário exercer os princípios da reciprocidade e da solidariedade entre as diferentes etnias, estas que, por sua vez, possuem diferentes códigos, costumes, hábitos e modos de compreender a vida, garantindo assim o desenvolvimento de uma vida saudável no marco de uma realidade multicultural.

O reconhecimento da saúde intercultural somente será alcançado pelo reconhecimento do outro e de suas necessidades, além de interagir com esses diferentes povos, o que pressupõe uma comunicação efetiva (hermenêutica diatópica) entre essas culturas. Para alcançar o objetivo da Cultura de Paz, que parece ser utópico, a UNESCO propõe o uso da metodologia da Cultura de Paz (UNESCO, 2000), uma metodologia para o alcance de um diálogo intercultural. Para a construção de um sistema intercultural propõem a aplicação dos seguintes conceitos:

(a) “Reconhecimento”: pressupõe ver o outro como portador de um direito de identidade cultural e não discriminá-lo, ou seja, é preciso reconhecer que o outro tem os mesmos direitos e que deve ter iguais oportunidades, o que ocorre ao construir-se uma relação respeitosa e de dignidade horizontal.

(b) “Aceitação”: representa a garantia do exercício da identidade cultural, o que pressupõe a valorização dessa cultura, sem qualquer tipo de discriminação. O

sistema de valores de brancos e índios só pode ser apropriado dentro da mesma perspectiva.

(c) “Convivência”: inclui a tolerância, o respeito e o interesse pelo outro.

(d) “Diálogo”: pressupõe um interesse pelo destino e vontade do outro, sensibilidade para notar as necessidades e aspirações do outro, constante reflexão sobre a própria percepção frente à vida e sobre a percepção do outro sobre a vida dele.

(e) “Reciprocidade”. Este princípio se liga aos anteriores na medida em que necessita de uma incorporação do melhor da cultura do outro que lhe é distinto culturalmente. Esta relação não deve ser superficial, mas deve ser adotada também como uma forma de melhorar o ser humano incorporando os conceitos de outra cultura, incluindo-os no cotidiano do tratamento de saúde, podendo assim revelar conhecimentos locais que melhorem a atenção à saúde como um todo.

Além desses conceitos, é fundamental repensar as relações de poder, excluindo a pretensão de dominação e valorizando o melhor de cada cultura. Assim, o médico e o enfermeiro não indígena não podem assumir uma postura de único detentor do saber, mas devem se colocar como um facilitador dos processos de saúde em conjunto com os saberes indígenas.

A metodologia da Cultura de Paz, apesar de parecer inoperante e utópica, apresenta-se como um caminho alternativo na busca por uma saúde intercultural.

Para o estabelecimento de um sistema de saúde intercultural efetivo, algumas questões ainda devem ser levadas em consideração.

As estratégias de comunicação intercultural aparecem como fatores que diminuem as barreiras sociais e culturais entre as equipes de saúde e os usuários. Melhorar os processos de comunicação e o diálogo é promover uma maior compreensão das expectativas de ambos os atores e melhorar o nível de satisfação dos usuários do sistema de saúde ocidental.

A língua pode ser uma grande barreira, mas não deve constituir um obstáculo na relação entre paciente e profissional de saúde. Profissionais que estão abertos ao diálogo podem conhecer a cultura médica de seus pacientes, como, por exemplo, a denominação de suas enfermidades, a relação entre hábitos e culturas, a dimensão da relação corporal, o uso de plantas, entre outras.

Uma segunda estratégia de saúde intercultural está relacionada ao desenvolvimento do processo de validação e negociação cultural entre pacientes e profissionais. A validação consiste em aceitar a legitimidade do modelo cultural de saúde e doença do paciente, considerando o contexto cultural em que este modelo surge. As ações do paciente frente às doenças são, na maioria das vezes, congruentes com explicações aprendidas em seu contexto cultural. A validação cultural não significa que o profissional compartilhe do mesmo mundo simbólico, mas que compreenda, respeite e inclua elementos culturais que considere relevantes para o tratamento da saúde do enfermo.

A negociação cultural deve acontecer quando as crenças culturais e as expectativas dos pacientes se contrapõem à dos profissionais de saúde, interferindo na confiança e na adesão ao -tratamento de saúde. Uma negociação cultural pode dar conta de acabar com a baixa adesão aos tratamentos farmacológicos considerados nocivos pelos pacientes.

Ações em busca de uma saúde intercultural são amplamente documentadas nos livros médicos e de antropologia e demonstram que existe a possibilidade de antagonismo na relação médico-paciente. Nestes casos, os processos de negociação cultural identificam áreas de conflito e acordos e localizam os núcleos de significação das culturas que podem representar pontos de consenso que terminam em acordo de aprendizagem e cooperação entre médico e paciente. A única forma de chegar a um tratamento bem sucedido da doença é com uma boa relação entre esses atores conseguindo fazer intervenções significativas e eficazes para os dois.

Na saúde intercultural não está em questão apenas uma boa relação social entre médicos e pacientes de origens culturais diferentes. Com freqüência, o fato de não se estabelecer uma boa comunicação entre esses diferentes atores pode afetar a qualidade de vida e determinar a sobrevivência dos povos indígenas.

Nos últimos anos, tem se acentuado a visão médico-científica que é estabelecida como uma verdade absoluta e que ignora a situação e a suposição do outro, vigorando só a visão ocidental do mundo. Esta visão estabelece também um bloqueio à intermediação de crenças e expectativas do processo de cura. Tal bloqueio pode gerar discriminação social e desprezo por seus conhecimentos culturais, tornando as relações cada vez mais rarefeitas. A discriminação e a reação

negativa da equipe ao receber o paciente de origem étnica marginalizada está ligada a uma subvalorização do mundo do paciente, podendo ser gerada uma série de preconceitos e uma negligência em relação aos problemas do paciente. Assim, sua falta de reação ou não adesão ao processo de saúde é vista e justificada, por parte dos profissionais de saúde, como “ignorância” do próprio paciente.

Parte desse problema também ocorre devido à ausência do profissional da saúde no local onde vivem os indígenas. Em várias comunidades, a presença desses profissionais é rara, sendo que, devido a uma série de fatores, eles têm alta rotatividade, aparecendo sempre um novo médico nas comunidades ou clínicas freqüentadas. Isso se mostra prejudicial ao diálogo intercultural já que a aceitação e o conhecimento da outra cultura presumem o estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes. Tal confiança e diálogo são necessários para estabelecer modelos de tratamentos segundo as culturas, passar confiança às comunidades (fato ainda mais relevante quando o tratamento exige uma remoção do indígena ou sua internação), e determinar se o profissional da saúde poderá exercer suas funções na comunidade.

Outra dificuldade no relacionamento médico-paciente está relacionada à formação do profissional de saúde. São poucas universidades ou centros de formação que possibilitam que os profissionais de saúde tenham uma visão plural do tratamento de saúde e uma perspectiva intercultural dos pacientes. Em sua grande maioria, os alunos são incentivados, mesmo que -subjetivamente, a não considerarem outras perspectivas que não a científica ocidental. Além disso, por questões de acesso, as pessoas admitidas nos cursos de saúde têm uma formação cultural dominante cientificista, diferente da formação de parte dos indígenas. Por isso, é importante considerar que se o indígena está convencido de que a doença é uma magia ou "mau trabalho" feito por outros, não serão suficientes justificativas e tratamentos alopáticos. O paciente deve entender, por meio do diálogo intercultural, de que há causas biológicas que justificam seu estado. Assim, além desta formação cognitiva mais fundamental, deve ser garantida a formação de futuros profissionais da saúde no campo da saúde intercultural. É uma atitude de aceitação, abertura e harmonia com culturalmente diverso.

O ambiente em que o indígena realizará seu tratamento de saúde também

deve ser analisado. A linguagem simbólica (cores e imagens) utilizada em um serviço de saúde é determinante para aceitação ou rejeição do tratamento por parte do paciente. A possibilidade de visitas e a presença de familiares, amigos e líderes espirituais (curandeiros, xamãs e outros) que possam exercer livremente seus cultos e rituais também é determinante. Além disso, as habilidades linguísticas e a de se relacionar com as diferenças culturais são fundamentais para a equipe profissional, já que depende dessa equipe, e não apenas de médicos e enfermeiros, a alimentação do paciente, a limpeza do local etc.

A possibilidade de acesso dos indígenas a medicamentos não farmacológicos, como os fitoterápicos e os naturais, também é uma condição intercultural no tratamento de saúde, sendo importante a construção de saberes quanto a esses outros medicamentos.

Seria então mais prático ensinar línguas de maneira eficaz para os médicos ou formar novos médicos a partir de suas próprias comunidades? Essa segunda via oferece mais possibilidades, não apenas quanto à questão linguística, mas quanto à abordagem intercultural. Não sendo assim possível, é condição *sine qua non* que a formação do profissional da saúde vise respeitar e valorizar a bagagem cultural do paciente.

Essa formação profissional não pode ser deixada às regras do mercado. Isso porque como o mercado funciona de acordo com as regras do capital, a formação baseada nesse mercado não visará o respeito e a valorização do paciente e de sua cultura, mas sim o lucro. O Estado, com o apoio da solidariedade internacional, deve fazer uma discriminação positiva daqueles que não fazem da cultura dominante.

Sabe-se que o desenvolvimento de uma política de saúde intercultural é novo para todas as nações e que as estratégias que facilitam um diálogo intercultural está em aberto. A experiência internacional ainda não tem mostrado caminhos concretos, mas tem apontado a existência de princípios conceituais que sustentam o desenvolvimento de modelos interculturais de saúde, entre os quais se encontra reconhecer os sistemas médicos como complexos modelos de pensamento e conduta que constituem respostas culturais ao fenômeno da doença.

As variáveis étnico-culturais e o respeito à diversidade na implantação de políticas sociais estão sendo consideradas de grande relevância nas propostas de

desenvolvimento de países emergentes. Neste contexto, o desafio para os sistemas de saúde nas próximas décadas é criar modelos de saúde que correspondam às expectativas materiais e culturais do usuário em um processo de diálogo e intercâmbio cultural entre as diferentes medicinas e culturas. A busca de estratégias que articulem e integrem os distintos enfoques da saúde é parte de um cenário que hoje se apresenta sem respostas em curto prazo, necessitando de tempo para que seja pensado e implementado um sistema de saúde intercultural realmente efetivo.

Uma política com enfoque intercultural em saúde tem pelo menos duas dimensões: uma nas ações e atividades que se materializam na interação médica; outra na cultura que dita esse modelo de interação médica. Esta última, mais complexa de desenvolver, implica em mudanças além da ação médica, mas a mudança de todo um sistema de saúde. Um processo que requer transformações estruturais de longo prazo e responsabilidade que sobrepassam os atores do sistema de saúde, pois são as estruturas do Estado, em conjunto com a sociedade indígena, que devem estabelecer as bases de um projeto intercultural em saúde.

Capítulo 2 – Proteção dos Direitos Humanos

2.1 Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos

A Declaração Universal de Direitos Humanos entrou em vigor em 1948. Desde então os Direitos Humanos tem se tornado cada vez mais tema essencial em foros políticos mundiais, exigindo da Organização das Nações Unidas (ONU)³¹, órgão internacional responsável pela proteção dos Direitos Humanos, de outras Organizações do Sistema Internacional e dos próprios Estados um aperfeiçoamento do sistema internacional de Proteção³².

Apesar de não representar um documento de vinculação obrigatória dos Estados membros da ONU (*Soft Law*), a Declaração Universal assume um papel fundamental na construção de direito internacional moderno e de outras normas (Pactos e Convenções) de Direitos Humanos³³ de caráter obrigatório (*Hard Law*) para os Estados, sendo passíveis punições em caso de não cumprimento desses Pactos e Convenções.

A fim de cumprir sua função maior, a ONU é organizada tanto em estrutura internacional como regional, autônomas em relação uma a outra³⁴. Quanto à estrutura global, a ONU é composta por 185 países ou Estados Membros. O sistema global tem como objetivo estabelecer normas, parâmetros e formas de controle da observância dos Direitos Humanos no âmbito dos Estados e é composto de pactos e convenções internacionais de alcance específico, como a Convenção 169 que trata de povos indígenas e que será analisada neste trabalho. Tais pactos e convenções não são de obrigatória ratificação por todos Estados membros (ONU, 2011). Já o

31 Anexo o organograma de atuação da ONU, 2010.

32 A ideia da Declaração Universal dos Direitos Humanos surge de maneira mais evidente após o final da Segunda Guerra Mundial, a fim de que o mundo não reveja as atrocidades cometidas na guerra. A sua proclamação, no ano de 1948, além de ter grande relevância no sistema internacional, trouxe consigo uma série de sistemas de normas e procedimentos dentro do direito, a fim de que a Declaração pudesse ser respeitada e cumprida com efetividade. Será a primeira vez na história que o mundo dará uma resposta jurídica a questões dos Direitos Humanos. (Lafer, 2008)

33 É o caso do Pacto de Direitos Civis e Políticos e o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assim como das próprias normas e regras de Direitos Humanos que os Estados passaram a abranger em suas constituições.

34 Tal autonomia, que faz com que as normas de uma não sejam necessariamente aceitas na outra e vice-versa, ocorre porque cada uma das organizações exerce funções de naturezas distintas. Contudo, e no caso de uma norma ou ação sobrepor-se a outra, tem se adotado o princípio da cumulatividade, vigorando as duas normas sem se excluir.

sistema regional é composto por organismos internacionais de alcance regional, como no caso do continente americano, onde a Organização dos Estados Americanos (OEA) é formada pela Comissão e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, sistemas que Brasil e Bolívia estão vinculados. (OEA, 2011)

Contudo, apesar dos grandes avanços que essas normas e estruturas representam, sabe-se que os Direitos Humanos não são integralmente implementados nos países que assinaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

2.2 Estrutura Internacional de Proteção aos Direitos Humanos

O primeiro e principal órgão de proteção aos Direitos Humanos no âmbito global é a Comissão de Direitos Humanos (CDH). Subordinada ao Conselho Econômico e Social (ECOSOC), a Comissão foi fundada em 1946, antes da promulgação da Declaração, e sua previsão de existência está na alínea “c” do Artigo 55 da Carta de Fundação das Nações Unidas. O CDH é composto por 53 países, sendo onze da América Latina e Caribe, quinze da África, doze da Ásia, cinco da Europa Oriental e Central e dez da Europa Ocidental. Seus membros têm um mandato com duração de três anos e podem ser renovados a partir da escolhas feitas na ECOSOC. Sua sede fica em Genebra, Suíça, e suas reuniões ocorrem uma vez por ano no mês de fevereiro ou março, podendo se reunir em caráter de urgência ou de necessidade. (Seitenfus, 1997)

A CDH foi fundada com o compromisso assumido pelos países membros de promover a universalização dos Direitos Humanos. Seu primeiro trabalho foi a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, por ter um caráter político, não tem competência jurídica. A CDH é composta ainda por órgãos técnicos que auxiliam nas decisões. Entre eles está a Subcomissão de Prevenção da Discriminação e Proteção das Minorias, cujos membros são indicados pelos países da Comissão. A função dessa Subcomissão é realizar estudos e fazer recomendações relativas à discriminação para a CDH. A Comissão não recebe demandas individuais, exceto em casos indicados pelos relatórios das Subcomissões. (Seitenfus, 1997)

O documento mais importante em matéria de Direitos Humanos é sem dúvida

a Declaração Universal dos Direitos Humanos³⁵, de 1948. Tal documento foi idealizado pela comunidade internacional junto à carta de criação das Nações Unidas, sendo a CDH a responsável por sua confecção. Este trabalho se encerrou no dia 10 de dezembro de 1948, com a promulgação da Declaração na Assembleia Geral da ONU em Paris.

Desde sua proclamação, a Declaração Universal causou várias divergências³⁶, fruto das disputas entre os países do bloco socialista, liderados pela União Soviética, e os países capitalistas, liderados pelos Estados Unidos³⁷. Por causa de tal confronto, a Declaração foi proclamada com caráter não-obrigatório.

Os direitos expressos da Declaração são divididos em duas categorias que correspondem às gerações de direitos: Caráter Civil e Político (artº 3 a 21), que trata das liberdades fundamentais (religiosa, pensamento, associação política, formação de governo, sufrágio universal etc.); Caráter Econômico, Social e Cultural (artº 22 a 28), que trata dos direitos ao trabalho, à segurança, ao lazer, à saúde, entre outros. Sobre os avanços da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Stavenhagen expõe:

“Os povos indígenas do mundo – cujos direitos humanos continuam sendo prejudicados persistentemente – encontram na Declaração Universal um instrumento de defesa e de luta, que podem usar ao fazer patentes suas demandas e reivindicações frente aos estados que têm sido cúmplices por ação ou omissão das violações aos seus direitos humanos” (Stavenhagen, 2008:16)

Como complemento da Declaração Universal, temos os Pactos Internacionais de Direitos Humanos, cuja elaboração também é de responsabilidade da CDH. Devido a seu caráter obrigatório e ao fato de sua implementação exigir mudanças

35 Texto completo em: www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php Acesso 28/05/2011

36 Tais divergências ocorreram principalmente devido aos princípios de liberdade e propriedade introduzidos na Declaração.

37 Nessa perspectiva de implementação e execução de normas internacionais de Direitos Humanos, certamente um momento importante de consolidação ocorre com a Conferência de Viena em junho de 1993, que contou com a presença de 171 Estados e mais de 800 Organizações Não-Governamentais. Esta Convenção foi fundamental para o reconhecimento da universalidade dos direitos humanos, da importância das liberdades fundamentais e da democracia, contribuindo assim para a pacificação e a criação de relações mais amistosas entre países. Tal convenção e consenso foram obtidos dois anos após o fim formal da URSS. (Lafer, 2008)

normativas e estruturais nos países signatários, o processo de construção e implementação desses pactos tem uma duração média de 20 (vinte) e 10 (dez) anos, respectivamente. Neste aspecto, o pacto de maior relevância para este trabalho é o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais³⁸, que exige que os Estados signatários passem a assegurar à sua população o direito à remuneração justa, trabalho digno, educação, saúde e liberdade (direito à vida e expressão). O principal artigo referente aos povos indígenas no PIDESC, além do artigo^o 1 que estabelece os direitos de todos os povos, é o artigo 27, referente à proteção aos seus direitos civis:

“Art. 27: Nos estados em que haja minorias étnicas, religiosas ou linguísticas, as pessoas pertencentes a essas minorias não poderão ser privadas do direito de ter, conjuntamente com outros membros de seu grupo, sua própria vida cultural, de professar e praticar sua própria religião e usar sua própria língua.” (PIDESC, 1966)

O PIDESC entrou em vigor somente em 23 de março 1976, dez anos após a elaboração de seu texto ter sido findada. O pacto foi ratificado por 35 países, número mínimo para que passasse a vigorar, mas ao longo do tempo foi ganhando mais países. Uma característica importante deste Pacto é que obriga os países membros a fazerem relatórios periódicos ao ECOSOC, informando sobre a garantia dos direitos expressos no Pacto em seus países, e possibilita, caso necessário, a supervisão internacional dos cumprimentos de tais direitos, atividade que é exercida pelo Comitê de Direitos Humanos. Seguindo ainda as normativas, temos as inúmeras Convenções e outras normatividades globais da ONU.

2.2.1 Estrutura Global de Proteção aos Direitos Humanos dos Povos Indígenas

Quanto às convenções que visam à preservação dos Direitos Humanos, e em especial no caso dos Povos Indígenas, tem-se a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial³⁹, cuja vigência ocorre a partir de

38 Ver texto completo em: portal.mj.gov.br/.../pacto_dir_economicos.htm. Acesso em 28/05/2011

39 Ver texto completo em: www.onu-brasil.org.br/doc_cs.php Acesso em 28/05/2011

1969⁴⁰. Tal Convenção, cuja construção se deu a partir de 1965, tem como ponto de partida o entendimento por parte dos membros das Nações Unidas da necessidade de proteção dos povos minoritários frente ao etnocídio causado por movimentos nazistas e fascistas na Europa e de consolidação da independência dos países africanos, cujos processos se deram por uma série de guerras civis. A partir dessa Convenção, os Estados signatários se comprometeram a condenar a segregação racial em seus territórios, assim como a propiciar condições e criar políticas para promover o fim da discriminação racial. Ficou também criado o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial (CERD), cuja função é realizar o monitoramento e efetivação das regras estabelecidas na Convenção.

Pela primeira vez em um documento de valor internacional, expõe-se o conceito de discriminação racial, logo no artigo 1º⁴¹, e a afirmação da necessidade e possibilidade de aplicação da “discriminação positiva”, exposta no inciso 4º do 1º artigo⁴².

Ainda no Sistema Internacional e no âmbito da Organização Internacional do Trabalho vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), três foram os instrumentos internacionais de proteção dos Direitos Indígenas: (1) a Convenção 107 da OIT sobre Populações Indígenas e outras populações tribais e semitribais em países independentes, de 1957; (2) a Convenção 169 da OIT sobre Populações Indígenas e Tribais, de 1989; (3) a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas de 2007 da ONU⁴³.

40 A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial no seu artigo 5º (e – iv) compromete os Estados a garantir o direito à igualdade no usufruto do direito à saúde pública e ao tratamento médico.

41 “Artigo 1º: Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação racial” significará toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública.” (CETFD, 1965)

42 “Inciso 4º: Não serão consideradas discriminação racial as medidas especiais tomadas com o único objetivo de assegurar o progresso adequado de certos grupos raciais ou étnicos ou de indivíduos que necessitem da proteção que possa ser necessária para proporcionar a tais grupos ou indivíduos igual gozo ou exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais, contanto que tais medidas não conduzam, em consequência, à manutenção de direitos separados para diferentes grupos raciais e não prossigam após terem sido alcançados os seus objetivos.” (CETFD, 1965)

43 Além dessas três, há ainda a Convenção sobre o Instituto Indigenista Interamericano de 1940. Contudo, para fins desses estudos, serão usados somente os documentos supracitados, visto terem sido sancionadas após a Declaração Universal de Direitos Humanos.

Como destacado, as duas primeiras Convenções são tratados internacionais vinculantes para os Estados que a ratificaram, ou seja, implicam obrigatoriedade. Já a Declaração não tem caráter obrigatório, mas é vista como uma fórmula para que os Estados membros da ONU zelem pela eficácia de suas disposições.

Outra importante diferença entre as Convenções e a Declaração é que foram elaborados em períodos diferentes que determinaram suas características. A Convenção 107 tinha um caráter mais integracionista e desenvolvimentista, tendo os indígenas como minorias passíveis de serem tuteladas pelo Estado e integrados ao mercado e à sociedade, e a Convenção 169 rompe com o integracionismo e estabelece bases para um modelo pluralista em que o controle do desenvolvimento e das instituições são passados para responsabilidade do indígena. Já a Declaração reconhece a igual dignidade dos povos étnicos com os demais povos e restabelece o direito do indígena definir suas instituições e seu desenvolvimento, assim como direito de participar da tomada de decisões relacionadas a eles. Contudo, nenhum dos documentos tem sua determinação amplamente assegurada pelos Estados.

A Convenção 10744 da OIT “Proteção e Integração das Populações Indígenas e outras Populações Tribais e Semitribais de Países Independentes” surge a partir do Programa Indigenista Andino (Missão Andina). Programa que a OIT, juntamente com outras agências das Nações Unidas, dirigiu nos anos 50 e que mostrou a exploração que os povos indígenas sofriam no trabalho e os problemas causados a partir da desapropriação de suas terras para fins de uso econômico. A OIT considera que o reconhecimento dos direitos sociais sob a responsabilidade do Estado poderia acabar com as desigualdades no mercado do trabalho entre indígenas e não indígenas. (Fajardo, 2009)

Assinada em 1957, a Convenção estabelecia, ao longo de seus 37 artigos, os direitos sociais dos povos indígenas, como o direito à previdência social, à educação e à saúde, a fim de que essas populações pudessem estabelecer o progresso social, econômico e cultural, modificando a situação de pobreza em que se encontravam.

Durante o período da Guerra Fria e em uma época em que se deu o crescimento da luta dos movimentos indígenas e camponeses pelo direito a terras, estava em vigor a Convenção 107. Nessa época, muitos países, apoiados na

Convenção, realizaram reformas agrárias e reconheceram esse direito aos indígenas na condição de camponês, reconheceram também seu direito de sindicalização e de criação de cooperativas de trabalhos, além do reconhecimento parcial de seus idiomas e costumes. Para isso, não foi necessário sequer ter ratificado a Convenção, já que se pretendia promover o desenvolvimento e a modernização dos países pela entrada do indígena nos mercados internacionais. (Fajardo, 2009)

Na América Latina, entre 1958 e 1971, quatorze países ratificaram a Convenção 107, três a menos que a Convenção sobre o Instituto Indigenista Interamericano. Apesar de não estar mais em possibilidade de ratificação, esta Convenção ainda é vigente em cinco países que não quiseram ratificar o convênio que segue a Convenção 169, substituta da Convenção 107. Esses países são Cuba, El Salvador, Haiti, Panamá e República Dominicana. (Fajardo, 2009)

Muito embora a Convenção 107 represente um grande avanço para os Direitos Humanos dos Povos Indígenas, ficou evidente a necessidade de um novo acordo capaz de reconhecer a essência de suas demandas, já que a Convenção não foi suficiente para alcançar os objetivos de satisfazer à cidadania social, política, econômica e cultural, sendo necessária a sua reformulação.

Em nova assembleia geral da ONU, em sete de julho de 1989, a OIT fez aprovar a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes⁴⁵. Essa Convenção pode ser considerada um grande marco nos direitos das populações indígenas e tribais, sendo um dos documentos mais avançados e de referência quanto aos direitos dessas populações. A Convenção 169, entre outros avanços, apresenta princípios fundamentais, como o respeito à diversidade econômica, social e cultural das populações indígenas e tradicionais e o direito ao auto-reconhecimento⁴⁶, além de ratificar os direitos sociais já expostos na Convenção anterior.

A Convenção 169 é uma espécie de reformulação de sua antecessora. Sua redação se deu através do Grupo de Trabalho sobre Populações Indígenas, criado em 1992, que estava alocado na Subcomissão contra a Discriminação da ONU.

45 Ver texto completo em: www.mte.gov.br/rel_internacionais/conv_169.pdf . Acesso em 25/05/2011

46 Critério estabelecido pela Convenção 169 da OIT, no qual o auto-reconhecimento como indígena é parte essencial da identificação institucional do indivíduo ou do povo.

Uma novidade dessa Convenção, que demorou mais de um ano para ficar pronta, é que, pela primeira vez, contou com a participação de povos indígenas em sua construção. (Fajardo, 2009)

Sua adoção coincidiu com o ano do V centenário da invasão europeia nas Américas, episódio amplamente discutido pelos povos indígenas. Também ocorreu no contexto de uma série de reformas constitucionais que estavam sendo adotadas pelos países latinoamericanos que, pela primeira vez, reconheceram o caráter multiétnico de seus Estados.

A Convenção 169 também demonstrou os efeitos que as políticas assimilacionistas e integracionista estavam causando nas condições sociais e culturais dos povos indígenas, impedindo o desenvolvimento de sua autonomia e capacidade de decisão sobre sua própria vida. A Convenção 169, logo em seu preâmbulo, reconhece a aspiração e o direito dos povos indígenas de tomar parte das decisões que definiam seu destino e de serem responsáveis pelos rumos de suas comunidades no momento de se desenvolverem, tendo liberdade de criação e manutenção de suas próprias instituições, modos de vida, formas de saúde, educação e desenvolvimento econômico, assim como o direito à terra e a seus recursos naturais, direito consuetudinário, direito de seguridade social etc. Estabeleceu-se a necessidade da utilização, por parte do Estado, da consulta prévia e informada e da participação dos indígenas nas políticas públicas. não podendo impor sobre as comunidades de qualquer tipo de coerção, seja física ou moral, para adotar um modelo de desenvolvimento que não seja o de seus interesses.

Uma novidade importante relativa à Convenção 169 é que ela reconhece no mesmo Estado a existência de diferentes povos e formas de relação entre esses povos ou com Estado, e que tal relacionamento deve estar baseado no diálogo e respeito, e não mais na imposição, possibilitando assim a construção de Estados Pluriculturais.

Outro aspecto importante dessa Convenção é que ela institui como critério de identificação indígena sua própria consciência de identidade (artigo 1º inciso II) A Convenção 169, apesar de reconhecer a universalidade dos Direitos Humanos, assume a necessidade do reconhecimento da diversidade cultural como critério de efetivação do direito, assume o princípio da diferença.

Tal convenção foi adotada por quatorze países da América Latina, processo que começou em 1993, sendo o Chile o último país a assiná-la em 2008. Esse texto se encontra em discussão na Assembleia Legislativa do Panamá. Contudo, sua real aplicação está longe de ser efetivada pelos Estados, visto que em grande parte deles as políticas públicas desenhadas para os indígenas são assimilacionistas e não é exercida a consulta aos indígenas e a informação prévia. Sabe-se também que os povos indígenas continuam passando por práticas coercitivas ao reivindicarem seus direitos. (Fajardo, 2009)

Apesar de realizar ações de controle e de assistir tecnicamente a investigação e capacitação dos países membros, a OIT pouco pode fazer em relação ao descumprimento das Convenções. As ações de controle dos direitos expostos na Convenção têm sido limitadas ao envio de Relatório por parte dos países a cada cinco anos. Apesar de ser um ente com competência para receber comunicações e reclamações sobre o não cumprimento dos Convênios, o que exclui os povos indígenas por carecerem de legitimidade processual direta e representação institucional, suas respostas têm sido limitadas à elaboração de listas do que os Estados devem fazer para adequar sua situação e à publicação de relatório à opinião pública das situações encontradas.⁴⁷

Já a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas⁴⁸, proclamada em 2007, tem como impulso inicial o trabalho do Relator especial para Assuntos Indígenas do Comitê de Direitos Humanos da ONU, José Martínez Cobo. Em 1982, o trabalho desse relator apontou os problemas de discriminação sofrida pelos indígenas e levou o ECOSOC a determinar a construção do Grupo de Trabalho sobre Populações Indígenas na Subcomissão para Prevenção da Discriminação e a Proteção de Minorias, com início em 1985. (Fajardo, 2009)

Dessa forma, a Organização das Nações Unidas, reunida em plenária geral, aprovou a Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas, documento que se mostrou muito importante para a reivindicação dos indígenas. O documento teve

47 A OIT é um organismo com formação tripartite, tendo representantes dos Estados, organização de trabalhadores e empregadores. Esses TRE grupos podem apresentar comunicações ou reclamações, apesar de ser a única Organização Internacional que tem um tratado sobre os povos indígenas.

48 Veja o texto completo em: www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf Acesso em 25/05/2011

importante participação da População Indígena na sua elaboração, o que permitiu também agregar os direitos de autonomia, participação política, uso dos recursos naturais, consentimento prévio, livre e informado, uso das normas não escritas que regem internamente a vida na comunidade, entre outros.

A Declaração veio contribuir para a necessidade do reconhecimento cultural e étnico como parte da universalidade dos Direitos Humanos, além da necessidade da emergência dos povos indígenas como sujeitos coletivos de direitos internacionais. Ela estabelece, em seu preâmbulo, a igualdade e a liberdade dos indígenas frente aos Direitos Humanos, assim como seu direito de ser distinto, de sua autodeterminação, de sua autoidentificação e capacidade de manter suas instituições sociopolíticas próprias e o direito à propriedade de terras e de seus recursos determinantes para a vida.

A Declaração elevou os direitos dos povos indígenas a um patamar nunca alcançado no direito internacional, aprofundando e ampliando os direitos já alcançados com a Convenção 169, revisando os avanços da jurisprudência internacional (principalmente da Corte Interamericana) e incorporando as reivindicações dos povos indígenas. Para alguns especialistas, a Declaração é um ponto de partida na busca pelos direitos indígenas, visto que sua efetividade depende dos compromissos assumidos pelos Estados com a comunidade internacional, e, ao mesmo tempo, é um ponto de chegada dos direitos indígenas a cada país. (Fajardo, 2009)

A Declaração parte do princípio da igualdade e dignidade dos povos, o que permite garantir-lhes o direito de existir física e culturalmente, prescrevendo dessa forma o crime de genocídio e de assimilação forçada. (Fajardo, 2009) Cabe destacar um fato importante ocorrido em 1984, quando a ONU adotou um instrumento de valor jurídico internacional, a Convenção para a Prevenção e a Pena do Delito de Genocídio, gerada pelos horrores do holocausto da Alemanha nazista. O genocídio se define como qualquer ato perpetrado com a intenção de destruir total ou parcialmente um grupo nacional, étnico, racial ou religioso, e é considerado um delito internacional.

Algumas organizações indígenas têm invocado a Convenção e se apresentado como vítimas de atos de genocídio, invocação que a ONU através da

Comissão de Direitos Humanos dado tem parecer positivo. Muito mais frequentes têm sido as reclamações de numerosos povos indígenas vítimas de “genocídio cultural”, o etnocídio, esses povos tem se amparado na possibilidade de a Convenção tomar medidas contra os países que tenham destruído parcial ou totalmente os grupos étnicos. A destruição cultural de um povo – embora não seja eliminação física – constituiria uma instância de genocídio de acordo com esta interpretação.

Assim como a Convenção 169, a Declaração também confere aos povos indígenas a liberdade de estabelecer suas instituições políticas, de desenvolver sua economia, educação, religião, e saúde respeitando seus métodos e sua diversidade cultural. Também mantém a consulta prévia e informada e a obrigatoriedade de participação dos indígenas.⁴⁹

A Declaração foi apresentada pelo grupo de trabalho ao Conselho de Direitos Humanos em junho de 2006, sendo aprovada com restrições e levada para a Assembleia Geral da ONU em 13 de dezembro de 2007, com voto favorável de 143 países, além de quatro votos contra e onze abstenções. (Fajardo, 2009)

A Bolívia e o Brasil ratificaram tanto a Convenção 107 (Bolívia 12/01/1965 e Brasil 18/06/1965) como a Convenção 169 (Bolívia 11/12/1991 e Brasil 25/07/2002)⁵⁰ e votaram favoráveis à Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas, sendo que esta última está presente na Constituição da Bolívia em 2009. (Fajardo, 2009) As Convenções e as Declarações ainda estão disponíveis para ratificação, sendo amplamente aceitas pelos países latino-americanos como demonstrado na tabela de Raquel Fajardo (2009):

Tabela 1. Instrumentos Internacionais Vigentes sobre Indígenas na América Latina

Instrumento	Natureza	Política na qual se insere	Número de Países que adotaram	Estado ou ação pendente
Convenção 107	Tratado Vinculante	- Integracionismo -Direitos	14 ratificações	Já não esta aberta a ratificação

49 A convenção 169 e a Declaração dos Povos Indígenas, apesar de reconhecerem o direito de autodeterminação dos povos e o direito a autonomia territorial, não autorizam a ruptura com a integralidade territorial ou política do Estado, que continua a ser independente e soberano.

50 Com a ratificação da Convenção 169, a Convenção 107 perde automaticamente sua vigência.

		Indígenas -Estado Tutelar		-Vigente ainda em 5 países
Convenção 169	Tratado Vinculante	-Fim do Integracionismo -Promove o controle por parte dos Povos Indígenas de suas instituições -Promove a participação dos Povos Indígenas nas políticas de Estado que os dizem respeito -Base de um modelo de Estado Pluralista	14 ratificações	Aberto a ratificações -Requer aplicação
Declaração dos Povos Indígenas (ONU)	Declaração	-Fim do Genocídio e Assimilação -Reconhece igual dignidade dos povos e livre determinação -Aprofunda direitos	- Todos países Latino-Americanos exceto a Colômbia (que se absteve). Votaram favoravelmente	-Não requer ratificação,mas compromisso dos Estados para fazê-lo efetivo

Fonte: Fajardo, 2009: 16 (com modificações nossas)

2.2.2 Estrutura Americana de Proteção aos Direitos Humanos

No âmbito americano, observa-se também a existência de um Sistema Internacional de Direitos Humanos desde 1959, como instância organizada a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Esta composta por dois órgãos:

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) tem sede em Washington, Estados Unidos, e é um ente autônomo da OEA, composta por sete membros que não representam nenhum Estado membro em especial. Tal característica lhe confere independência em virtude dos méritos reconhecidos em matéria de Direitos Humanos, seus membros são eleitos pela Assembleia Geral da OEA e têm um mandato de quatro anos, podendo ser renovados uma única vez por mais quatro anos. (OEA, 2011)

Diferente da origem em 1960, hoje a CIDH exerce não somente o papel de

promoção dos Direitos Humanos como também de proteção desses direitos, estando entre suas funções: observar e gerar relatório sobre a situação dos Direitos Humanos nos Estados membros; apurar denúncias de abusos e violações dos Direitos Humanos; receber e analisar petições individuais de violações dos Direitos Humanos; promover a conscientização sobre os Direitos Humanos na América a partir de publicações e eventos; recomendar aos Estados membros a adoção de medidas preventivas e provisórias para a proteção dos Direitos Humanos. (OEA,2011)

O segundo órgão ligado ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos é a Corte Interamericana de Direitos Humanos, órgão subsidiário a CIDH com sede na cidade de San José, Costa Rica. Fundado em 1978, quando passou a entrar em vigor a Convenção Americana de Direitos Humanos, também é conhecido como “Pacto de San José”. A Corte é o órgão judicial do sistema e é composta por sete juízes que, assim como os membros da CIDH, não são representantes dos Estados membros. (OEA, 2011)

A Corte Interamericana de Direitos Humanos possui competência consultiva e também contenciosa, ou seja, os Estados podem realizar consultas à corte quanto ao entendimento sobre a aplicação dos Pactos, Convenções, tratados e normas da OEA, e sobre a relação dessas normas com as normas internas dos seus países relativas à proteção dos Direitos Humanos. A Corte Interamericana também tem competência judicial para realizar julgamentos apresentados pela CIDH. Neste caso, só podem ser julgados os países que reconhecem a Corte como um instrumento legítimo, caso do Brasil e da Bolívia. (OEA, 2011)

Quanto às normas Americanas de Direitos Humanos, a mais importante é a Convenção Americana de Direitos Humanos⁵¹. Tal Convenção foi adotada em 22 de novembro de 1969, mas só começou a vigorar em 1978. Tinha como principal objetivo consolidar as normas de Direitos Humanos na América a partir do reforço dos direitos de liberdade e justiça social. Buscava seguir a tendência de integração normativa nos sistemas regionais da Declaração Universal dos Direitos Humanos. (OEA, 2011)

51 Ver texto completo em: www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/.../sanjose.htm. Acesso em 28/05/2011

O grande destaque que se faz ao Pacto de San José, é o fato dele expressar entre seus 82 artigos não somente deveres políticos e civis, mas propor a consolidação dos dois órgãos supracitados. Além disso, a Convenção não apresenta qualquer forma de direitos social ou cultural, somente em seu artigo 26º estabelece que os Estados devem tomar medidas a fim de realizá-los⁵². Essa característica foi posteriormente amenizada com a assinatura do *Protocolo de San Salvador* pelos países membros a OEA, ou seu nome oficial “Convenção Americana em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais” ⁵³, que ainda não entrou em vigor.

Outras convenções importantes no âmbito da OEA são a Convenção Interamericana de Prevenção e Punição à Tortura de 1985 e a Convenção Interamericana para Prever, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1994, conhecida também como Convenção de Belém do Pará. Existe ainda a Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas⁵⁴, que está sendo construída pela OEA e que é mais ousada que a Declaração Universal dos Direitos Indígenas da ONU, que ainda está para ser aprovada. (OEA, 2011)

2.3 Saúde Indígena nas Convenções Internacionais sobre Povos Indígenas

O respeito aos Direitos Humanos das populações indígenas é especialmente importante e necessário quando se trata do direito à saúde. Não somente porque a saúde física e mental é fator primordial para que a população possa buscar e vivenciar os demais direitos, mas também porque, segundo as estatísticas dos órgãos oficiais⁵⁵, tanto no Brasil quanto na Bolívia, as populações indígenas e tradicionais possuem os piores índices de saúde. Os índices de mortalidade infantil e

52 “Artigo 26 – Desenvolvimento progressivo: os Estados-partes comprometem-se a adotar as providências, tanto no âmbito interno, como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados” (CAMDESC, 1988)

53 Ver texto completo em: www.pge.sp.gov.br/.../direitos/tratado7.htm. Acesso: 28/11/2011

54 Esta Declaração pode ser vista no site da Comissão Interamericana de Direitos Humanos: <http://www.cidh.oas.org/Proyecto%20de%20Declaracao.htm>

55 Vide os relatórios sobre saúde indígena do Brasil no site da Fundação Nacional de Saúde disponível em: www.funasa.gov.br, e sobre a Bolívia no Instituto Nacional de Estatística: disponível em www.ine.gov.bo. Sites consultados em 18/09/2008

de desnutrição nestes setores da população são maiores que nas populações das demais etnias⁵⁶. Esse fato que se deve em grande medida à falta de atenção dos Estados à saúde e à falta de políticas públicas que respeitem a especificidade dessas populações e os acordos internacionais.

A importância dessa temática é tamanha que já era problematizada na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵⁷. Apesar de seu caráter mais geral e individualista, a Declaração dava indicativos de que os direitos sociais, inclusive o direito à saúde, deveriam ser estendidos para as populações etnicamente diferentes que vivem dentro do território do Estado-Nação.⁵⁸

A preocupação com a saúde indígena mereceu título específico nas Convenções da OIT. Em seu artigo 20, a Convenção 107 estabelecia a responsabilidade dos governos em oferecer sistemas de saúde adequados às populações indígenas e tribais, a serem implantados através dos estudos das condições sociais, econômicas e culturais. Essa medida deveria ser acompanhada por outras políticas públicas, ou seja, a saúde deveria ser oferecida de maneira integral, não considerando apenas aspectos físicos da doença, mas condições socioeconômicas desses povos. Tal princípio também está em consonância com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Apesar das críticas contra o assimilacionismo da Convenção 107, é fato que ela trouxe avanços importantes para os Direitos Humanos, já que buscava consolidar um projeto de integração dos indígenas à sociedade nacional e à modernidade. Entretanto, o desrespeito aos direitos culturais evidenciou a

56 Segundo o Ministério da Saúde e Esporte boliviano (2006), 1/3 das crianças indígenas de até cinco anos de idade possui desnutrição crônica, que equivale ao dobro da população da mesma idade que vive nas cidades. No Brasil, segundo a FUNASA (2006), o índice de mortalidade infantil da população indígena é de 46,7 para cada mil nascidos vivos, mais que o dobro da média nacional que é de 21,7 para cada mil nascidos vivos.

57 Observa-se no Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “A presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforcem, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e as suas observâncias universais e efetivas, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição”. (DUDH, 1948)

58 O artigo 25º inciso primeiro da Declaração Universal dos Direitos Humanos normatiza que “1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”. (DUDH, 1948)

necessidade de uma nova Convenção, capaz de reconhecer a essência das demandas indígenas, inclusive a demanda de saúde, e, por isso, a Convenção 107 foi substituída pela 169.

Em seu artigo 25, a Convenção 169, de 1989, soma à Convenção anterior a responsabilidade dos governos não somente propiciarem os meios para garantir acesso ao serviço de saúde, mas também oferecerem condições para que essas populações possam geri-lo em todas as etapas das políticas públicas⁵⁹ desse sistema de saúde. Estabelece também que os serviços de saúde devem ser desenhados preferencialmente ao nível comunitário, sem perder a vinculação com os demais níveis de serviço de saúde.

Ainda no artigo 25, a Convenção 169 garante um tratamento de Saúde Intercultural, através da promoção da saúde baseada não somente no modelo tradicional ocidental, mas também com características tradicionais indígenas, como o uso de ervas, a presença dos curandeiros ou xamãs e outras alternativas originárias de cada etnia.

Para que os direitos indígenas sejam atendidos em plenitude, a Convenção 169 propõe que os planos para desenvolvimento das populações indígenas tenham como prioridade o etno-desenvolvimento. Stavenhagem define o etno-desenvolvimento como o processo de desenvolvimento que *“a etnia, autóctone, tribal ou outra, detém o controle sobre suas próprias terras, seus recursos, sua organização social e sua cultura e é livre para negociar com o Estado o estabelecimento de relações segundo seus interesses”*.(Stavenhagem, 1984:18) Ainda para o autor os objetivos do etno-desenvolvimento são:

“(...)a satisfação de necessidades básicas do maior número de pessoas em vez de priorizar o crescimento econômico; embutir-se de visão endógena, ou seja, dar resposta prioritária à resolução dos problemas e necessidades locais; valorizar e utilizar o conhecimento e tradições locais na busca de soluções dos problemas; preocupar-se em manter relação equilibrada com o meio ambiente; visar à autossustentação e a independência de recursos técnicos e de pessoal, e proceder a uma ação integral de base, com atividades mais participativas” (Stavenhagem, 1984:18-19)

⁵⁹ Consideramos como etapas de Políticas Públicas, as descritas por Enrique Saraiva e Elisabete Ferrarezi (2006): Os processo de elaboração, implementação, execução, avaliação.

A Convenção 169 também serviu de inspiração para a “Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas”, aprovada em 2007 pela Assembleia Geral da ONU. No que tange à questão da saúde, em seu artigo 20º, a Declaração afirma o direito dos indígenas de planejar e implementar os programas de saúde mediante suas próprias instituições, assim como garante o direito coletivo à autonomia das comunidades nas decisões sobre os direitos de saúde, o uso e respeito dos conhecimentos tradicionais, a valorização de sua ciência, tecnologia e cultura, bem como a participação ativa dos próprios indígenas nas políticas públicas de saúde com suporte material do Estado, presentes no artigo 21º, 23º e 24º que seguem:

“Artigo 20: O direito de determinar, planejar e implementar todos os programas de saúde, moradia e outros programas sociais e econômicos que os afetem e, na medida do possível, desenvolver, planejar e implementar tais programas através de suas próprias instituições.

Artigo 21(1): Os povos indígenas têm direito, sem qualquer discriminação, à melhora de suas condições econômicas e sociais, especialmente nas áreas da educação, emprego, capacitação e reconversão profissionais, habitação, saneamento, saúde e seguridade social.

Artigo 23: Os povos indígenas têm o direito de determinar e elaborar prioridades e estratégias para o exercício do seu direito ao desenvolvimento. Em especial, os povos indígenas têm o direito de participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde, habitação e demais programas econômicos e sociais que lhes afetem e, na medida do possível, de administrar esses programas por meio de suas próprias instituições.

Artigo 24(1): Os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico. As pessoas indígenas têm também direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde.

Artigo 24 (2): Os indígenas têm o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que

forem necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito.” (DIDPI,2007)

A Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas é o documento de princípios mais ousado a respeito desses direitos, sendo considerada a síntese dos debates, conceitos e princípios sobre os assuntos indígenas, e que reúne o âmago das demandas das comunidades.

Durante a elaboração deste trabalho não foram encontrados, nem na estrutura da ONU, nem na Organização Mundial de Saúde (OMS) ou na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), departamentos que cuidem especificamente da questão de saúde indígena e legislação referente ao assunto. Foram encontrados apenas relatórios e documentos que fazem referência à saúde indígena, além de programas sociais na área de saúde intercultural.

2.4 Mecanismos Internacionais de Proteção Permanente dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas

Antes de se discutir essa temática, é necessário analisar brevemente o conceito de soberania nacional. Isto porque o modelo hobbesiano⁶⁰ de soberania, que por muito tempo foi adotado pelos Estados, a partir da criação da ONU e da filiação dos países às organizações regionais, foi, se não superado, ao menos relativizado.

A introdução dos Direitos Humanos no plano do direito internacional e sua ratificação pelos Estados exigiram que estes aceitassem também os mecanismos de supervisão, mesmo sobre o risco de intervenção na política interna ou de perda relativada de sua soberania. Desta forma, a fim de verificar se os Estados membros estão realmente realizando sua parte na concretização dos Direitos Humanos, a ONU e a OEA, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, criaram diversos instrumentos de verificação desta efetivação. São órgãos de competência investigatória, consultiva e até mesmo judicial, além de relatórios, comunicações etc.

Contudo, a capacidade processual ainda enfrenta grandes desafios quanto à

60 Isto é, o poder do Estado deveria prevalecer sobre qualquer outro poder.

necessidade de se compatibilizar os dispositivos dos tratados internacionais e os dispositivos constitucionais de cada país. Na grande maioria das vezes, isso tem sido feito através das “cláusulas de compatibilização”, que permitem que as normas atuem como uma espécie de lei subsidiária capaz de incidir nas esferas nacionais competentes para assumirem a função de conhecer e atuar sobre a violação dos Direitos Humanos. Como nos mostra James Anaya,⁶¹ as formas de intervenção são pautadas no princípio da não intervenção dos assuntos internos dos países :

“La relación entre los procedimientos internacionales y los procedimientos internos se regula por el principio de no injerencia en asuntos que pertenecen esencialmente a la jurisdicción interna de los estados, un corolario de la doctrina de soberanía estatal recogido en el artículo 2 de la Carta de las Naciones Unidas. El principio sugiere de una política que tiende a favorecer la toma de decisiones al nivel mas locales posible, incluidas las decisiones relativas a la aplicación de los estandares internacionales de derechos humanos, y que refleja las realidades de un sistema internacional que es todavia, en gran medida, estatocéntrico” (Anaya, 2005:283)

Princípio que, apesar de limitar as ações dos organismos internacionais, segundo James Anaya (2005), não representa um obstáculo para o interesse internacional em matéria de proteção dos Direitos Humanos visto que:

“Existe um série de procedimientos internacionales con capacidad para examinar el comportamiento de los estados en materia de derechos humanos, cuya capacidad de injerencia en el ambito interno deriva solo en parte del consentimiento, los estados. Con independencia de este consentimiento, los estados que violen los derechos humanos pueden verse sujetos a distintos niveles de control internacional.” (Anaya, 2005:284)

Estes procedimentos de supervisão consistem em exames periódicos de informações relevantes por parte dos organismos internacionais, que podem ser ordinários ou contenciosos, podem ser “convencionais” (*treaty based*), quando previstos em tratados ou convenções, e “extra convencionais” (*non-treaty based*), quando não previstos. Nestes casos, são criados em situações de violação de

61 James Anaya é o atual Relator sobre Direitos Humanos e Povos Indígenas da ONU.

Direitos Humanos de grande repercussão na comunidade internacional.

Um primeiro instrumento de supervisão dos Direitos Humanos no âmbito das Nações Unidas é o “Grupo de Trabalho sobre as Populações Indígenas”, este grupo assessora a Subcomissão para Promoção e Proteção dos Direitos Humanos e a Comissão de Direitos Humanos. Segundo James Anaya (2008), o grupo de trabalho:

“Puede considerarse el mecanismo de control informal desarrollado en la patria(...) constituye un procedimiento no derivado de tratado de cierto interés y utilidad para los pueblos indígenas” (Anaya, 2005:292)

O Grupo de Trabalho é formado por cinco membros especialistas em Direitos Humanos, que recebem informações orais ou escritas de governos, instituições não-governamentais e representantes de povos indígenas sobre as violações de Direitos Humanos e sobre os avanços nas políticas públicas adotadas pelos Estados para combater essas violações. O Grupo de Trabalho realiza uma reunião anual sobre os principais temas referentes aos direitos indígenas. Quanto ao acesso ao grupo de trabalho, James Anaya afirma que:

“El grupo de Trabajo permite que praticamente cualquier persona pueda hablar en sus sesiones públicas aueles y entregar documentación escrita para su consideración. Esta práctica tiene como objetivo permitir un acceso amplio a los pueblos indígenas a sua deliberaciones, independentemente de que gocen o no de estatuto consultivo o de cualquier otra acreditación oficial dentro de Naciones Unidas” (Anaya, 2005:293)

Apesar de não ser obrigada, a maioria dos países da América Latina presta informações ao Grupo de Trabalho. Este Grupo não possui capacidade de investigação ou de realizar ações capazes de dar respostas concretas além das comunicações oficiais junto à opinião pública.

Outro instrumento de supervisão é o “Foro Permanente para Questões Indígenas” criado no ano 2000. O órgão, subsidiário do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, foi criado porque as instituições e procedimentos internacionais até então adotados, incluindo o Grupo de Trabalho, não eram adequados para tratar dos assuntos referentes aos Direitos Humanos dos Povos

Indígenas e nem mesmo desenhados institucionalmente para atender suas demandas. O Foro é formado por oito expertos no assunto, nomeados pelo Conselho em conjunto com organizações indígenas, sendo que, no último Foro, os oito membros foram líderes de organização ou de povos indígenas.

A função do Foro é assessorar o Conselho “(...) *en la supervisión de la aplicación de las normas internacionales (...)*” na “(...) *revisión y coordinación de los distintos órganos y agencias especializadas de la ONU que tienen impacto sobre los pueblos indígenas em áreas como el desarrollo economico y social (...)* e o controle no normativo. (Anaya, 2005:290) Contudo, como aponta James Anaya, o Foro ainda está em processo de desenvolvimento de suas funções, carecendo ainda de conhecimento técnico e recursos. Apesar desse passo inicial, sua criação representa:

“(...) la creación de procedimientos especializados que proporcionarán a los pueblos indígenas un acceso cada vez mayor al sistema internacional y que servirán para promover la aplicación de las normas internacionales relevantes” (Anaya,2005:290)

A Comissão de Direitos Humanos e a Subcomissão para a Proteção dos Direitos Humanos têm atuado com um mecanismo de proteção permanente dos Direitos dos Povos Indígenas, inserindo em suas seções anuais os avanços e os problemas relativos aos povos indígenas e através da discussão do racismo e da discriminação racial. Assim como no Grupo de Trabalho, as ONGs com estatutos reconhecidos podem apresentar informes e denúncias durante a reunião anual.

A ECOSOC outorgou a possibilidade da Comissão e da Subcomissão examinarem as informações sobre as violações dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas e realizarem uma investigação dessas situações quando da persistência da violação. As comunicações⁶² que iniciam esses processos podem vir, segundo James Anaya:

“(...) tanto individuos como grupos transmiten este tipo de información a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los

62 Regulamentada pela Resolução 1503 de 1970.

Derechos Humanos y otras entidades del Secretariado de la ONU, quienes a su vez hacen de funete de información para la Comisión y sus distintas agencias.” (Anaya,2005:298)

Por ser composta por membros dos Governos, a Comissão de Direitos Humanos possui um caráter mais político e tem maior poder de ação frente às denúncias, podendo exercer assim maior influência na promoção dos Direitos Humanos. Em uma de suas ações referente aos Povos Indígenas, aprovou, no ano de 2001, a criação do Relator Especial sobre a Situação dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais dos Povos Indígenas⁶³. (Resolução 2001/57). O Relator⁶⁴ tem como função:

“(…) re/acabar, solicitar, recibir y intercambiar información y comunicaciones de todas las funetes pertinentes sobre la violaciones de derechos humanos contra los indígenas, sus comunidades y organizaciones, así como para formular recomendaciones y propuestas [...] para prevenir y remediar estas violaciones” (Anaya, 2005:296)

Os Relatórios realizados por especialistas são encaminhados aos Estados que devem dar informações e respostas à comunidade internacional, assim como esclarecer o que tem feito para cumprir suas obrigações para que os Direitos Humanos não sejam violados nas diversas esferas do governo (executivo, legislativo e judiciário). Na maioria dos casos, isso não ocorre visto que tal ação é uma obrigação do Estado. (Giannella e Castanheira, 1998:70)

O Relatório surgiu com a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, em 1965. O Relatório, considerado o instrumento mais importante de todos os mecanismos de supervisão e também o mais utilizado, já que impulsiona ações dos demais mecanismos de supervisão permanente, atua como

63 A Comissão de Direitos Humanos instaurou um “Procedimento de Investigação” que pode se dar de forma permanente ou temporária. Geralmente, é utilizado em caso de evidente violação dos Direitos Humanos por um país e, no caso do uso desse instrumento, é nomeado um relator especial ou um grupo de trabalho que fique incumbido de visitar o local e comprovar a existência ou não dessas práticas. Tal relator, além de realizar suas investigações e conclusões, em caso de comprovadamente necessário e aceito pela CDH, pode indicar a necessidade de nomeação de um Relator Especial em Execuções Sumárias e Arbitrárias. (Giannella e Castanheira, 1998)

64 O primeiro Relator foi o antropólogo Dr. Rodolfo Stavenhagen.

uma fonte importante de informações sobre a situação dos Direitos Humanos nos Estados. Presentes em vários tratados, os Relatórios são considerados um sistema de supervisão comum, de natureza não contenciosa. Fazendo uma análise do Sistema de Proteção dos Indígenas, Vivian Urquidí (2009) aponta que, até 2007, foram realizados os seguintes relatórios referentes aos Povos Indígenas:

“Os informes até o momento tratam da 'Situação dos Povos Indígenas' (realizado em 2002), de 'Projetos de desenvolvimento e direitos dos Povos Indígenas' (2003), 'Justiça e Direitos Indígenas' (2004), 'Educação Indígena' (2005), 'Brecha de Implementação' (2006), 'Tendências e Desafios' (2007), e 'Por um Desenvolvimento baseado nos Direitos Humanos' (2007). (Urquidí, 2009:13)

Sobre o conteúdo dos Relatórios, Vivian Urquidí continua:

“Nos Informes, são oferecidos panoramas gerais dos principais problemas observados nas visitas aos países pelo Relator Especial sobre a situação dos Direitos dos Povos Indígenas. Destaca-se, por exemplo, a brecha existente entre as normas e princípios internacionais e a legislação nacional, muito embora a ratificação dos convênios seja quase generalizada na região. Segundo o texto, há inconsistência legal, ausência de leis secundárias ou regulamentos e falta capacitação especializada de pessoal, por carência de recursos ou de vontade política, o que deixa à administração pública sem meios jurídicos e práticos para cumprir com os acordos internacionais” ou (...) os relatórios anuais sobre Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais dos Indígenas, de Stavenhagen (2008) sintetizam os casos flagrantes de violação aos direitos indígenas e retratam o claro descompasso entre os níveis da legislação internacional sobre direitos indígenas, o constitucionalismo latinoamericano e a legislação ordinária. Conclui-se assim que há grave inconsistência legal e, muitas vezes, inexistente legislação que regulamente os direitos ou uma lei secundária. Também, há uma brecha de implementação entre a legislação existente e a prática administrativa, jurídica e política por vários motivos entre os quais a pouca participação indígena na definição e realização das leis, a falta de acompanhamento na sua aplicação e na elaboração das políticas

públicas, e principalmente, a existência de um aparato burocrático estatal inadequado, lento, de funcionamento não ajustado às demandas multiculturais e que carrega ainda o ranço assimilacionista e preconceituoso para tratar de direitos de minorias étnicas”. (Urquidí, 2009: 13 e 15)

Vale ressaltar que ações adotadas pela Comissão de Direitos Humanos nem sempre são bem vistas internacionalmente. As comissões formadas e os relatores são eleitos pelo ECOSOC a partir da indicação dos países, dando assim um caráter político a esses processos investigativos na medida em que os indicados geralmente são instruídos a tomar posicionamento pelos países que os indicaram, o que ocorre mesmo sendo os relatórios públicos e levados a Assembleia Geral da ONU. (Giannella e Castanheira, 1998)

Outros instrumentos de supervisão são as Comunicações Interestatais, que ocorrem quando um Estado-Parte resolve denunciar a violação dos Direitos Humanos por parte de outro Estado-Parte. Por ser um mecanismo de cláusula facultativa, os Estados-Parte devem aceitar essa possibilidade de comunicação da assinatura dos Pactos e Convenções. Essas comunicações são levadas ao conhecimento da Comissão de Direitos Humanos.

O sistema de Supervisão Permanente ligado especificamente às Convenções 107 e 169 da OIT é formado pela Comissão de Expertos na Aplicação de Convênios e Recomendações Internacionais do Trabalho. Os Estados que ratificaram as Convenções devem apresentar Relatórios sobre a aplicação dessas Convenções à Comissão, assim como elas podem solicitar informações complementares aos governos. Além dos Relatórios segundo James Anaya:

“(…)la Comisión de Expertos puede encomendar la realización de una visita sobre el terreno para recabar información y ofrecer asistencia técnica (...) o (...) solicitar a los gobiernos concernidos que comparezcan para explicar las razones de los problemas previamente identificados” (Anaya, 2005:303).

Sobre o fundamental papel da Comissão de Expertos, o relator da ONU conclui ainda que:

“(...) los mecanismos de control de la OIT pueden servir para promover la aplicación de las normas contemporáneas relativas a los pueblos indígenas en relación con los países que son partes del convenio 169 o del Convenio 107”. (Anaya, 2005:306).

Para verificar o cumprimento dos Direitos Humanos, a OIT pode utilizar o procedimento da “Reclamação”, procedimento contencioso que pode ser iniciado por um representante do povo indígena ou por uma ONG⁶⁵ contra um país signatário da Convenção Internacional. A Reclamação é analisada por três membros do Conselho Administrativo da OIT ou por outros Fóruns que os membros julguem necessários, ambos solicitam informações aos governos reclamados e com base em suas investigações apresentam seu informe e recomendações à comunidade internacional. Caso seja comprovada a violação do Direito Humano, o Estado pode ser condenado a realizar a reparação necessária.

Outro instrumento possível é a “Queixa”, que pode ser apresentada por um Estado-Membro ou por um Delegado⁶⁶ na Conferência Internacional do Trabalho que acontece anualmente. Tal procedimento pode fazer com que o Conselho Administrativo da OIT abra um processo de investigação contra o Estado reclamado, nomeie uma comissão para acompanhar e investigar o caso, proponha audiências públicas, realize comunicações sobre as Queixas e faça recomendações para a resolução do problema.

Tanto a Reclamação quanto a Queixa são instrumentos descritos na Constituição da OIT, nos artigos 24 e 26, respectivamente. Elas podem ser exercidas sem que haja terminado os procedimentos de investigação internos a cada país e sem que as comunicações finais tenham sido emitidas pelo Conselho Administrativo da OIT. A Reclamação e a Queixa podem ser questionadaa pelo Estado junto à Corte Internacional de Justiça, cuja decisão é irrevogável.

Contudo, como nos aponta James Anaya, esses instrumentos contenciosos da OIT são pouco utilizados, visto que existe uma “(...) *preferencia de organización e de el Estados por medio menos formales o no contenciosos de control de aplicación de ls conveniso internacionales del trabajo.*” (Anaya, 2005:325)

65 Os Povos Indígenas não podem apresentar Reclamações ou Queixas diretamente à OIT, devendo apresentá-las a partir de outros atores como sindicato de trabalhadores.

66 O delegado pode ser um representante do grupo de trabalhadores ou representante dos governos.

Outros importantes Instrumentos Permanentes de Controle e Supervisão dos Direitos Humanos, que foram construídos a partir do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e da Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, são o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial, respectivamente, ambos compostos por expertos na temática dos Direitos Humanos e que, a partir de relatórios periódicos recebidos dos governos sobre a aplicação dos seus tratados, publicam recomendações que devem ser adotadas pelos Estados.

Sobre o Comitê de Direitos Humanos, James Anaya destaca:

“(...) un papel bastante activo a la hora de examinar los informes de los gobiernos en asuntos relacionados com los pueblos indígenas y há promovido políticas y comportamientos oficiales coherentes com las normas contemporáneas sobre todo em relación com el artículo 27 del Pacto relativo al derecho de las minorías (...) que comprende la garantía a la integridad cultural de los pueblos indígenas, incluíndo los atributos culturales vinculados as uso e la tierra, la actividade económica e la organización política”. (Anaya, 2005:308)

Por sua vez, o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial (CERD) tem considerado o desrespeito aos Direitos dos Povos Indígenas no marco geral da norma de eliminação da discriminação racial reconhecida pela Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial. Sua atuação, assim como no Comitê de Direitos Humanos, ocorre através da apresentação periódica, por parte dos Estados, de relatórios referentes ao cumprimento da Convenção, cobra informações e faz recomendações aos Estados signatários. Uma recomendação que merece destaque é a Recomendação Geral sobre os Povos Indígenas, que é a interpretação da CERD sobre a não discriminação no contexto indígena.

Além dessas ações, o CERD tem desenvolvido por iniciativa própria um procedimento para examinar situações específicas de violação dos Direitos Humanos, o Procedimento de Urgência, que visa evitar conflitos motivados pela discriminação racial.

Tanto o Comitê de Direitos Humanos como o CERD podem receber

“Comunicações Individuais” em virtude do Protocolo Facultativo do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos que, em seu artigo primeiro, estabelece o direito de auto-determinação. Essas “Comunicações Individuais” são um procedimento igual às Reclamações e Queixas da OIT, até mesmo em relação ao seu caráter contencioso e à necessidade, em caso de comprovada violação, de reparação a vítimas. Esse instrumento pode ser realizado por Estados contra outros Estados, o que pouco acontece, exceto no caso de motivações políticas ou ainda por cidadãos que foram vítimas de violação de Direitos Humanos de maneira direta. (Anaya, 2005:332)

De uma forma geral, o Comitê de Direitos Humanos e o CERD têm atuado de maneira similar na tentativa de promover a integridade e a sobrevivência dos grupos indígenas de acordo com as normativas internacionais e, segundo Anaya, tanto o Comitê quanto a CERD:

“(...) pueden representar una instancia relevante no solo para detectar violaciones de los derechos de los pueblos indígenas sino también para identificar o garantizar la búsqueda de soluciones adecuadas, especialmente si se tiene en cuenta el interés especial de la comunidad internacional por promover formas de reparación de las injusticias históricas cometidas contra los pueblos indígenas.” (Anaya, 2005:343)

Assim como a ONU, a OEA também têm seus mecanismos de supervisão e proteção dos Direitos Humanos, supervisão que é feita pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos e tem caráter regional.

Criada em 1950 e com atuação ativa somente a partir de 1967, quando regulamentada pelo Estatuto da Comissão – fruto da Declaração Americana de Direitos Humanos –, a CIDH começou a adotar interesse sobre os Direitos Humanos dos Povos Indígenas somente em 1972, quando adotou a resolução⁶⁷ que concluía que “(...) por razões históricas e devido a princípio morais e humanitários, a proteção a povos indígenas constitui um compromisso sagrado dos Estados Americanos”.

⁶⁷ Resolução Especial sobre a proteção para os Povos Indígenas de 28 de dezembro de 1972 - OEA/Ser.P.AG/doc 305/73, rev 1 (1973) P. 90-91

A CIDH pode requerer de seus Estados-Parte informações sobre aplicação e proteção dos direitos estabelecidos na Convenção Americana na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e sobre as condições em que se encontram os povos indígenas, assim como também podem elaborar relatórios a serem submetidos à Assembleia Geral da OEA sobre as possíveis violações às convenções. Segundo James Anaya, “(...) *a la elaboración de informes se refleja en la inclusión de capítulos enteros sobre pueblos indígenas en muchos de sus informes individuales sobre países (...)*” (Anaya, 2005:318)

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos também tem competência para receber, no modelo do CDH, as Petições Individuais ou Coletivas contra a violação de um direito. Essas Petições (Comunicações) podem ser impetradas por cidadãos, por ONGs com estatuto reconhecido ou até mesmo pelos Estados-Membros e são cláusula facultativa aos tratados e devem ser feitas ao organismo internacional que a causa lhe for mais favorável, seja em âmbito global ou regional. No caso dos indígenas, as petições devem ser feitas à Organização Internacional do Trabalho ou à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

As Petições podem ser de dois tipos, “Petição-Informação” ou “Petição-Reparação”, e podem levar a OEA a realizar uma ação contra o Estado denunciado, ações como convocação de audiências, investigação de denúncias em *loco* e até mesmo, em caso de urgência, solicitação aos Estados a adoção de medidas cautelares a fim de evitar danos irreparáveis a pessoas ou grupos, podendo propor, posteriormente, reparações à vítima. (Giannella e Castanheira, 1998).

Como nos mostra James Anaya, diferente do que ocorre no Comitê de Direitos Humanos da ONU, as Petições que chegam à Comissão da OEA “(...) *pueden presentarse por personas distintas a las víctimas, incluidos grupos y organizaciones, con o sin el conocimiento o consentimiento de las propias víctimas*”. (Anaya, 2005:346)

A Comissão não funciona como “mais uma instância de apelação”, pois não tem competência para anular, cassar ou mudar sentenças de tribunais internos, mas sim para realizar denúncias que envolvam a não observação da Declaração ou Convenção Americana. (Giannella e Castanheira, 1998). Porém, ela pode atuar como mediador na resolução dos conflitos apresentados em um procedimento

denominado “Solução Amistosa”, procedimento que antecede os demais procedimentos contenciosos a fim de se resolver as disputas, sem a necessidade de iniciar uma disputa ou mesmo declarações públicas de responsabilidade dos Estados. Segundo James Anaya:

“El procedimiento de solución amistosa de la Comisión constituye un mecanismo importante y potencialmente útil para llegar a medidas de reparación em casos específicos em los que los pueblos indígenas sufren violaciones de sus derechos”. (Anaya,2005:359)

Desde 1997, entre as ações da CIDH está a elaboração da Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas, cujo texto, já completo, está sendo discutido pelos Estados Membros. Por fim, como último mecanismo de supervisão dos Direitos Humanos da OEA, há a Corte Interamericana de Direitos, que possui competência contenciosa para resolver disputas referentes à violação dos Direitos Humanos, bem como violações das Convenções e da Declaração Americana.

Esta Corte recebe apenas casos que são submetidos pela CIDH ou pelos Estados signatários, não cabendo recursos individuais diretos. Tanto para peticionar, como para ser alvo de petição, o Estado deve aceitar a jurisdição da Corte, o que pode se dar de forma permanente ou apenas em casos específicos, em curto espaço de tempo. Suas decisões podem exigir desde restabelecimentos de direitos até indenização financeira à vítima e, quando publicadas, essas decisões são levadas à apreciação da Assembleia Geral da OEA, responsável por sua execução (Giannella e Castanheira, 1998). A Corte Interamericana de Direitos reflete a capacidade de o Sistema Internacional efetivar os Direitos dos Povos Indígenas. Vivian Urquidi conclui que:

“(...) a existência de um grande repertório de procedimentos internacionais destinados a promover o cumprimento das obrigações estatais em matéria de direitos indígenas. A principal limitação destes procedimentos é que por princípio de Direito Internacional eles estão subordinados ao preceito da não ingerência nos assuntos de cada Estado. Assim, seu funcionamento está vinculado de certo modo ao consentimento dos Estados (...) sobre

assuntos considerados de jurisdição interna.” (Vurquidi, 2009:16)

Dadas essas considerações, nota-se que, aos poucos, os Direitos dos Povos Indígenas, entre eles os Direitos de Saúde, têm ganhado espaço no Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos, recebendo uma atenção especial.

Apesar disso, não é possível afirmar que essa proteção é suficiente, assim como não são suficientes os mecanismos de monitoramento de violação desses direitos, visto os constantes relatos de violações dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas por todo o mundo, representando assim apenas o passo inicial que deve ser seguido para consolidação desses direitos.

Desta forma, cabe analisar como os Direitos Humanos dos Povos Indígenas e os Direitos de Saúde estão sendo observados e protegidos nas Constituições dos Países Latinoamericanos, assim como a análise de como estão influenciados pelas normas e Convenções supracitadas.

Capítulo 3 – Movimentos Sociais

3.1 Movimentos Indígenas Latino-americanos

A história da América Latina é marcada por um passado colonial baseado no trabalho servil e escravo em um sistema econômico predominantemente pautado na monocultura e na exploração intensiva de recursos naturais. Uma modernização tardia só atingiu alguns países da região, mesmo assim de modo parcial e dependente. Além disso, sua história recente é caracterizada por regimes políticos autoritários e de reformas sociais e econômicas neoliberais.

A cultura política da sociedade latinoamericana foi se transformando e as resistências sociais foram ganhando importantes experiências de organização e mobilização contra as formas de dominação, não somente materiais e econômicas como também culturais.

Desde meados do século XX, diversas categorias de movimentos sociais na América Latina vêm despertando progressivamente a atenção de ONGs, de movimentos pastorais ligados à teologia da libertação e, principalmente, do Estado. Diferente de movimentos sociais de outros continentes⁶⁸, os movimentos latinoamericanos possuem grandes especificidades, como o componente indígena e as reivindicações com foco na terra e na ação coletiva contra a globalização capitalista.

De forma geral, os movimentos sociais latino-americanos estão transitando por rumos que os separam dos movimentos sindicais e dos movimentos sociais dos países europeus. Isso porque, ao contrário do que acontece no velho continente, começa-se a construir um repertório novo de reivindicações apoiadas nas contradições abertas no modelo econômico colonial e de forma mais aguda no sistema político econômico vigente, que modificou o modo de vida dos setores populares, dissolvendo as suas formas de produção e reprodução territorial, cultural e simbólica. Os novos movimentos sociais operam uma dialética na qual não apenas o sujeito político torna-se ator, como afirma Touraine (1997), mas através da sua

⁶⁸ Movimentos Sociais em grande medida formados pela classe operária e fortemente influenciados por princípios do socialismo, marxismo e anarco-sindicalismo ou ainda que buscam reformas na estrutura liberal do Estado sem a modificação das estruturas deste.

prática nos movimentos sociais, o ator torna-se sujeito político, dando assim destaque às suas características sociais e culturais.

Segundo Antônio Carlos Wolkmer (2001), a partir de uma análise de Claus Offe, os chamados “Novos Movimentos Sociais da América Latina” são movimentos que:

“(...) representam um paradigma alternativo a cultura política na medida em que rompem com as antigas formas de organização e representação da sociedade (classes sociais, partidos políticos e sindicatos). Na atuação dos novos atores coletivos há que se “pensar” a sociedade e a política não mais como objetivação das estruturas ou da ação do Estado, mas como cenário criado e recriado pelas práticas dos sujeitos (...) são experiências cotidianas centradas na auto gestão, na solidariedade e na democracia participativa, como, sobretudo, suas ‘formas de ação’ acabam redefinindo, sob os liames de um pluralismo político e jurídico comunitário, um espaço que minimiza a institucionalização e exige uma participação constante do corpo social, seja na tomada de decisões, seja na concretização das execuções” (Wolkmer, 2001:132 e 133)

Três grandes correntes político-sociais nascidas na América Latina formam o quadro étnico-cultural desses movimentos: as comunidades eclesiais de base vinculadas à teologia da libertação; a insurgência indígena portadora de uma cosmovisão distinta da ocidental; e a militância revolucionária inspirada no ícone Che Guevara. Estas correntes de pensamento e ação convergem, dando lugar a uma enriquecedora mestiçagem destas características (Zibechi, 2003), o que faz a especificidade dos movimentos sociais na América Latina.

De forma geral, os movimentos indígenas latino-americanos⁶⁹ assumiram

69 Como afirma Xavier Albo (2005): “(...) cuando se habla de indígena, de sus organizaciones y movimientos siguen siendo aquellos que viven em sus comunidades y territorios rurales ancestrales. Son éstos ciertamente los principales analogados em cuanto a su forma distinta de vida, que hace referencia a uma história y orígenes distintos. Varias demandas fundamentales, empezando por la de la consolidación de sus territorios, se refieren también a esas áreas rurales. Sin embargo seria totalmente erróneo pensar qye la población y agenda indígena em solo rural. En varios países los indígenas urbanos, aunque quizás menos visibles, son ya la mayoría y muchos líderes de los movimientos indígenas tienen siqueira un pie em la ciudad si no los dos, aun cuando sus reivindicaciones incluyen un sólido referente rural.[tambien] Son muy distintos los tipos de movimientos indígenas según se trate de pueblos minoritários (como em Brasil) o que llegan a ser mayaria em su país (Bolivia, Guatemala) o al menos em regines notables dentro de él (Chiapas

seu formato e organização política em relação ao Estado e à sociedade ao longo das últimas três décadas do século XX, conseguindo importantes vitórias em âmbito nacional e internacional (Zibechi, 2003). Segundo a socióloga Mônica Bruckmann:

“O movimento indígena é, talvez, um dos elementos mais transformadores desta densa realidade latinoamericana contemporânea. Este deixou de ser um conjunto de movimentos locais para se converter num movimento articulado e articulador que é construído nos espaços geográficos onde se desenvolveram as civilizações originárias, assim como expande essa fronteiras ao se relacionar com a comunidade internacional. Foram criados nos últimos anos, múltiplos e diversos espaços de coordenação e de articulação do movimento indígena na região, diversos fóruns de intercâmbio e mobilização, ao mesmo tempo em que foram diversificadas as organizações, redes indígenas e povos originários. Isso gerou uma intensa dinâmica e uma crescente capacidade de mobilização nos níveis locais, regionais e continental, com uma clara vocação para articulação planetária”.
(Bruckmann: 01)

Apesar de muitas demandas ainda remeterem a questões históricas da época colonial, como é a questão da terra coletiva, o atual debate sintetiza, em grande medida, os direitos e princípios discutidos pelas declarações e convenções internacionais, assim como a defesa das condições materiais articulando-se para conquistar uma emancipação social.

O surgimento de novas organizações também foi impulsionado pela redemocratização nos anos 80, que estimulou a participação dessas organizações indígenas na vida política de seus países, tanto de forma direta, disputando pleitos eleitorais como na Guatemala, Peru, Equador e na Bolívia, como de forma indireta, em frentes amplas, como é o caso da participação indígena em países como Paraguai e Brasil. Assim é preciso considerar as mudanças no “entorno internacional”, mudanças que colocaram as comunidades indígenas como uma categoria de clientes para fundos internacionais, devido à vulnerabilidade dos indígenas no processo de desenvolvimento e por preocupações ecológicas. (Albo, 2008)

Quanto à motivação dos movimentos indígenas, observa-se que as ações coletivas de maior envergadura na região foram a luta pela terra e também pela satisfação das necessidades básicas de educação, trabalho, moradia e saúde (Gohn, 1997). Especialmente na área da saúde, houve mudanças importantes nas reivindicações. Um exemplo é a passagem da demanda por “atendimento de saúde” para um “atendimento intercultural” no sistema de saúde ou pela ampliação dos serviços e para contratação de pessoal, o que também demonstra o desenvolvimento das demandas.

Para Anibal Quijano, sociólogo e pesquisador peruano: *“esas demanda implica, de todos os modos, el final del asimilacionismo político y cultural en América, ya que, después de todo, nunca fue plena y consistentemente practicada por los dominantes no-indis o 'blancos' (Quijano, 2005:39).* Ideia que é complementada por Wolkmer:

“(...) os sujeitos coletivos (povos) reconhecem as condições materiais do capitalismo contemporâneo e de suas variadas e sobrepostas formas de opressão. (...) culturalmente, a identidade (como demanda) aparece enquanto expressão da uma globalização crítica que revela a insatisfação diante da dominação e do autoritarismo (...) nessa condição a 'identidade' deve ser concebida como um processo de ruptura que permite que os movimentos sociais se tornem sujeitos da sua própria história” (Wolkmer, 2001:130)

Sobre o desrespeito aos direitos sociais e culturais dos indígenas pós-colonização, segundo Anibal Quijano (2002), sabe-se que, na Europa, as lutas das minorias nacionais iniciaram-se com a ideologia das elites dominantes na tentativa de construir o Estado Nacional estruturado pela negação de diversidades culturais e pela consolidação de uma cidadania homogeneizadora. No caso da América Latina, no regime colonial e no regime republicano, o modo como a nova elite administrou o Estado se caracterizou pela relação de produção colonial de servidão dos indígenas e por uma ideologia filiada a valores eurocêntricos e aristotélicos, o que Anibal Quijano (2002) chama “colonialismo no poder”. Como resultado, não foram incorporados valores políticos ou princípios da igualdade jurídica, nem mesmo desejo de consolidar um Estado-Nação a partir do conteúdo étnico-cultural local.

A criação dos Estados-Nações na América Latina seguiu o modelo dos países ocidentais, “(...) Estado Único e Direito Único” (Mares, 2008:63), que, à semelhança do modelo dos antigos colonizadores e com a justificativa de se firmar com uma estrutura estatal mais igualitária e sem privilégios de classes, acabou por suprimir diversas formas de diferenças, culturais, étnicas e de gênero (Mares, 2008). Assim, o Estado agiu ativamente para que, durante décadas, os índios permanecessem como invisíveis, exóticos, inferiores ou como seres místicos, pertencentes ao passado longínquo.

Sem uma cidadania econômica, política e civil reconhecida, os indígenas foram submetidos a diversas formas de violência física e simbólica, em regimes que se prolongaram até a segunda metade do Século XX. Mesmo quando o ordenamento jurídico de cada Estado decide formalmente pela sua condição de cidadania, os indígenas continuavam submetidos à lógica do “colonialismo no poder” (Quijano, 2002), racismo, trabalho obrigatório e sub-remunerado e a falta de acesso aos benefícios da modernidade.

As políticas assimilacionistas também foram mal sucedidas. A integração ficou apenas no discurso e nas leis do Estado e os povos “culturalmente diferentes” continuaram em uma situação socioeconômica precária em relação aos demais⁷⁰, sendo discriminados por cidadãos não-índios e também pelo Estado. No Brasil, por exemplo, o índio foi considerado ente merecedor de tutela que necessitasse transpor seu estado “primitivo/inferior” para um estado “evoluído/superior”, deixando assim de ser selvagem. Despojado de sua especificidade étnica poderia progredir se tornando um trabalhador. (Mares, 2008)

O Estado protetor, como chamou Hobbes, que estaria apto a defender as pessoas de ataques e prejuízos, foi desmanchado. O sonho de que todos seriam cidadãos iguais e de que o Estado seria fonte garantidora dos direitos civis e políticos se mostrou equivocado.

Em consequência disso, os próprios povos indígenas acabaram negando e resistindo ao modelo de assimilação cultural e à ideia de abandonar sua etnicidade para acatar uma cultura europeia. Aos poucos, os indígenas foram reencontrando

⁷⁰ Dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) mostram que na América Latina, apesar de representar cerca de 10% da população, os indígenas representam 25% da população dos mais pobres. (BID, 2008)

suas fontes de identidade e fortalecendo seus laços de comunidade. Organizaram-se em movimentos sociais, re-elaborando e reconstruindo suas especificidades culturais através do resgate de suas religiões, dos seus modos de produção e de trabalho, de suas maneiras de tratar as doenças.

Segundo Mares: “Os povos teriam começado (...) a re-existir, a sair das sombras de direitos esquecidos, omitidos, vigiados, para luz do dia, não apenas sendo reconhecidos como povos, comunidades, valores e cultura, mas podendo promover o seu futuro” (Mares, 2008:164). Não queriam mais ser reconhecidos como cidadãos comuns, mas como Aimarás, Quéchuas, Guaranis, Yanomamis, ou seja, como indígenas.

Abre-se assim um período de uma nova busca por direitos que pudessem garantir aos indígenas a sua liberdade de continuar com seus costumes, língua, religião e terras. Para Oliveira (1998), os movimentos indígenas começaram a se fortalecer na década de 70, tornando-se desde então os grandes responsáveis pela continuidade dos costumes e tradições indígenas.

Para Xavier Albo (2005), esse “*nuevo despertar de lo indígena*” está ligado a quatro fatores principais, sendo os dois primeiros de caráter internos aos movimentos indígenas e os dois últimos externos a eles: o desencanto, pelo fracasso e insuficiência do modelo anterior, que levou os povos indígenas a retomar sua história e memória; a emergência de povos indígenas periféricos; uma nova corrente internacional a partir do chamado “socialismo histórico”; e o fortalecimento de outras correntes internacionais, com crescente ênfase no direito de ser diferente, iniciado por movimentos feministas, gays e de outras minorias étnicas e culturais. (Albo, 2005:10)

A luta pelo reconhecimento dos seus direitos ainda avança no contexto do mundo globalizado, da sociedade em rede e das novas reformas liberais (agora neoliberais) e faz surgir uma nova onda de protestos de movimentos indígenas, e até partidos indígenas, que se posicionam contras as reformas econômicas e sociais que afetam drasticamente sua comunidade, meio ambiente e consequentemente sua própria vida.

A partir deste contexto é possível entender a recente politização das etnias que, diferente do que acontecia anteriormente nas reformas liberais do século XIX,

fez com que os indígenas reforçassem a luta pela sua terra. No quadro atual, essa luta, que ainda persiste, é somada à defesa da identidade étnica, que não pode ser entendida como a continuidade de uma “indianidade” passada, mas trata-se da reconstrução de identidades indígenas que se desenvolveram a partir da tomada de consciência dos índios como atores políticos inseridos no processo de ocidentalização. Desta forma, nas últimas décadas, surgiram novos movimentos indígenas, inclusive em países onde os indígenas são de fato minorias étnicas.

Pode-se afirmar que esses novos movimentos indígenas na América Latina são distintos tanto em sua articulação interna quanto em relação ao Estado em sua capacidade de pressão nos governos de seus países – vão desde movimentos sociais e partidos políticos até movimentos separatistas, o que em grande parte está ligado às diferentes experiências de resistência que vêm desde o período colonial até os dias de hoje e da sua rede de relações internas e com outras organizações não indígenas. Por outro lado, são homogêneas na reivindicação por suas terras, tanto do ponto de vista de um aspecto cultural e do reconhecimento de sua identidade quanto do ponto de vista econômico e social, e também na reivindicação por autonomia.

Essas reivindicações são reforçadas com apoio e notoriedade internacional, sobretudo através da articulação com organizações não governamentais transnacionais e avanços nas legislações internacionais relacionadas aos indígenas, articulação que muitas vezes se contrapõe às pretensões hegemônicas do sistema internacional.

Independente de sua história, nos últimos anos, os movimentos indígenas vêm ganhando cada vez mais legitimidade e destaque, sendo, sem dúvidas, o grande responsável por avanços na busca por seus direitos de “*Cidadania Étnica*”.

3.1.1 Movimentos Indígenas na Bolívia

Diferente do que ocorre no Brasil, onde os indígenas não representam 0,5% da população, sendo um pouco mais de 750 mil pessoas (IBGE, 2000), a população indígena boliviana é maior que a população não indígena, chegando a representar 71% da população total ou cerca de sete milhões e meio de indivíduos (Banco

Mundial, 2002). Esta população se divide em 37 diferentes povos, sendo que a principal relevância numérica é das etnias Quéchuas e Aimará.

Essa superioridade numérica dos indígenas na Bolívia não reflete benefícios para esses povos, pelo contrário, apesar do peso demográfico, os indígenas são a população que vive em situação de maior vulnerabilidade social e econômica. Dados de institutos de pesquisa bolivianos mostram que a pobreza indígena nas áreas rurais atinge mais de 80% da população, das quais 55% vivem em situação de extrema pobreza (INE, 2002) ou ainda, segundo o Ministério da Saúde e Esporte boliviano (2006), um terço das crianças indígenas de até cinco anos de idade possui desnutrição crônica, o que equivale ao dobro da população não indígena na mesma idade. Ou seja, assim como em outros países, a representatividade populacional indígena não tem sido suficiente para considerá-los um grupo social, cultural e economicamente relevante na sociedade.

Segundo Quijano (2002), essa exclusão não é recente. Desde o período colonial, a população indígena boliviana foi afastada da participação de qualquer esfera da sociedade, a não ser a econômica na situação de exploração. Assim como também não é nova a participação de indígenas que se põem contra essa exploração. Um exemplo foi o levante anticolonial em 1780 e 1920, na formação de uma rede de “cacique y apoderados” que visava acabar com exploração pós-colonial. (Albo, 2008:6)

Tal situação comum aos países da América Latina não se alterou com a independência no início do século XIX ou com a chegada da elite crioula (descendentes de europeus que nasciam na América) ao poder. Ao contrário, manteve-se o modelo jurídico europeu vigente e passou-se a controlar as instituições públicas e a consolidar os latifúndios, onde os indígenas permaneciam como servos. Constitui-se, nas palavras de Quijano (2002), a “colonialidade do poder”, ou seja, a associação entre um Estado independente e uma sociedade colonial baseada em classificações étnicas e relações produtivas de trabalho forçado e não remunerado. O trabalho forçado na Bolívia somente acabou um século mais tarde, com a Revolução Nacional de 1952⁷¹, que alterou o regime de exclusão

71 Antes da Revolução de 1952, a Bolívia passou pela denominada Guerra do Chaco, disputa armada entre Bolívia e Paraguai, pela saída ao oceano atlântico, pelo rio da Paraguai e a descoberta de petróleo na região do Chaco, segundo Alvaro García Lineira “*La defensa del Chaco*”

étnica até então vigente a partir da adoção dos direitos sociais básicos, sufrágio universal que possibilitou o voto de milhões de indígenas. De acordo com Albo (2008):

“(...) la guerra y derrota del Chaco(1935), que a su vez provocó un proceso inédito de refundación del país de que finalmente surgió la Revolución de 1952, inspirada en parte la Revolución Mexicana. Por eso es también allí donde primero se lograron reconocimientos ciudadanos e sociales básicos, como el voto universal, la educación generalizada, la redistribución de tierras y la participación política (...)” (Albo, 2008:06) ou “ No ano da revolução foi instaurado o sufrágio universal. Assim, os camponeses indígenas poderiam finalmente votar. Também ocorreu a nacionalização das minas, passando-as para a administração da Corporação Mineira da Bolívia (Comibol), além da criação da Central Obrera Boliviana (COB). Em 1953, foi feita a tão esperada reforma agrária. Pela lei deveria ser feita a distribuição de terras aos camponeses; deveria haver a devolução às comunidades indígenas das propriedades roubadas pelos terratenientes; os trabalhadores do campo não seriam mais servos; o estímulo à produção e comercialização de produtos (Pericás, 1997:113)

A Revolta de 1952 foi uma insurreição das massas contra o governo militar que havia assumido o poder frente ao fato do Congresso Nacional não ter empossado o candidato vencedor das eleições e líder do MNR (Movimento Nacionalista Revolucionário) Paz Estenssoro. A candidatura de Estenssoro estava ligada às reivindicações populares contra a exploração do trabalho e contra os interesses estadunidenses, principalmente nos hidrocarbonetos. Essa revolução foi guiada de um lado por camponeses indígenas, em grande parte por Aimarás e Quéchuas, que eram explorados por latifundiários, e de outro lado por proletários mineiros que estavam organizados em sindicatos e partidos políticos, entre os que merecem maior destaque estão:

produjo más de 50 mil muertes de miembros de ejército, la mayoría de ellos indígenas y de sectores populares urbanos 30% de los indios colonos y comunarios comprendidos entre los diecinueve y treinta y seis años del altiplano y valles fueron enrolados en la tropa y una buena parte del abastecimiento del ejército en el frente y la retaguardia estuvo a cargo de donativos de comunidades indígenas que, a la cabeza de los caciques, entregaban sus productos a los centros de acopio de las ciudades”. (Lineira 2003:127)

“Os partidos políticos viriam a desempenhar um papel extremamente relevante na construção da revolução boliviana de 1952. Em 1934 foi fundado em Córdoba, na Argentina, o POR, Partido Obrero Revolucionario, por intelectuais marxistas dissidentes. Entre seus principais idealizadores e fundadores estavam Tristán Maróf — pseudônimo de Gustavo Navarro —, José Aguirre Gainsborg e Guillermo Lora. Em 1938, Maróf desvinculou-se do POR e criou o PSOB, Partido Socialista Operário Boliviano. (...) O POR foi um dos partidos que mais penetrou e influenciou o movimento operário boliviano nos anos pré-revolucionários. (...) O PIR, Partido de Izquierda Revolucionaria, fundado em 1940 pelo sociólogo José Antonio Arze, seria um dos inspiradores de partidos como o MNR, Movimiento Nacionalista Revolucionario, e de onde surgiria o PCB, Partido Comunista Boliviano (....) em 1950, foi criado o PCB, liderado por José Pereira. (...) O mais importante partido da revolução, porém, juntamente com o POR, foi o MNR, fundado em 1941 por um grupo de professores universitários, jornalistas, advogados, veteranos da Guerra do Chaco e intelectuais. O MNR era encabeçado por Victor Paz Estenssoro, Hernán Siles Zuazo e Carlos Montenegro, e tinha elementos que variavam desde o fascismo até o socialismo entre seus membros. Seu programa defendia, entre outros pontos, o antiimperialismo, a abolição da estrutura “semi-feudal” no campo e a reforma agrária (...). De 1946 a 1952 temos o período reformista. O MNR se livra dos elementos mais fascistas de seu seio e passa para a oposição de esquerda”. (Pericás, 1997:113, 114, 115)

Neste período será também a criação das primeiras agências de desenvolvimento e institutos indígenas que contribuiram para dar início à distribuição de terras e às políticas rurais de financiamento/subsídios/compra do material etc., possibilitando aos indígenas plantarem seus alimentos e remédios e conseguirem melhor qualidade de vida. Contudo, um novo modelo de controle dos indígenas também se estabeleceu no Estado boliviano, mediante redes de favores, clientelismo e políticas paternalistas. (Murrieta, 2003)

Outra política importante no período que impactou os povos indígenas foi o avanço da educação formal, que possibilitou aos indígenas maior acesso às instituições do Estado e permitiu certa mobilidade social. Apesar disso, se configurou também como uma forma de homogenização da cultura indígena. As línguas originárias, os rituais comunitários e as formas de organização tradicional passaram

a ser estigmatizados. A educação em castelhano foi utilizada como um instrumento de dominação dos povos indígenas, um meio de divulgação dos valores europeus, em detrimento dos valores e das culturas tradicionais indígenas (Murrieta, 2003). Ainda segundo Xavier Albo:

“Pero la vez se impuso ya entonces y más que em los otros dos países esa vision 'civilizadora' encubridora que reduce el indígena a “campesino” y diluye al pais multiétnico em uma pseudo uniformización “mestiza” de toda su población (...)(Albo, 2008:06) ou “(...) sin embargo, no fue raro, sobre todo em Bolivia y Peru, usar indigena y campesino como sinonimos com casi las mismas connotaciones negativas” (Albo, 2008:09)

De fato, até então, nenhuma corrente ideológica havia considerado os povos indígenas como força produtiva importante para dinamizar a economia nacional, concentrada na exploração do minério. O MNR, partido que liderou as ações de 1952, se apoiou na base sólida do proletariado, sem chegar por isso a definir um programa para os indígenas camponeses.

De um lado os liberais enxergavam nesse povo a causa do subdesenvolvimento que deveria ser superada por uma assimilação cultural com educação formal e progresso tecnológico, caminho que estava sendo trilhado pelo governo, por outro lado, os marxistas tinham os indígenas como uma classe apenas economicamente oprimida, devendo assim se juntar em luta com as demais classes desfavorecidas, desvinculando suas especificidades culturais a favor da formação de uma classe trabalhadora única com forte base sindicalista, que estabeleceria a divisão entre proletariado e burguesia como propõe a teoria marxista. A esquerda estava mais concentrada em um programa revolucionário junto aos operários mineiros. A questão indígena simplesmente não fazia parte do programa revolucionário, nem da elite nacionalista, nem dos partidos de esquerda e menos ainda da direita partidária. As duas correntes enxergavam a questão indígena na América Latina somente do ponto de vista econômico, e não cultural. (Quijano, 2002)

A mobilização social favorecia esse cenário uma vez que concentrava a força da ação política e coletiva na Central Operária Boliviana (COB – 1952), que

congregava os sindicatos Bolivianos, em cujas bases congregavam-se setores proletários e de classe média, sendo que os indígenas somente tinham ingresso na condição de classe, e de classe camponesa.

Mesmo assim, o campesinato indígena, após a Reforma Agrária, transformou-se em base social do movimento revolucionário e permaneceu nesta posição inclusive na fase conservadora da Revolução quando, após um golpe militar, em meados da década de 60, selou o pacto militar-camponês com o governo.

Não é possível, contudo, afirmar que os indígenas bolivianos atuassem de forma monolítica neste período. Um setor dos Aimarás reconheceu os avanços da Revolução Nacionalista, como a Reforma Agrária, e aprofundou sua luta contra a “colonialidade do poder” descrito por Quijano (2002). Para tanto, se organizaram para formar o sindicato de camponeses bolivianos, em um primeiro momento chamado de Confederação dos Trabalhadores Campesinos da Bolívia (CNTCB), surgida a partir da demanda do Ministério dos Assuntos Campesinos. Após o IX Congresso da Federação de Trabalhadores Campesinos de La Paz Tupaj Katari (1978), que rechaçou o pacto militar-camponês, a CNTCB se tornou a Confederação Sindical Única de Trabalhadores Campesinos da Bolívia (CSUTCB), em 1979. Alinhados à COB, reconhecida como organização matriz dos trabalhadores, a CSUTCB começou a articular a luta pela redemocratização do país. Tal redemocratização somente ocorrerá nos anos 80.

Segundo Álvaro Garcia Lineira, intelectual e atual vice-presidente boliviano, foi nos anos 70 que os movimentos indígenas na Bolívia passaram a possuir maior relevância no cenário político nacional, exercendo sua influência de maneira direta devido, em parte, à sua articulação com outros movimentos, como o operário e posteriormente o “cocaleiro” (Lineira, 2005), mas agora pautados por uma nova reivindicação étnica⁷². O que também é reafirmado por Xavier Albo:

“Recién desde fines de los años 60 se inició la recuperación de lo indígena como un identificación positiva, liberada ya de sus anteriores

⁷² Será na década de 70 que as posturas ideológicas que até então vigoravam na Bolívia começariam a se modificar, a partir de uma influência de um pensamento gramsciano e sua crítica ao reducionismo econômico, elevando a tão importante quanto a economia os elementos culturais e os políticos, fazendo com que a esfera política boliviana passasse a ser permeada por um novo conjunto de significações culturais. (Quijano, 2002)

negativas. El punto de partida no es tanto el indígena genérico, sino los miembros de tal o cual pueblo; y por eso busca nuevos términos para enfatizar esa autoidentificación positiva: nacionalidad, nación, pensados y aceptados por ellos mismos y ya no dados por otros. Este ha sido un proceso con diversos ritmos y resultados según lugares, momentos y contextos, como a continuación se ejemplifica” (Albo, 2008:09)

Na volta da aceitação da autoidentificação étnica, muitos indígenas preferiram ser chamados de “povos originários”, expressão usada para se diferenciar das etnias que estavam ressurgindo. Segundo Xavier Albo:

“Y la adopción de uno u otro término tiene que verse muchas veces como una estrategia de sobrevivencia o de lucha, coyuntural o relativamente estable, y no necesariamente como verdaderos cambios de identidad. Pero optar por un término u otro refleja, a su vez, la estructura más intolerante o más abierta de la sociedad en un determinado momento histórico” (Albo, 2008:10)

Assim como passaram a se identificar com nomes de suas etnias, como Aimarás e Quéchuas. Segundo Anibal Quijano, este processo se deu porque:

“(...) la palabra 'indio' sirvió en el coloniaje como un identificador común de muchas y diversas y heterogéneas identidades históricas, para imponer la idea de 'raza' y como mecanismo de control y de dominación que facilitara la división del trabajo explotado (...)” (Quijano, 2005:39)

Do fortalecimento da questão étnica e de sua ligação com a atividade sindical será criado o Movimento Revolucionário Tupac Katari⁷³ (MRTK), em 1978, que é o prolongamento político da organização sindical katarista⁷⁴. Já em seu primeiro ano,

73 A criação do MRTK foi precedida de outras tentativas de criação de partidos indígenas: o partido índio da Bolívia, o movimento nacionalista Tupac Katari.

74 Um dos focos da resistência ao pacto campesino militar ocorrerá na reconstrução de La Paz em 1975, da Federação Camponesa Tupac Katari. Essa organização se distingue das anteriores: opõe-se ao projeto de nova lei agrária dos militares agregando à dimensão propriamente sindical a perspectiva política de criação de um partido camponês- MRTK e tem em seu programa reivindicações culturais e étnicas como o combate à alfabetização em espanhol e as universidades como centros de discriminação, denuncia a alienação cultural que começa com a escola. Esta

o MRTK vai eleger representantes nas assembleias departamentais.

A partir da década de 80, o que se observa na Bolívia é o fortalecimento do movimento indígena-camponês, num processo inversamente proporcional aos descontos do aparato sindical dos operários mineiros⁷⁵, inicialmente com a transformação do movimento Katarista⁷⁶ em partido político, e depois no aparecimento do movimento cocaleiro. A respeito desse movimento sabe-se (Urquidi, 2007) que ele resultou da organização de colonizadores na região oriental de Cochabamba provenientes de distintas regiões do país e de distintos setores produtivos. Assim, entre os cocaleiros, encontravam-se camponeses indígenas provindos principalmente de Cochabamba, La Paz e Oruro, como também ex-mineiros e trabalhadores desempregados.

A síntese mais notável deste movimento é o atual presidente da Bolívia. Oriundo de uma família de mãe Aimará e pai Quéchua do departamento mineiro de Oruro, Evo Morales vem de uma região agrícola, tendo chegado à região no início da década de 80, *“pero formado em la lucha sindical cocalera; sabe tratar con ellos y outros muchos sectores campesino indígenas”* (Albo, 2008:29)

Organizado pela experiência sindical operária, conjugado à heterogeneidade indígena boliviana e incorporado o discurso étnico do Katarismo, o movimento cocaleiro nasce inicialmente em defesa de sua produção e seus interesses materiais, mas logo compreendem que sua luta estaria destinada ao fracasso se não aceitassem, em afinidade com o governo, que a produção da folha de coca poderia destinar o movimento a se transformar refém do tráfico internacional de drogas. Desta forma, os cocaleiros não apenas aceitaram controlar a produção com programas de desenvolvimento alternativo, como assumiram também a defesa prioritária dos usos e valores tradicionais da folha de coca. Surge então uma identidade nova no campesinato indígena, identidade produto da folha de coca.

Os cocaleiros lutam contra o tráfico de drogas, mas também contras as políticas de pressão externa, especialmente dos Estados Unidos e do próprio

tripla dimensão sindical, política e cultural caracteriza a corrente katarista e a distingui de outros componentes do sindicalismo camponês e de outras formas de movimento indígena.

⁷⁵ O desmonte do aparato sindical ocorreu como resultado das reformas estruturais no Estado. Na Bolívia, isso ocorreu desde 1986 e seu foco foi o enxugamento da máquina estatal, no setor mineiro, por exemplo, e a abertura de mercado.

⁷⁶ *“Nombre en homenaje a Tupac Katari, caudillo aymara em la revolución de Tupac Amaru em 1780”* (Quijano, 2005:38)

governo boliviano para erradicação da folha. Segundo Quijano:

“Al derrumbarse la minería del estaño y clausurarse las minas estatales, muchos de los obreros mineiros, incluíndos algunos de suas más respetados líderes, decidieron ir a trabajar junto com los cultivadores de coca em el Chapare. Además, les ayudaron a organizarse según la experiencia sindical minera. Eso permitió a esos campesinos 'indios' si se les aplica el criterio de 'raza' , no ser víctima, ni instrumentos de las redes mafiosas del tráfico de coca y de cocaína. Pero también les há permitido resistir al Estado boliviano y al de Estados Unidos, empeñados simplemente em la erradicación del cultivo de coca, sin alternativas provechovas para los campesinos”. (Quijano, 2005:38)

A consciência do cocaleiro desenvolve-se assim em direção à defesa de identidade e também da soberania nacional. Essa defesa, realizada pelo movimento cocaleiro, se dá pela organização sindical e pela articulação de movimentos com política partidária e com organizações populares rurais e urbanas. Este movimento transformou-se no mais sólido da década de 90, sendo base de um novo partido político, o Movimento ao Socialismo (MAS). Segundo Anibal Quijano:

“En esa lucha se han fortalecido como movimiento de trabajadores y de campesinos, há ganado el apoyo de outras fuerzas sociales, a las cuales han apoyado em sus propias luchas, han emergido después como un movimiento político de filiación socialista, el Movimiento al Socialismo (MAS) y producido líderes políticos de talla nacional, como Evo Morales” (Quijano, 2005:38)

Outro movimento indígena criado na mesma época é a Confederação dos Povos Indígenas da Bolívia (CIDOB). Fundada em 1992, congregando 34 comunidades indígenas das terras baixas do oriente boliviano (como os chiquitanos, ayoreos, guarayos e guaranis), a CIDOB tinha como principal objetivo a união dos povos indígenas da região oriente do país para a defesa de seus direitos por meio da participação efetiva nas decisões políticas, econômicas, sociais e culturais com respeito às tradições de cada comunidade. (Murrieta, 2003) Sua penetração na vida política nacional se deu em 1991 na Marcha pela Dignidade e os Direitos até a

cidade de La Paz, reivindicando o direito à terra, à preservação de sua cultura e à participação no debate político nacional.

Finamente, um último movimento indígena será *Consejo Nacional de Ayllus y Markas del Qullasuyu* (CONAMAQ). De base Katarista, a entidade agrupa as comunidades Aimarás de vários departamentos da Bolívia. Desde a década de 90, ela busca impor um programa étnico e uma reforma do Estado com retorno aos seus valores, formas de organização e cosmovisões.

Esta organização política foi base para a eleição do governo indígena de Evo Morales, em 2005, e motor – nem sempre livre de tensões – das transformações de Estado boliviano em Estado Plurinacional. A organização dos povos indígenas representou sólida base de resistência, necessária ao governo para neutralizar a reação da elite política mestiça nos primeiros anos do Governo MAS.

Esse sustento político permitiu a aprovação, em referendo, das autonomias indígenas comunitárias no país, o triunfo do MAS na Assembleia Constituinte e a viabilização do Plano de Terras. A nova Constituição estabeleceu a Bolívia como um Estado Pluricultural, conferiu aos indígenas uma série de direitos sociais que antes lhes eram negados e viabilizou políticas que levaram o Governo Evo Morales à reeleição em dezembro de 2009.

“En el caso de Bolivia, en cambio, el ascenso arrollador ha sido liderado por los propios indígenas y sus organizaciones, aglutinados todos em el MAS y sus aliados. La batuta indiscutible la lleva el polifacético Evo Morales por suas múltiples experiencias y polifacéticas personalidad” (Albo, 2008:29)

Ainda sobre a relação entre os movimentos indígenas e os partidos políticos na Bolívia, Anibal Quijano destaca que:

“El MAS e CSTUB han participado no solamente en las elecciones, sino sobre todo em amplios movimientos sociales y políticos em defensa del control nacional de recursos de producción del país, como em la Marcha por el Territorio y la Dignidad (...) renuncia de Gonzalo Sánchez de Losada a la Presidencia de Bolivia (....)” (Quijano, 2005:38)

A luta pela preservação dos recursos naturais é outro aspecto a ser

destacado nas pautas de reivindicação dos movimentos indígenas. O constante crescimento do tema nos últimos anos tem sido somado à busca por um reconhecimento étnico. Os indígenas têm reivindicado sua identidade ligada à ancestralidade, às terras e aos recursos necessários à sobrevivência. Reivindicam não apenas seu direito à terra, mas aos recursos naturais dela. Como nos mostra Garcia Lineira:

“El levantamiento indígena y popular de abril y septiembre de 2000 em contra de la privatización de los recursos hídricos em los valles cochabambinos y el altiplano aymara (la llamada “guerra del agua”) mostró que los recursos naturales forman parte fundamental del sistema de reproducción cultural y material de las comunidades agrarias, y por por tanto cualquier intento de mercantilización provada de esos recursos coletivos ataca directamente la estrutura material y simbólica de las comunidades campesinas indígenas” (Lineira, 2003: 126)

O caso dos movimentos indígenas bolivianos é paradigmático. As diversas organizações foram se articulando e criando uma rede de entidades de base étnica, desde o nível local até atingirem o plano nacional. Além disso, suas reivindicações ultrapassam a ideia de democratização do sistema político e buscam a democratização da própria sociedade pela superação de práticas discriminatórias e excludentes frequentes nas relações sociais cotidianas. Buscam uma nova cidadania étnica, pautada no respeito de sua identidade étnica e de sua diversidade cultural.

Outro aspecto que merece destaque nas ações dos movimentos indígenas bolivianos é a estratégia de participação que utilizam para penetrarem nas esferas políticas tradicionais, ocupando cargos e participando dos partidos políticos. Fazem assim uma mudança por dentro do sistema, tornando-se atores primordiais na política boliviana e sendo fonte de pressão da “colonialidade do poder” ainda vigente. Como nos mostra Xavier Albo:

“Desde la otra, esta el avance de los/las propios indígenas para ir conquistando más y más espacio, em términos de personal y de enfoques, dentro de la estrutura y prioridades de las instituciones, partidos e del

Estado. En El caso de Evo Morales y el MAS, que llegaron ya al poder por la vía democrática y ahora quieren transformar desde allí al propio Estado, el asunto adquiere otra dimensión” (Albo, 2008:30)

Alain Touraine (1997) destacou que, na década de 90, os movimentos indígenas da América Latina tinham conseguido articular seu “universo simbólico”, caracterizado pela busca de um reconhecimento cultural e da afirmação de sua identidade com o “universo instrumental”. Esta nova base de mobilização indígena busca ampliar sua participação política institucional e sua representação, fazendo assim com que o sistema democrático não se limite a procedimentos formais, mas possibilite a inserção dos sujeitos como portadores de diversidades culturais.

Observa-se assim que o movimento indígena boliviano está mais articulado que outros movimentos indígenas na América Latina, principalmente os Movimentos do Brasil. Contudo, ambos caminham para uma mesma direção que, segundo Stavenhagen (2008), se caracteriza pelo fato de que as organizações indígenas têm avaliado o problema pelo qual passam como temas fundamentais para o pleno exercício dos seus Direitos Humanos.

Apesar da sua ampla participação política, assim como acontece no Brasil, o movimento indígena não tem como uma de suas principais reivindicações o direito à saúde intercultural. Para o movimento, esse direito será alcançado a partir da participação dos indígenas na estrutura do Estado e nas mudanças normativas, incluindo o Novo Constitucionalismo Latinoamericano.

3.1.2 Movimentos Indígenas no Brasil

A história de confronto entre os índios no Brasil e o Estado tem um momento de referência importante em 1908, quando o XVI Congresso de Americanistas em Viena, Áustria, acusou o Brasil de massacrar os povos indígenas na tentativa de unificar as terras brasileiras, principalmente na região norte do país.

Em resposta, o governo brasileiro, sobre o comando de Marechal Rondon, criou, em 1910, o Sistema de Proteção ao Índio – SPI, com o objetivo de integrar os povos indígenas à economia nacional, transformando-os em trabalhadores rurais.

(Funai, 2011)

Segundo o antropólogo brasileiro Darcy Ribeiro (1986), mediante o SPI chefiado por Marechal Rondon, é possível “inserir os indígenas na sociedade brasileira” pela transformação deles em lavradores capitalistas. Para tal, partia-se do pressuposto que os indígenas eram portadores da aptidão necessária para lavoura e só não tinham se tornado agricultores por falta de oportunidade de desenvolvimento. Portanto, cabia ao SPI oferecer essa oportunidade aos indígenas e assim transformá-los em cidadãos brasileiros. Símbolo de sua função de integração dos indígenas ao sistema capitalista, o SPI está ligado ao Ministério da Agricultura.

Porém, essa política não atingiu seus objetivos, pois não considerou a resistência das populações indígenas para manter sua identidade, bem como seu modelo de organização comunitária, muito embora também demonstrassem aptidão para lavoura (Ribeiro, 1986).

Como resultado dessa política, grupos indígenas pacificados foram rapidamente dizimados, dadas as condições precárias a que foram submetidos. Aqueles que sobreviveram, porém, conseguiram fazê-lo após muita resistência para manter suas características linguísticas e sua religião. (Ribeiro, 1986)

Após o fracasso de suas ações, o SPI limitou-se a garantir que os indígenas mantivessem suas formas de organização e reprodução e que estivessem salvos de agressões externas contra suas culturas, principalmente no relativo a suas terras. Mais uma vez, o Sistema se mostrou ineficaz, graças ao esvaziamento político financeiro e pela corrupção cada vez maior. Finalmente, o SPI sucumbiu às pressões dos não índios para a resolução de conflitos agrários criados pela expansão da fronteira agrícola ilegal com consequências negativas aos povos indígenas.

Segundo Marés, “(...) Apesar de dispor de um conjunto de normas jurídicas e bastante avançadas para época, o SPI, a partir de 1950, iniciou um processo de decadência administrativa, fruto de corrupção, uso indevido das terras indígenas e suas utilidades, venda de 'atestados de inexistência' de índios (que permitiam que os Estados Membros concedessem títulos de domínio sobre as terras devolutas), que possibilitava o extermínio e legitimava a usurpação das terras, tornando-se um instrumento de opressão do Estado contra as populações indígenas, exatamente o

contrário dos objetivos para quais foram criados 40 anos antes”. (Mares, 2008:87)

Para Oliveira (1988), se a ideia de Rondon e o propósito do SPI era criar uma agência indigenista no Estado com a responsabilidade de pacificar a convivência entre índios e não índios, garantindo a sobrevivência e a fixação dos primeiros às suas terras, além de criar a sensação de pertencimento dos povos indígenas à nação e ajudar no desenvolvimento do país, as propostas e ações do SPI conseguiram fazer exatamente o contrário, pois transferiam os índios de suas terras, liberando-as para usurpação do homem branco, além de terem reprimido as práticas culturais, de crenças ou mesmo de modos de produção. Tal órgão foi extinto em dezembro de 1967 e substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Outro problema evidente no período que continua existindo atualmente é relativo às missões religiosas, que sobre o manto da solidariedade, tinham como objetivo final catequizar os povos indígenas. Tal inculturação, como nos aponta Darcy Ribeiro (1986), novamente forçada, criava no indígena um sentimento de inferioridade frente ao branco, afetando assim sua autoestima e poder de mobilização. Para Darcy Ribeiro, “(...) o índio se olhava com os olhos do branco e considerava-se um ignorante cujas tradições não passavam de tolices ou heresias a serem erradicadas” (Ribeiro, 1986:213).

Paralelamente, outro setor da igreja assumiu uma nova postura frente aos povos indígenas, pautada na ideia da “opção pelos pobres” e advinda da Teologia da Libertação e da II Conferência do Episcopado Latinoamericano em Medellín na Colômbia em 1968. Cria-se então o Conselho Indigenista Missionário em 1972. O CIMI será fundamental no auxílio à organização dos povos indígenas. Segundo Oliveira (1998), o CIMI representa uma nova postura da igreja latino-americana para se relacionar com os povos indígenas, não mais buscando catequizá-los, mas usando seus preceitos religiosos para conscientizá-los de seus direitos e de sua condição de explorados. Nasce assim a ação articulada dos povos indígenas.

A mobilização dos povos indígenas não surgiu apenas no cenário político brasileiro, mas estava diretamente relacionada ao surgimento de movimentos indígenas latinoamericanos pela redemocratização e contra Estados autoritários das décadas de 60 e 70. Também surgiram, na época, outros movimentos sociais de caráter popular, como os movimentos negros e feministas (Oliveira, 1998:27).

A FUNAI, uma nova instituição encarregada de administrar a questão indígena, criada ainda em 1967, herdou os problemas do falido SPI e não conseguiu modificar seu caráter integracionista. Sua vinculação ao Ministério do Interior, que era o responsável pela elaboração de políticas públicas de incentivo às grandes empresas nacionais e internacionais, já indica as prioridades de sua atuação.

O resultado de suas políticas foi o incentivo à exploração econômica nas terras indígenas, a fim de integrar as comunidades ao sistema econômico e produtivo do mercado. Assim, a FUNAI, ao invés de trabalhar a favor dos interesses dos índios, atuou a favor de grandes empresários que queriam explorar economicamente essas terras, mesmo que suas ações prejudicassem os indígenas.

A demanda histórica do movimento indígena brasileiro é a questão da terra, que já expropriada pelo colonizador continuou a ser explorada por empresas que, além de se apossarem dessas terras, transformaram os povos indígenas em mão de obra barata para sua produção, o que manteve o processo de assimilação cultural. Segundo Sousa Santos, *“Quando a frente econômica do capitalismo se intromete na terra indígena (...) introduz brutalmente a propriedade privada e rompe com a produção comunitária, voltando para o mercado e transformando os indígenas em meros assalariados”* (Sousa Santos, 1981:41).

Marés destaca que a sobrevivência dos povos indígenas e de suas culturas está estritamente ligada à questão da terra, pois esta é fonte de sobrevivência direta, através do cultivo, caça e pesca, e fonte de toda referência cultural. É o espaço onde se assentam sua religiosidade, ancestralidade, cuidados com a saúde etc. O distanciamento de sua terra enfraquece/desequilibra sua cultura que está fortemente ligada ao meio ambiente ao qual pertence. (Mares, 2008:120)

Tal conjunto de problemas, somados à deturpação do papel da FUNAI, vai despertar os indígenas para sua necessidade de mobilização frente aos interesses privados e ao Estado. A própria incompetência do Estado será responsável pela mobilização dos indígenas contra ele, e, em conjunto com entidades de apoio aos indígenas e outras entidades da sociedade civil engajada, as comunidades impulsionaram a luta por melhores condições de vida e pela manutenção de seus direitos e culturas. O esvaziamento político e o enfraquecimento da FUNAI ao longo do tempo permitiram o fortalecimento e a consolidação dos movimentos indígenas

através de suas organizações, fazendo dos indígenas agentes políticos e porta-vozes de suas reivindicações.

As assembleias indígenas iniciadas na década de 70 deram visibilidade às suas demandas e as denúncias sobre os problemas causados pela aculturação forçada. Na época, as lideranças indígenas conseguiram também romper a barreira de suas comunidades para se comunicar com outras etnias e ampliar sua capacidade de pressão. Será o momento da consolidação das tradicionais lideranças indígenas e da abertura de um novo horizonte na organização política desses povos.

Exemplo dessa mobilização foi a I Assembleia de Líderes Indígenas que aconteceu na cidade de Diamantino, Mato Grosso, no ano de 1974, e que tinha como uma de suas principais pautas a demarcação das terras indígenas, questão que causa até hoje conflitos entre indígenas e fazendeiros no estado e em outras regiões do país. Essa assembleia consolidou a participação indígena ao contar com a presença de 16 lideranças indígenas de todas as partes do Brasil e também com representantes da sociedade civil e do CIMI. A II Assembleia de Líderes Indígenas ocorreu na cidade de Alto Tapajós, em maio de 1975, e teve a presença de 33 lideranças indígenas, pautando, novamente, a luta pela terra e a participação indígena nas ações políticas relativas a eles. Um aspecto que ganhou grande destaque na segunda assembleia foi a demanda de união de todos os povos indígenas e a organização de um grupo com o objetivo de sensibilizar órgãos públicos, federais e estaduais sobre a situação e problemas pelos quais passavam os povos indígenas.

As Assembleias indígenas, assim como o florescimento dos movimentos sociais indígenas se deram em um período da história do Brasil marcado pela repressão do regime militar. As assembleias indígenas foram proibidas e reprimidas pelas forças armadas e até pela própria FUNAI. Em Roraima, por exemplo, a assembleia indígena foi dissolvida pela FUNAI com a ajuda da Polícia Federal e outras lideranças. A própria ideia de “União dos Povos Indígenas”, que por anos foi slogan do movimento e da Assembleia, foi vista pelos militares como uma ameaça à soberania nacional, proibindo os slogans que tiveram que ser substituídos pelo de “Sociedades Indígenas”. (Oliveira, 1988)

Apesar da repressão, foi a partir desse momento que os encontros e assembleias indígenas passaram a se multiplicar, fruto da necessidade indígena de se articular em rede em busca de seus direitos. É nesse espírito que surge a União das Nações Indígenas (UNI) em 1970. Formada por estudantes indígenas de Brasília, a UNI passou a ser exemplo de luta da causa indígena e modelos de articulação entre os indígenas de todo Brasil e de outros países.

Uma das principais vitórias atribuídas à organização da UNI foi a inserção na Constituição Federal de 1988 dos artigos 231 e 232, que reconhecem a organização, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas, além dos direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Ao Governo Federal (União) delega-se a competência de demarcar e proteger essas terras indígenas, assim como de fazer respeitar todos os direitos dos povos. A partir da Constituição, os indígenas e suas organizações passaram a ser vistos como entes legítimos para defender em juízo seus direitos, cabendo ao Ministério Público ser mediador em todas as fases do processo judicial. Lamentavelmente, na prática, esses preceitos têm se concretizado apenas parcialmente. Mesmo assim, pela primeira vez no Brasil, os indígenas puderam ter voz e defender por eles mesmos seus interesses, não necessitando para isso de interlocutores.

Posteriormente, a UNI acabou se desarticulando devido à grande diversidade de povos indígenas no Brasil e da dificuldade de organizar ações em território extenso como o Brasil, o que não foi exclusividade dos movimentos indígenas, mas atingiu de modo mais incisivo. Contudo, a UNI gerou importantes frutos como a União das Nações Indígenas do Acre e outras organizações regionais que após se estruturarem localmente, novamente se uniram para criar, em 1992, o Conselho de Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (CAPOIB).

Outras importantes vitórias indígenas no período de maior influxo de suas mobilizações foram a queda do presidente da FUNAI, em 1979, e a expulsão de grande latifundiários, e até mesmo de muitas empresas madeireiras. Conquistas foram conseguidas ao custo de muitas vidas.

Na luta dos direitos indígenas, outra importante organização, já citada, foi o Conselho Indígena Missionário (CIMI), criado com a função de ajudar indígenas na luta pelo resgate de sua identidade e pelo direito à terra. O CIMI foi fundamental nas

Assembleias que aconteceram no país entre os anos 1974 e 1980 e foi responsável pela mobilização que mostrou à sociedade brasileira a presença de um de seus atores sociais e políticos até então esquecido: o índio.

Apesar disso, a presença do CIMI como representante da igreja nas Assembleias causou grande desconforto, não só nos setores mais conservadores da igreja, com o modelo catequético, evangelizador e etnocida de outrora, como nos latifundiários, empresários e políticos, que viam a presença da igreja ao lado dos índios como uma ameaça aos seus interesses, mas não conseguiram limitar seu crescimento. Em síntese, foi ao longo de duas décadas, de 70 a 90, que o movimento indígena consolidou sua maturidade política. Um dos últimos movimentos a coroar esta mobilização foi o “Movimento Brasil 500 anos”, que contou com a participação de mais de quatro mil indígenas e culminou na “Marcha Indígena 2000” e na Conferência dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil. (FUNAI, 2011)

Assim o movimento indígena no Brasil foi crescendo e se articulando com a criação de outras associações e conselhos, chegando a ocupar hoje cargos em órgãos do governo federal. Isso não indica que os indígenas não continuam sendo alvo das políticas estatais assimilacionistas ou que não sofram com a falta de verba e até mesmo com a pouca atenção dispensada pelo Estado.

No que se refere às demandas indígenas por saúde, nota-se que elas ainda não estão entre as principais pautas de reivindicação. Essas demandas estão relacionadas com a busca de uma série de outros direitos sociais que ainda são negados aos indígenas, como educação e trabalho. A reivindicação indígena por saúde pode ser notada mais efetivamente nas conferências de Saúde Indígena, questão que será discutida no capítulo sobre sistemas de saúde interculturais.

4. Novo Constitucionalismo Latino-Americano

4.1 Um Breve Histórico: O Estado-nação e a Construção da Identidade Nacional

O marco histórico comumente estabelecido para o surgimento do Estado Moderno na Europa é o século XV⁷⁷. Neste período, se deu a formação do Estado composto por uma burocracia centralizada, capaz de exercer soberania de deter o poder da guerra e da taxaço de impostos (poder econômico). Em relação aos cidadãos, o Estado moderno tem a obrigação de garantir e promover segurança (estado opressor), manter a ordem, fazer respeitar as leis e direitos de propriedade (ligados à soberania interna), assim como, manter independência em relação ao poder da igreja e de outros Estados (soberania externa). (Fukuyama, 2004:9)

Pelas características de formação de um Estado composto por vários territórios diferentes, a existência do reinado dependia diretamente do rei ser o Estado reconhecido pelos súditos, e que estes se identificassem com ele. Desta forma, o soberano não poderia responder apenas a um grupo ou região específica, o que geraria conflitos que ameaçariam sua continuidade, mas deveria se identificar com todos os indivíduos criando um sentimento de pertencimento a um lugar e a valores comuns: a nacionalidade. A construção de uma identidade nacional passa a ser fonte fundamental do exercício do poder pelo soberano. Segundo Boaventura de Sousa Santos:

“(...)el concepto de Estado moderno (...) se asienta en la idea de nación cívica – concebida como el conjunto de los habitantes (no necesariamente residentes) de un cierto espacio geopolítico a quienes el Estado reconoce el estatuto de ciudadanos – y, por lo tanto, en la idea de que en cada Estado sólo hay una nación: el Estado-nación”. (Sousa Santos, 2010:06)

Contudo, além de uma pretensa manutenção do poder, a criação de uma

77

Alguns historiadores citam o século XV como sendo o princípio dos Estados modernos, atribuindo este mérito aos Estados italianos do Quattrocento. Já para outros historiadores, o surgimento do estado moderno se dá a partir das disputas entre reinados da Europa nos anos de 1280 e 1360. (Fukunhama apud Genet, 2004)

identidade nacional como “uma nação, um povo” trouxe consigo uma série de problemas. A unificação da nação e a criação de uma identidade nacional, baseada na imposição de valores hegemônicos, também suprimiram a diversidade cultural dos povos. Ao se estabelecer uma língua e uma religião oficial, estabelecia-se também uma forma de dominação cultural e de supressão de culturas distintas.

Desta forma, balizados pelas palavras de Magalhães (2009), pode-se afirmar que “A formação do Estado moderno está, portanto, intimamente relacionado com a intolerância religiosa, cultural, a negação da diversidade fora de determinados padrões e limites. O Estado moderno nasce da intolerância com o diferente, e dependia de políticas de intolerância para sua afirmação”. (Magalhães, 2009)

Os Estados Nacionais não foram pensados como espaços da convivência entre diferentes culturas, mas como promotores de homogeneização delas, seja através da integração, assimilação e/ou “invisibilização” das nacionalidades ou das etnias minoritárias.

Na América Latina, onde os Estados Nacionais modernos foram construídos por grupos que, mesmo numericamente menos representados, conseguiram se estabelecer como grupo de mais poder político e econômico, mantendo uma elite e um modelo de Estado-nação que não seria inclusivo. Contudo, e diferente da Europa, na América Latina, não havia a preocupação de incluir etnias minoritárias nessa nacionalidade, fazendo assim com que milhões de indígenas e imigrantes forçados (escravos) fossem excluídos das novas nações e da possibilidade de manter sua cultura e ter sua cidadania completamente respeitada, permanecendo à margem do resto da sociedade e sendo vítimas de uma série de mazelas sociais.

Quando Quijano (1997) se referiu à formação do Estado Nacional na América Latina, caracterizou este processo como “colonialidade do poder⁷⁸”, isto é, uma

78

A “colonialidade do poder” é o modo como a ideia de raça e racismo se torna o princípio organizador que estrutura todas as múltiplas hierarquias do sistema-mundo. Por exemplo, as diferentes formas de trabalho que se encontram articuladas com a acumulação de capital no âmbito mundial são distribuídas de acordo com esta hierarquia racial; o trabalho coercivo (ou barato) é feito por pessoas não europeias situadas na periferia, e o “trabalho assalariado livre” situa-se no centro. O poder consiste na articulação entre: 1) a colonialidade do poder, isto é, a ideia de “raça” como fundamento do padrão universal de classificação social básica e de dominação social; 2) o capitalismo, como padrão universal de exploração social; 3) o Estado como forma central universal de controle da autoridade coletiva e o moderno Estado-nação como sua variante hegemônica; 4) o eurocentrismo como forma hegemônica de controle da

articulação de relação produtiva mediada pelo sentimento de racismo em relação ao índio e pela exploração de mão-de-obra gratuita. Esta formação estatal é reflexo também da mentalidade das suas elites, voltadas para valores externos europeus e para interesses econômicos não nacionais. Anibal Quijano usa assim a designação de “colonialidade” para se referir a típicas situações coloniais que podem ser encontradas na atualidade. Apesar de o estatuto colonial ter sido superado e as relações servis abolidas, ainda se mantém a estrutura de poder de exploração cultural, exploração econômica, exclusão de participação política, etc.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas começou a mudar. Nos últimos 30 anos, a América Latina vem passando por uma série de importantes transformações sociais. Os processos de redemocratização dos países que foram submetidos a ditaduras militares, a ampliação da participação política na abertura política e a resposta para as condições socioeconômicas que se implementam nas reformas política/econômica e social de cunho liberal – que levou milhões de indivíduos a uma situação de miséria – possibilitaram o crescimento e fortalecimento de grupos sociais em busca de seus direitos baseados nos pressupostos de uma cidadania étnica, na América Latina, destacam-se os povos indígenas ⁷⁹.

O avanço da cidadania étnica dos povos indígenas como portadores de direitos e como protagonistas de seu futuro, a legitimação da nova organização em movimentos sociais e a possibilidade de instrumentalizar tratados internacionais de direitos humanos, como a Convenção 169, aos poucos foram alertando e

79 subjetividade/intersubjetividade, em particular no modo de produzir conhecimento. (Quijano, 1997)

Boaventura de Sousa Santos (2007) aponta como transformações sociais típicas do continente latino-americano que tiveram seu surgimento na década de 80: (a) a criação de novas práticas e alternativas de solução, como é o caso do Fórum Social Mundial; (b) o fortalecimento de novos atores e novas práticas transformadoras como os movimentos indígenas e camponeses; novas formas de organização cultural, como o enfraquecimento de partidos e aparecimento de outras instâncias como os conselhos; (c) Reivindicação e demanda cada vez maior sobre as terras; (d) desmercantilização com o crescimento de organizações solidárias, comunitárias, cooperativas, junto da luta contra as privatizações, lutas ecológicas, indígenas que também passam a trabalhar em conjunto; e por fim; (e) Uma educação popular que cultivam outros saberes que não são os científicos, mais que também são importantes, fatos que somados caracterizam o fracasso do modelo neoliberal. (Sousa Santos, 2007: 15 e 16)

pressionando alguns países latino-americanos para a necessidade de modificação de sua estrutura jurídica, a fim de acabar com a exclusão histórica e o não reconhecimento de direitos desses povos. Abriu-se assim espaço para o florescimento nos textos constitucionais, que Sousa Santos vai denominar de *“cidadania multicultural”*.

O processo de aperfeiçoamento do direito internacional e, em especial, o acordo assinado na Convenção 169 foram fundamentais para um consenso entre os países membros do sistema internacional de direitos, de modo a permitir o reconhecimento do caráter multiétnico e das demandas de cidadania étnica pelos Estados assinantes. Como resultado, deu-se um processo de internacionalização dos princípios mediante reformas constitucionais dos países latino-americanos.

Vários países incorporaram em sua Constituição as demandas de cidadania étnica: a Guatemala (1986), a Nicarágua (1987 e 1995) e o Brasil (1988), a Argentina e o Panamá (1994), a Bolívia (1995 e 2009), a Colômbia (1991), o Equador (1996, 1998 e 2008), o México (1992 e 2001), o Paraguai (1992), o Peru (1993) e a Venezuela (1999). Segundo Raquel Farjado (2009), há três ciclos de reformas constitucionais multi/pluriculturais na América Latina.

O primeiro ciclo tem início nos anos 80 e é caracterizado pela introdução dos direitos de identidade cultural, seja ele individual ou coletivo, assim como pela inclusão de direitos específicos para os povos indígenas. Exemplo desse modelo seria a Constituição da Guatemala (1985) e da Nicarágua (1987), elaboradas no momento em que esses dois países estavam saindo de conflitos bélicos e tentando reconciliar suas sociedades. O Brasil (1988) também faz parte deste ciclo já que sua Constituição foi construída simultaneamente à discussão da Convenção 169, contudo apesar dessa simultaneidade dessas discussões a Convenção 169 não foi incorporada à Constituição Brasil. (Fariado, 2009)

O segundo ciclo ocorreu durante os anos 90 e incorporou os direitos contidos na Convenção 169. Além de afirmar o direito individual e coletivo à identidade e à diversidade cultural, a Convenção se estende ao conceito de “Estados multicultural” e “Estados Pluriétnicos”, qualificando assim a natureza da sociedade que a compõem. Nessa fase, reconhece-se o pluralismo jurídico e confere-se uma série de

direitos sociais⁸⁰ a essas populações. Fazem parte deste segundo ciclo as Constituições da Colômbia (1991), México e Paraguai (1992), Peru (1993), Argentina e Bolívia (1994), Equador (1996 e 1998) e Venezuela (1999). (Farjado, 2009)

Já o terceiro ciclo ocorre na primeira década do século XXI, com a implantação dos Estados Plurinacionais, como é o caso da Bolívia e do Equador (2008), e com a proposta de modelos que são baseados no pluralismo legal e igualitário e no diálogo intercultural. Estas Constituições, construídas após anos de crises econômicas – resultado das políticas liberais – reconhecem não somente os indígenas como parte de uma sociedade construída sobre a diversidade cultural, mas também como nações originárias. Deste modo, assume-se que o indígena, individual e coletivamente, é sujeito de direito. Também nessas constituições se reconhece seu direito de autodeterminação e autonomia. (Farjado, 2009)

Nessas reformas⁸¹, todos os países andinos incorporam elementos da Convenção 169 em seus dispositivos constitucionais. Entre eles está: a incorporação do caráter pluricultural do Estado e do direito à identidade Cultural individual e Coletiva – rompendo assim com a ideia de um Estado-nação, monocultural e monolíngue; o reconhecimento de igual dignidade das culturas – rompendo com a supremacia institucional da cultura ocidental; o reconhecimento dos indígenas como sujeitos políticos, com controle de suas próprias instituições e desenvolvimento econômico, superando o tratamento tutelar; o reconhecimento de diversas formas de participação, representação e consulta aos povos indígenas – rompendo com a ideia de que somente o poder público pode representá-los; o reconhecimento do direito consuetudinário e jurisprudência especial; e o reconhecimento dos Direitos Sociais, entre eles o direito à terra. (Farjado, 2009)

Por outro lado, muito embora a ratificação da Convenção 169 seja quase generalizada nas constituições latino-americanas, existem brechas entre as normas internacionais e nacionais. Segundo o ex-relator especial para questões indígenas da Organização das Nações Unidas, Prof. Dr. Rodolfo Stavenhagen, no Relatório

80

O período dos anos 90 é conhecido na América Latina como década das reformas liberais. Neste contexto, apesar de terem sido conquistados direitos sociais aos povos indígenas, estes direitos ficaram subordinados às políticas econômicas, sendo assim pouco efetivados. (Farjado, 2009)

81

Excetuando o Chile que apenas recentemente ratificou a Convenção n.º 169.

sobre a situação dos povos indígenas na América referente ao período 2002-2007, há falta de recursos e de vontade política para fazer valer as normas da Convenção. (Stavenhagem, 2008)

4.2 Uma nova concepção de Estado

Segundo a Convenção 169, a base fundamental do reconhecimento dos direitos indígenas e a Declaração Universal dos Povos Indígenas são o princípio da autonomia, com base jurídica e condição política. O princípio da autonomia é composto ao menos por três elementos: a) Autogoverno: Possibilidade de exercer governo próprio, com suas próprias autoridades, capacidades de tomar decisões em determinadas esferas públicas e de exercer poderes para estabelecer regras internas e administrar dos seus assuntos; b) Base Territorial: Definição de âmbitos territoriais onde as povos indígenas possam exercer seu autogoverno, ter responsabilidades e praticar seus direitos; c) Competências: o conjunto de poderes e funções atribuídas às entidades territoriais autônomas pelo ordenamento jurídico nacional; e d) Representação e Participação Política: participar de todas as esferas de governo em que se produzem políticas que os atingem. (Sánchez, 2009: 69-77)

O novo constitucionalismo latino-americano trouxe consigo novas formas de pensar o Estado e alternativas para incluir os povos indígenas. Estas diretrizes, porém, estão longe de ser um consenso entre os países e foram implementadas de acordo com várias interpretações, em cada país. E períodos distintos.

A denominação da política para tratar da heterogeneidade étnica e de diferentes nações no interior de um país é diversa na Teoria Social e na prática política, ora fala-se em Plurietnicidade, ora multiculturalismo ou interculturalidade⁸²,

82

Stuart Hall (2003) considera o conceito de multiculturalismo como aquele que se refere às políticas para tratar a diversidade quanto para caracterizar as sociedades heterogêneas. Entretanto, não há consenso entre os autores quanto ao conceito, nem quanto à pertinência de considerar a alternativa como a melhor política a ser executada em relação para os povos indígenas e minoritários, por exemplo. Kymblicka (1996) distingue, assim, a possibilidade de ações estatais diferentes quando se trata das minorias étnicas ou quando a questão são minorias nacionais nativas. Os críticos (Teixeira (2010), Diaz Polanco (1995) entre outros) preferem, porém, o conceito de Interculturalidade, como processo que se constrói no diálogo entre culturas, e que, etnicamente, implica um respeito e vontade de construir consenso. Algo que, em tese, o multiculturalismo não teria como preocupação. Esta ideia encontra-se diluída na proposta da

ora Plurinacionalidade. Para fins de especificações das políticas de diversidade, Álvaro Garcia Lineira⁸³ (2003) afirma que:

“En sociedades multiétnicas o multinacionales, la comunidad política sólo se puede construir mediante mecanismos que, sin eliminar la particularidad cultural de las personas, haga que éstas tengan las mismas oportunidades y derechos para constituir parte de la institucionalidad política. La comunidad política como lugar de ciudadanía sería entonces un proceso de construcción colectiva en el que las diversas identidades étnicas excluidas estarían reconocidas en sus prerrogativas y poderes como colectividades. Esta ciudadanía diferenciada puede asumir varias formas, como el Estado autonómico o el Estado multinacional.” (Gracia Lineira, 2003: 188, 189)

Antes de entrarmos no debate sobre a diferenciação entre cada um desses conceitos, é importante destacar que essas mudanças, apesar de representarem importantes transformações constitucionais e estruturais nos países, em nenhum momento rompem com a ideia de Estado, soberania e unidade territorial. São propostas de novos desenhos e formas de agir das instituições políticas e das legislações, assim como também são alternativas de organização social e de mentalidade da população. Tais operações, por tratarem de modificar não apenas os desenhos administrativos, mas também as estruturas de pensamento colonial, não são de fácil aplicação e necessitam assim de um amplo processo de implementação antes que tenham efetivos resultados.

Um primeiro modelo de Estado proposto tem sido denominado como *Estado Pluriétnico*. De modo sintético, reconhece-se nas instituições públicas e legislações a existência de diversas etnias dentro do Estado, promovendo assim políticas públicas de inclusão e de promoção da igualdade desses povos. Por exemplo, o Estado Pluriétnico pode promover a aceitação e propiciar que esses povos vivam segundo suas formas de organização política, de religião, língua etc. Seria uma

hermenêutica diatópica de Boaventura de Sousa Santos (2006). Finalmente, a definição de Plurietnicidade ou pluriculturalidade não encontra na literatura acadêmica um suposto especial que os caracterize como conceito, muito embora, nos textos constitucionais, seja utilizado como alternativa de multiculturalidade, conforme indicamos neste item.

83

Álvaro Garcia Lineira é teórico social, político e vice-presidente da Bolívia desde 2005. Quando assume o governo junto ao indígena Evo Morales, Lineira continua a ser convidado como o intelectual das transformações na Bolívia.

espécie de primeiro passo para a promoção da cidadania étnica no Estado. Este modelo de Estado é adotado no Brasil. (Tapia, 2004)

Um segundo modelo implementado pode ser denominado como Estado Multicultural. Tal modelo se edifica sobre a ideia de uma superação do estado colonial, não somente do ponto de vista formal, mas de suas estruturas do Estado, a partir da eliminação das monoculturalidade das instituições políticas e da democratização das estruturas do Estado.

Neste modelo, o Estado deve propiciar a participação política das diferentes culturas dentro de suas estruturas de poder a partir de um modelo de participação formal ou através do modelo de participação tradicional desses povos. Propõem-se também a ampliação e complexificação das instituições políticas em termos multiculturais, ou seja, a promoção de uma articulação legislativa e governamental que permita a participação de diferentes grupos em sua composição, gerando assim uma espécie de justiça e igualdade política, pressupostos para a busca de outros níveis de igualdade de direitos sociais e civis.

O Estado Multicultural também reconhece a autonomia política dos povos indígenas e a promoção da integração dessas culturas ao cenário político nacional. Tal modelo é utilizado em países como a Venezuela, onde os indígenas, seja na esfera municipal, estadual ou federal, têm número mínimo de assentos garantidos nos órgãos legislativos, nas instituições públicas, nas universidades etc. (Tapia, 2004)

4.3 Um Novo Modelo: Estado Pluricultural

O modelo de Estado Plurinacional⁸⁴ conceituado por Álvaro Garcia Lineira, no caso do Estado Boliviano, se baseia na quebra do monopólio étnico do Estado, permitindo que todas as etnias possam compartilhar do poder e das estruturas de reconhecimento social de forma igualitária. (García Linera, 2004) É a

84

A ideia de plurinacionalidade pode ser descrita de duas formas, a “Liberal”, que corresponde à formação política e identitária de indivíduos que pertencem a um espaço geopolítico do Estado (um estado, uma nação) sendo considerados livres e juridicamente iguais, e o “Comunitário Liberal” formado por identidades culturais diferentes da política (ex. povos indígenas), sendo que este último conceito de nação completa-se ao conceito de autodeterminação, que é distinto da independência, ou seja, a plurinacionalidade. Álvaro Garcia Lineira argumenta ainda que pode haver um Estado Pluricultural Socialista.

despersonificação, por parte do Estado, de uma só nacionalidade para atribuir equivalência a várias nacionalidades dentro do Estado.

É importante compreender que existem nações que possuem tradição e cultura que são diferentes das nações-estado ocidentalizados ou com herança colonial, mas que, ao compartilharem o mesmo espaço, necessitam para o desenvolvimento comunitário um nível de autodeterminação, o que não implica a busca de independência dos Estados em que se encontram (Sousa Santos, 2007).

Assim observa-se que os indígenas não reivindicam sua independência, mas o direito de viver sua cultura, de manter suas formas tradicionais de organização e o direito de administrar seus recursos naturais dentro de limites estabelecidos, como o Estado central. Assim, ao contrário de uma coincidência entre Estado e Nação, é possível observar a existência de nações sem Estado, visto que as identidades são culturais e não políticas, e que esses povos, ao se desenvolverem a partir de suas tradições comunitárias históricas, necessitam do poder autônomo de reger suas vidas e espaços em que habitam de acordo com suas regras, crenças e valores. O que a legislação internacional chama de autodeterminação. (Sousa Santos, 2007)⁸⁵

O exemplo histórico da implementação de um modelo de Estado Pluricultural é caso da Bolívia, que definiu o reconhecimento e existência empírica de distintas nações sob a mesma forma estatal. Segundo Álvaro Garcia Lineira:

“(...) un Estado efectivamente democrático requeriría reconocer, a gran escala, en el ámbito de las tomas de decisión fundamentales de las políticas públicas, el legitimidad institucionalizada de las distintas maneras de practicar y entender la democracia como un hecho que enriquece la comprensión de la democratización del poder político. Esto es precisamente el carácter multiinstitucional del armazón estatal que, juntamente con una redefinición de las etnicidades legítimas y las normas prácticas y soberanías étnicas, podrían dar lugar a un tipo de Estado plurinacional y multicivilizatorio.” (Garcia Lineira 2004: 51)

Dentro desta forma estatal, é possível criar formas infraestatais de

85

Tanto a Convenção 169 (OIT) quanto a Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas (ONU) conferem aos indígenas o Direito à Autodeterminação.

organização política, econômica e territorial autonômica. Segundo Álvaro Garcia Linera, a realização dessa estrutura infraestatal autonômica implica:

“(...) garantizar mediante una concepción pactista del poder, la convivencia mediante la articulación de la pluralidad en la unidad política común de una sociedad diferencial, esto es, que tiene comunidades nacionales y otras que no son. El primer paso para ello es el otorgamiento de autonomías regionales por comunidad lingüística y cultural con distintos grados de autogobierno político, dependiendo de la densidad política y extensión de las identidades culturales demandantes.” (Garcia Linera, 2004: 37, 38)

Desta forma, pode-se entender essa estrutura infra-estatal autonômica como uma entidade de caráter regional, com administração própria dentro do Estado Plurinacional, de maneira tal que possua responsabilidades explícitas na elaboração de políticas, tanto no âmbito social, como econômico e cultural, ou seja, não é um modelo de Estado, mas sim de criação de departamentos ou regiões territoriais autonômicas dentro do Estado Pluricultural que o reconhece e o permite.

Segundo Boaventura de Sousa Santos (2010), o Estado Pluricultural traz consigo as seguintes implicações:

“(..) el reconocimiento de la plurinacionalidad significa otro proyecto de país, otros fines de la acción estatal y otros tipos de relación entre el Estado y la sociedad. El reconocimiento de las diferencias nacionales o culturales no implica una yuxtaposición de cosmovisiones sin reglas o un hibridismo o eclecticismo sin principios. Al contrario, incluye jerarquías entre ellas, dentro de una misma cultura o nación puede preferir algunas versiones en detrimento de otras, ya que las diferentes naciones o identidades culturales en presencia están lejos de ser homogéneas.” (Sousa Santos, 2010)

O Estado Plurinacional está relacionado à refundação do Estado Nacional e ao fim da homogeneização que representa este Estado, o que por sua vez exige a aceitação e integração, através do exercício da interculturalidade, de diferentes conceitos de nação dentro de um só Estado, o que não pode ser culturalmente neutro, a custo de tal postura favorecer uma cultura dominante e impedir a promoção da igualdade cultural. O Estado Pluriculturanacional, pelo contrário, deve

reconhecer e incentivar a diversidade linguísticas e religiosa, como uma forma de enriquecer o próprio Estado. (Sousa Santos, 2007)

Boaventura de Sousa Santos ainda considera que as formações de Estados Plurinacionais devem ser regidos por três princípios centrais: Reconhecimento Recíproco; Continuidade (sendo importante conhecer o passado); e Consentimento. Esses princípios são difíceis de alcançar e exigem sociedades descentralizadas, convivência democrática, um Estado ativo e altamente democrático. (Sousa Santos, 2007; 28)

O Estado Plurinacional, conceitualizado por Santos como uma forma estatal de “terceira alternativa de constitucionalismo” ⁸⁶, precisa estar alerta para três possíveis riscos: o fato de a nova repactuação poder ser uma forma de articular as contradições que existem no Estado Moderno, anteriormente invisíveis devido à ação de atores políticos; a diferenciação do Estado Moderno pela equivalência entre o simultâneo e o contemporâneo “Quando um campesino se encontra com um executivo do Banco Mundial esse encontro é simultâneo, porém não ocorre entre contemporâneos” (Sousa Santos, 2007 p 24) e o Pluralismo Jurídico, pois países não podem ter um sistema unitário, deve ser unificado, porém, não uniforme, criando formas de convivência. O objetivo não é a uniformidade, mas o reconhecimento da diferença. As diferenças exigem instituições apropriadas e compartilhadas (Sousa Santos, 2007).

O autor ainda alerta para sete dificuldades que devem ser ultrapassadas para refundar o Estado e construir um Estado Plurinacional: a dificuldade para refundar uma instituição com mais de trezentos anos; o fato de que sua transformação supor uma luta política, mas também social, cultural e subjetiva; o fato de implicar uma ampla aliança social; ao ser uma demanda civilizatória, requerer uma pedagogia intercultural e políticas de reconhecimento; não bastar uma mudança política e institucional pois, se requer uma mudança das relações sociais, culturais e econômicas; o fato de supor, para o movimento indígena, a recuperação de práticas

86

Existem, segundo Boaventura de Sousa Santos, três tipos de constitucionalismos que devem ser pensados ao restabelecer um pacto para a construção de um Estado Plural. O primeiro é o modelo antigo que teve maior duração e era informal. O segundo um modelo moderno estabelecido por um ato livre que impôs regras por meio de um contrato social, que aceita uma dupla igualdade entre os indivíduos e os Estados Independentes e que é monocultural. O terceiro tipo de constitucionalismo é uma afirmação da plurinacionalidade. (Sousa Santos, 2007:21)

e instituições locais próprias que têm sobrevivido no tempo; e a influência que tem no imaginário coletivo o fracasso do Estado soviético e a sedução atrativa que exerce o estado do bem-estar impulsionado pela social democracia. (Sousa Santos, 2007)

Quanto à criação e refundação de novas estruturas estatais, temos na Bolívia um importante exemplo, visto que o Estado tem assumido o compromisso de criar “Assembleias Legislativas Plurinacionais”, tanto no espaço da união e dos departamentos quanto dos municípios. Esses espaços legislativos que contam com participação proporcional dos povos e nações indígenas são parte da instauração de um pluralismo jurídico a partir da instauração de uma jurisdição indígena, com a mesma hierarquia da jurisdição ordinária, e com o reconhecimento das competências jurisdicionais das autonomias, a criação do “Tribunal Constitucional Plurinacional” e do “Conselho Eleitoral Plurinacional”, igualmente com presença de membros da jurisdição indígena e ordinária. O Estado também incentiva uma estrutura econômica baseada na economia social e comunitária e a organização de territórios com diferentes níveis de autonomia (departamental, regional, municipal e de territórios). (Sánchez, 2009:87)

Para que o Estado não fique vulnerável a esses riscos, afirma Boaventura de Sousa Santos, é necessária a criação de ações afirmativas e de discriminação positiva, um critério de representação qualitativo, como, por exemplo, a representação por rotação. Como está sendo feito na Bolívia com a participação direta por meio de referendos e plebiscitos. Deve se criar uma nova geração de direitos coletivos, como o direito à água e à terra. (Sousa Santos, 2007:32)

Essa nova concepção de Estado, entretanto, não representa rompimento com a ideia de Estado-Nação, ou seja, com a ideia do respeito aos princípios da soberania e da unidade territorial, mas implica na realização de mudanças nas organizações do Estado e de transformações estruturais capazes de modificar a mentalidade da população e estabelecer uma nova organização social, mais inclusiva e igualitária, ou seja, outro modelo de Estado, uma outra forma de democracia. (Sousa Santos, 2007: 15 e 16)

Segundo Álvaro García Linera (2004), o princípio da mudança, em sociedades multiétnicas como as latino-americanas, deve começar pela

“comunidade política”, possibilitando a inclusão de todas as pessoas sem eliminar a sua diversidade cultural e propiciando assim que todos tenham os mesmos direitos e oportunidades. Na análise de Boaventura de Sousa Santos:

“(…) es necesario tener en cuenta que el reconocimiento de la plurinacionalidad significa otro proyecto de país, otros fines de la acción estatal y otros tipos de relación entre el Estado y la sociedad. El reconocimiento de las diferencias nacionales o culturales no implica una justaposición de cosmovisiones sin reglas o un hibridismo o eclecticismo sin principios. Al contrario, incluye jerarquías entre ellas, dentro de una misma cultura o nación puede preferir algunas versiones en detrimento de otras, ya que las diferentes naciones o identidades culturales en presencia están lejos de ser homogéneas”. (Sousa Santos, 2010)

Ainda segundo Álvaro Garcia Lineira (2004), a construção de um Estado Plurinacional pressupõe a existência de mais um modelo de Estado, o Estado Autônomico, visto que o reconhecimento de várias nações dentro do mesmo Estado necessita do reconhecimento também de diferentes maneiras de organização política e econômica. Segundo Garcia Lineira, para a construção do Estado Plurinacional:

“El primer paso es el otorgamiento de autonomías regionales por comunidad lingüística y cultural con distintos grados de autogobierno político, dependiendo de la densidad política y extensión de las identidades culturales demandantes. Entendemos como autonomía a un arreglo institucional que ‘delimita una entidad o una serie de entidades de carácter regional con administración propia dentro de un Estado, de manera que tengan responsabilidades explícitas en la elaboración de políticas en uno o más ámbitos de tipo político, económico o cultural (...). El objetivo de la autonomía territorial es ceder responsabilidades sobre materias específicas y, en algunos casos, permitir un cierto grado de autodeterminación a un grupo que constituye la mayoría dentro de los límites de una determinada región.” (Garcia Linera, 2004: 37, 38)

Por fim, e ainda de acordo com análise de Boaventura de Sousa Santos pode-se dizer que:

“En el lenguaje de los Derechos Humanos, la plurinacionalidad implica el reconocimiento de derechos colectivos de los grupos sociales en situaciones en que los derechos individuales de las personas que los integran resultan ineficaces para garantizar el reconocimiento y la persistencia de su identidad cultural o el fin de la discriminación social de que son víctimas. Como lo demuestra la existencia de varios Estados Plurinacionales (Canadá, Bélgica, Suiza, Nigeria, Nueva Zelanda, etc.), la nación cívica puede coexistir con varias naciones culturales dentro del mismo espacio geopolítico del mismo Estado” (Sousa Santos, 2010)

Somente nessas condições pode ocorrer o que Rodolfo Stavenhagen, Relator Especial sobre a situação dos Direitos Humanos e as Liberdades Fundamentais dos Povos Indígenas, do Conselho de Direitos Humanos da ONU, afirmou:

“El nuevo constitucionalismo pluralista destaca el reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos políticos y no sólo como objetos de políticas que dictan otros; un cambio en la identidad del Estado-nación que ahora se reconoce como multiétnico y pluricultural; el derecho individual y colectivo a la propia identidad, y el reconocimiento del pluralismo jurídico” (Stavenhagen, 2008:16)

Entretanto, implementar este processo institucionalmente, desenvolver e adaptar a justiça e as leis às novas tendências da cidadania étnica, e ampliar o acesso dos indígenas aos novos instrumentos, facilitando sua apropriação, são tarefas ainda para ser verificadas nas experiências de cada país e na vontade de cada governo.

Na tabela a seguir, observar-se o estágio de conformidade que se estabelece até o ano de 2009, entre a legislação internacional e a normatividade internacional em cada país. É possível verificar que a Bolívia, junto com o Peru, é o terceiro país com leis que estão em conformidade com a Convenção 169, atingindo índice de 84%, índice próximo do primeiro colocado, a Colômbia. Já o Brasil está muito abaixo desse ranking, ocupando apenas a oitava posição, sendo que suas leis contemplam apenas 78% da Convenção. A tabela não inclui a Declaração Universal dos Direitos Indígenas, o que faria da Bolívia o primeiro colocado no Ranking.

Tabela 2. Conformidade de reformas constitucionais com a Convenção Nº 169 da OIT

Países	Porcentagem de Conformidade (%)
Colômbia	86
Nicarágua	86
Bolívia	84
Peru	84
Equador	82
Venezuela	82
Panamá	80
Brasil	78
Costa Rica	66
Chile	62
Argentina	56
México	56
Paraguai	44
Honduras	28
Guatemala	26
Guiana	6
El Salvador	4
Suriname	4
Belize	2
Uruguai	2

Fonte: Fajardo, 2009

A tabela 3 apresenta os eixos que caracterizam o tipo de Constituição em cada país da América Latina.

Tabela 3. Reformas Constitucionais

Ciclos/Reformas Constitucionais	Primeiro Ciclo	Segundo Ciclo	Terceiro Ciclo
Eixo	A emergência do multiculturalismo e o direito a diversidade cultural.	O Estado-nação e o reconhecimento do pluralismo jurídico interno	A demanda pelo Estado Plurinacional
Período	1928 – 1988	1989 – 2005	2006 – 2008
Exemplos de países	Guatemala – 1985 Nicarágua – 1987 Brasil – 1988	Colômbia – 1991 México – 1992 Peru – 1993 Bolívia 1994 e 2004 Argentina 1994 Equador – 1998 Venezuela – 1999	Bolívia – 2008 Equador – 2008
Quadro Normativo Internacional	– 1982 Grupo de Trabalho da ONU sobre Povos Indígenas – Revisão do Convenção 107 da OIT	– Adoção da Convenção 169 – México ratifica em 1991, seguem-se todos os países andinos	– Aprovação da Declaração das Nações Unidas sobre Direitos dos Povos Indígenas. – Pelo CDH 2006 – Pela Assembleia 2007
Contexto Nacional	– Países com alta diversidade cultural – Presença Indígena em Contextos Bélicos ou pós bélicos	– Articulação de movimentos com demandas indígenas – Políticas Neoliberais: Reformas estruturais dos Estados, redução de direitos sociais, abertura a transnacionais	– Grande presença indígena em constituintes – Fracasso de políticas neoliberais – Pressão para que Estado retorne a responsabilidade social
Sujeitos de direitos	– Comunidades (Nicarágua) – Grupos Étnicos (Guatemala) – Populações (Brasil)	– Comunidades – Povos Indígenas – Povos Originários (Peru)	– Comunidades – Povos Indígenas – Nações Indígenas (Bolívia) – Nacionalidades Indígenas (Equador)

Reconhecimento de:	<ul style="list-style-type: none"> – Direito a identidade cultural (Guatemala e Nicarágua) – Multietnicidade (Nicarágua) – Autonomias (Nicarágua) – Direitos Indígenas (Brasil) 	<ul style="list-style-type: none"> – Reafirma-se o direito a identidade e diversidade cultural – Do direito à diversidade passa-se à definição da nação república, estado multicultural. – Inclusão de uma lista de direitos coletivos indígenas – Reconhecimento do Pluralismo Jurídico: autoridades próprias, direitos (consuetudinário), justiça/jurisdição – Direitos de Consulta e Participação 	<ul style="list-style-type: none"> – Responsabilidade Social do Estado – Novos direitos sociais (Água ao bem estar) e da natureza (Equador) – Direito de Indivíduo, grupos, comunidades, povos nações, nacionalidades indígenas – Autonomia Indígena (Bolívia) – Jurisdição Indígena deve respeitar os direitos das mulheres (Equador), Direitos de Defesas e Garantias (Bolívia)
Limites	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhecimento da diversidade não modifica o caráter do Estado – Não se reconhece o pluralismo jurídico nem a jurisdição própria. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de acomodações de novas formas de participação e consulta com estruturas institucionais – Redução de responsabilidade social do Estado – Desregulamentação abre novas formas de penetração de transnacionais em territórios indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Novo texto de constituição da Bolívia reduz alguns avanços de texto inicial (exemplo, busca restringir justiça indígena a indígenas) e eliminou instancias mistas de controle constitucional – Discutiu-se (mas não deixou-se no texto final) controle misto intercultural de conflitos de competências que reflitam pluralismo jurídico igualitário.

Fonte: Fajardo, 2009

4.4 Saúde Indígena nas Novas Constituições

4.4.1 A Saúde Indígena na Constituição Boliviana

A primeira Constituição Boliviana, também conhecida como Constituição Vitalícia ou Bolivariana, remonta ao ano de 1826, um ano após a independência do país. Foi outorgada por Simon Bolívar, líder da luta por independência e que deu nome ao país, antes chamado de República Bolívar. Essa Constituição foi aprovada pelo Congresso de Chuquiasaca e teve duração de apenas dois anos, visto que, em 1831, sob o governo de Andrés de Santa Cruz, a fim de se estabelecer os territórios bolivianos foi outorgada uma nova constituição.

Ainda sob vigência do governo do presidente Andrés, foi outorgada a constituição de 1834, com complementos à Constituição anterior. A Constituição de 1834 terá duração de cinco anos, tendo sido substituída pela Constituição de 1839, sob comando do presidente José Miguel Velasco. Por sua vez, a Constituição do governo Velasco foi revogada e substituída em 1843, sob o governo do presidente José Ballivián, já sob uma tendência militar contará com uma existência de dez anos, sendo substituída pela Constituição de 1851, sob a visão do presidente Manuel Isidoro Belzu.

Em seguida vieram as constituições de 1861, sob comando do presidente José Maria Achá, a Constituição 1868, com presidente Mariano Melgarejo, a Constituição de 1871, com o presidente Agustín Morales, a Constituição de 1878, sob o presidente Hilarion Daza e a Constituição de 1880, com o presidente Narciso Campero. Será somente em 1899 que a Constituição será formulada por uma assembleia constituinte, e não por meios pouco democráticos, contudo a mesma não dura 21 anos se revogada na Convenção – Congresso de janeiro de 1921 que declara a constituição anterior inválida e restabelece a validade da Constituição de 1880. A próxima mudança de constituição ocorrerá em 1931 sob égide de uma junta militar. Nenhuma dessas constituições faz menção a direitos indígenas.

A Constituição militar foi revogada em 1938 com a volta do presidente eleito Germán Busch. Este, pela primeira vez na história da constituição boliviana, determina que os campesinatos, título que incluía os indígenas, têm direito a sua terra e que o Estado tem a obrigação de defendê-los em nome do interesse social.

Esta Constituição perde sua validade em 1945 com a constituição outorgada durante o governo do presidente Gualberto Villarrel, que mantém o direito já estabelecido e acrescenta a possibilidade de organização desses povos em sindicatos de trabalhadores. A duração desta Constituição se deu até 1947, quando foi revogada pelo governo do presidente Enrique Hertzog. A nova constituição não apresentou mudanças quanto aos direitos de terra dos camponeses. A próxima Constituição será a de 1961, comanda pelo presidente Vitor Paz Estensoro que estabelece a reforma agrária, nacionalização das minas e educação gratuita e obrigatória, direitos que atingiam os indígenas, visto serem parte dos beneficiados mudanças, ainda que essa mudanças tivessem caráter integracionista. Esta constituição será substituída pela Constituição de 1967, que ratifica o regime agrário e camponês, assim como institui a figura dos partidos políticos.

A primeira vez que uma Constituição Boliviana reconhece a composição multiétnica e pluricultural de sua sociedade na composição do Estado ocorreu com a reforma constitucional de 1994 ⁸⁷, no artigo 1º:

“Artigo 1: Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en República unitaria, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unidad y la solidaridad de todos los bolivianos.”

Além do artigo 1º, outra menção aos povos indígenas na Constituição Boliviana está no artigo 171, que estabelece que os indígenas são portadores de direitos sociais, econômicos e culturais, garantindo ainda o direito a terras e seus recursos, à personalidade jurídica, o direito à associação e o direito de criação de regras sobre suas terras/comunidades:

“Art.171: I - Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen garantizando del uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, a su identidad, valores, lenguas y costumbres e

87

A Constituição boliviana de 1994 foi uma revisão da Constituição de 1967.

instituciones.

II El Estado reconoce la personalidad jurídica de las comunidades indígenas y campesinas y de las asociaciones y sindicatos campesinos.

III Las autoridades naturales de las comunidades indígenas y campesinas podrán ejercer funciones de administración y aplicación de normas propias como solución alternativa de conflictos, en conformidad a sus costumbres y procedimientos, siempre que no sean contrarias a esta Constitución y las leyes. La Ley compatibilizará estas funciones con las atribuciones de los poderes del Estado.”

Tal texto, apesar de não mencionar diretos de forma mais concreta e de não se aprofundar no plano das políticas públicas, ao resguardar o direito dessas populações à sua identidade, costumes e instituições, acabava protegendo o direito à saúde, já que este é identificado na mesma Constituição como um direito social e que vale também para os povos indígenas.

No entanto, foi na última Constituição que os povos indígenas bolivianos realmente conseguiram uma mudança em sua legislação. Promulgada em sete de fevereiro de 2009, e em referendo nacional de 25 de janeiro, a nova Constituição Boliviana é a mais avançada quanto ao resguardo dos direitos dos povos indígenas, direitos que são encontrados por todo o texto constitucional, possuindo até mesmo artigos específicos para a saúde dos desses povos.

A aprovação do texto constitucional reflete o sucesso da luta dos movimentos sociais indígenas bolivianos, que tinham atingido grande êxito ao eleger, em 2005, o aimará Evo Morales para a Presidência da República, sendo o primeiro indígena a assumir o mais alto cargo do país.

O acesso e garantia do direito à saúde está expresso no texto constitucional, artigo 30, inciso XII. Este texto torna o Estado responsável por prover o acesso à saúde em todos os níveis de seu sistema, de forma gratuita e para toda a população indígena, respeitando a visão indígena sobre a saúde e também suas tradições:

“Artículo 30: I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.

II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución

las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:

(...)

13-Al sistema de salud universal y gratuita que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

14. Al ejercicio de sus sistemas políticos, jurídicos y económicos acorde a su cosmovisión.”

Tal direito é reafirmado no artigo 35, Inciso I, dessa mesma constituição. O trecho reforça o sistema universal e gratuito que todos os povos têm direito a acessar:

“Artículo 35: El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos. (...)

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.”

Neste artigo, a Constituição da Bolívia assemelha-se ao sistema brasileiro de provimento da saúde, sendo reconhecida com obrigação do Estado, tendo a saúde como integral e exercida através de um sistema único. Ele reforça ainda de quem é a competência constitucional da prestação do serviço, que é do Estado em todos os seus níveis.

A Constituição Boliviana ainda estabelece em seu artigo 42, Inciso I, a responsabilidade do Estado em garantir que a saúde ofertada aos povos indígenas promova as práticas e conhecimentos tradicionais indígenas, reconhecendo assim suas tradições e valores:

“Artigo 42 I: “Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el ensamio y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.”

A Bolívia é ainda signatária da Convenção 169, a OIT, ratificada em 11 de

julho de 1991 pela lei nº 1.257 e reconhecida pelo Tribunal Constitucional Boliviano como um tratado de Direitos Humanos. Desta forma, a Convenção passa a valer como uma regra constitucional, conforme se afere da Sentença Constitucional no 0045 de 2006:

“É necessário estabelecer que o Convênio no169 da OIT, ratificado pela Bolívia mediante Lei 1257, de 11 de julho de 1991, forma parte do bloco de constitucionalidade boliviano, porque ademais de ser um Convênio sobre direitos humanos, seu objeto é promover nos países do mundo a efetiva aplicação e respeito dos direitos fundamentais das pessoas, assumindo políticas tendentes a evitar a discriminação aos povos indígenas e tribais, para que possam gozar de forma efetiva dos direitos humanos consagrados a toda humanidade; as normas previstas pelo art. 171. I da CPE reconhecem de forma expressa os direitos sociais, econômicos e culturais dos povos indígenas que habitam o território nacional, por isso os direitos consagrados pelo Convênio 169 da OIT devem ser considerados como uma norma integrante do bloco de constitucionalidade, porquanto consagra direitos dos povos indígenas e tribais, sendo por isso um parâmetro para verificar a constitucionalidade ou não de uma lei.” (Sentença Constitucional no 0045 de 2006)⁸⁸ *(tradução minha)*

A Bolívia é o único país do mundo que elevou a Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas de 2007 a status de Lei (nº 1.110 de outubro de 2007). Além disso, a Bolívia também é signatária do Pacto Internacional de Direitos Econômicos e Sociais de 1982 e do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 2002 que trazem proteção especial aos direitos humanos de grupos culturais.

Deve-se ainda atribuir ao Tribunal Constitucional Boliviano a decisão sobre o direito indígena de jurisdição à terra, com Sentença Constitucional no 0295 de 2003 – Recurso de Amparo Constitucional, Expediente no 2002-04940-10-RAC686, que foi fonte geradora de reflexos positivos para os povos indígenas bolivianos⁸⁹.

88

Tribunal Constitucional de Bolívia. Sentencia Constitucional n. 0045/2006, Expediente: 2005-12440-25-RDI, Distrito de La Paz, Magistrada Relatora Dra. Silvia Salame Farjat, Sucre, 2 de junio de 2006.

89

O texto constitucional garante aos povos indígenas a participação no Conselho Eleitoral Plurinacional, no qual, dos cinco membros, pelo menos dois deverão ser representantes das nações e povos indígenas (artigo 206 II). As universidades públicas é considerada pela Constituição . como uma das responsáveis por ajudar e promover programas para a recuperação, preservação, desenvolvimento, aprendizagem e divulgação das diferentes línguas indígenas (artigo 83 e 96); O compromisso do Estado em celebrar tratados internacionais e de respeitar os direitos dos povos indígenas (artigo 256 – 4), fortalecer a integração das nações e povos indígenas bolivianos com os povos indígenas do mundo (artigo 266 – II); atribuir competência legislativa a cada entidade territorial indígena para elaboração de estatuto (artigo 293); acolher o pluralismo jurídico (artigo 179) que se projeta na criação do “Tribunal Constitucional Plurinacional”, cuja composição deverá conter representantes indígenas (artigo 200 – III); e reconhece a jurisdição indígena em igualdade com a originária (artigo 180 II).

Sem dúvida alguma, a Constituição Boliviana é a mais avançada do mundo em termos de direitos indígenas, sendo exemplo a ser seguido.

A sentença expressa que “reconocendo que Bolivia es un país multiétnico y pluricultural. Una parte de esa pluriculturalidad se encuentra relacionada estrechamente con un pluralismo jurídico vigente desde la época de la conquista y la colonia – puesto que la justicia comunitaria ha sobrevivido desde entonces, no obstante que existe desde épocas precolombinas – aunque reconocido recientemente de manera formal por La Ley uprema. La vigencia de dicho pluralismo jurídico tiene una trayectoria histórica importante como resultado de una doble relación con los sectores dominantes: la de la resistencia por mantener sus estructuras comunitarias autónomas frente al Estado, pero al mismo tiempo, la relativa a la asimilación de las prácticas dominantes en un proceso lento y evolutivo de homogenización sociocultural. En un país con diversas etnias y culturas como es Bolivia, las comunidades campesinas y pueblos indígenas mantienen con mucha fuerza instituciones y prácticas de trabajo, de relaciones humanas, intrafamiliares, de repartición de la tierra y de resolución de conflictos conocidos como ‘Derecho Consuetudinario’, aunque es más adecuado y propio referirlo como ‘Justicia Comunitaria’. Es necesario reconocer que las prácticas socioculturales antedichas perduran gracias a la persistencia de la comunidad en su sentido más amplio, es decir, como estructura social en la que se desarrollan campos de acción en lo político, religioso, económico, laboral y jurídico. [...] El Derecho Consuetudinario es fundamentalmente oral, transmitido por sucesivas generaciones, y mantenido en el tiempo sin la necesidad de que se plasme en un documento escrito para que sea reconocido como válido por los comunarios. Esta característica es la que principalmente dificulta su aceptación dentro de una sociedad en la que es el Derecho Positivo, donde todo debe estar previamente escrito para ser obligatorio, la que regula todos los ámbitos de conducta de las personas. Sin embargo, ello no debe ser óbice para estudiar y considerar casos como el presente, en el que ciertamente se observa la aplicación de normas comunitarias frente a la inconducta de uno de los miembros del grupo humano; empero, necesariamente las referidas normas -que incluyen sanciones- deben también encuadrarse al marco constitucional que rige en nuestro país.” Tribunal Constitucional de Bolivia. Sentencia Constitucional 0295/2003-R, Expediente: 2002-04940-10-RAC, Distrito de Potosí, Magistrada Relatora Dra. Elizabeth Iñiguez de Salinas, Sucre, 11 de marzo de 2003.

4.4.2 A Saúde Indígena na Constituição Brasileira

Durante muitos anos, a população indígena brasileira não teve seus direitos resguardados pelas constituições federais. A Constituição de 1824 (Constituição Imperial), a Constituição de 1891⁹⁰ (I Constituição da República), a Constituição de 1934, a Constituição de 1937 (Ditadura Getulista) e a Constituição de 1947⁹¹ pouco fazem menção aos povos indígenas, então chamados de silvícolas. As que fazem menção são apenas integracionistas e sem reconhecimento de seus direitos, não mencionando o direito à saúde.

Será somente na Constituição de 1967 (Ditadura Militar), que os indígenas terão o direito a suas terras reconhecido. Nesta constituição, a primeira menção que se faz aos povos indígenas ainda mantém o caráter das anteriores, expresso no Artigo 4º, inciso IV: “incluem-se entre os bens da União as terras ocupadas pelos silvícolas.” e o Artigo 8º, inciso XVII, alínea “o”: “Compete à União: XVII – legislar sobre: o) nacionalidade, cidadania e naturalização; incorporação dos silvícolas à comunhão nacional”. A novidade está apenas no Artigo 186: “É assegurada aos silvícolas a posse permanente das terras que habitam e reconhecido o seu direito ao usufruto exclusivo dos recursos naturais e de todas as utilidades nelas existentes”, reconhecendo assim a posse e o uso fruto da terra pelos povos indígenas. Posição que é posteriormente reforçada pela Emenda Constitucional nº 1 (considerada como uma nova constituição) que, no Artigo 198º, estabelece:

Artigo 198: “§ 1º Ficam declaradas a nulidade e a extinção dos efeitos jurídicos de qualquer natureza que tenham por objeto o domínio, a posse ou a ocupação de terras habitadas pelos silvícolas; § 2º A nulidade e extinção de que trata o parágrafo anterior não dão aos ocupantes direito a qualquer ação ou indenização contra a União e a Fundação Nacional do Índio”.

90

Não faz nenhuma menção aos indígenas, o que tenta após ser suprimido, em 1910, do Serviço de Proteção dos Índios, pelo Decreto no 8.072, de 20 de julho de 1909.

91

As únicas menções que se fazem aos indígenas nas Constituições de 1934, 1937 e 1947 são os mesmos artigos: Artigo 5º, inciso XIX, “m”: “Compete privativamente à União: [...] XIX [...] m) incorporação dos silvícolas à comunhão nacional” e no artigo 129º que assim dispôs: “Será respeitada a posse de terras de silvícolas que nelas se achem permanentemente localizados, sendo-lhes, no entanto, vedado aliená-las”.

O direito à saúde vai aparecer em uma norma somente em 1973, em regime militar, com a aprovação do Estatuto do Índio Lei Federal nº 6.001/73, que, apesar do desuso na área da saúde, ainda vigora nos dias de hoje. O Estatuto do Índio estabelece aos povos indígenas as mesmas leis em vigor a outros povos do Brasil, resguardando seus usos, costumes e tradições, o que se faz aplicar aos indígenas o direito à saúde como um dever do Estado a ser garantido por políticas sociais, com acesso universal e igualitário. Estabelece em seu Artigo 54º que “os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional”.

Um marco histórico dos Direitos dos Povos Indígenas no Brasil é a Constituição de 1988, quando se reconhece a pluralidade da sociedade e se introduz a maioria dos direitos básicos dos cidadãos, seja ele indígena ou não, o que lhe confere o nome de “Constituição Cidadã”. Em seu título VIII, ao tratar da Ordem Social, a Constituição tem um capítulo inteiro, na forma de dois artigos (artº231 e 232), que estabelece as bases de proteção dos indígenas e confere-lhes uma série de direitos sociais, dando destaque à questão da terra, reconhecendo o direito originário da terra, e a diversidade e costumes indígenas, sua organização social, língua e tradições, sendo todos direitos de responsabilidade da União.⁹²

Outro avanço importante possibilitado pela Constituição é a possibilidade dos indígenas e/ou sua comunidade poderem acessar a justiça, entrar em juízo, direto sem ser tutelado por algum ente do Estado, cabendo apenas ao Ministério Público acompanhar e intervir em caso de necessidade.

A Constituição Brasileira de 1988 reconhece o direito à saúde como um dos direitos fundamentais, cuja proteção está estabelecida nos artigos 6 e 196:

“Artigo 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”
(...)

92

Mesmo quando se refere à questão da terra indígena, a Constituição deixa evidente a relação existente entre a preservação das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas e o bem-estar destes povos, ou seja, o reconhecimento e a proteção das terras indígenas são pressupostos básicos para a garantia de outros direitos dos povos indígenas, entre eles o direito à saúde.

“Artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O fato dos constituintes terem incluído, de forma expressa, o direito à saúde como um direito fundamental trouxe importantes consequências jurídicas no que tange a sua aplicabilidade, visto que sua posição estratégica, como um dos direitos sociais e fundamentais, lhe conferiu a prerrogativa de ter validade como parte dos Direitos Humanos.

O artigo 196 consagra o direito à saúde como universal, com igualdade de acesso, além de reconhecê-lo como um dever do Estado em todos os seus níveis de forma solidária (artigo 23, inciso II), competência essa que não corre somente no nível de execução ou aplicação material, mas também de legislação, observadas as normas de harmonia entre os níveis de governo e poderes.

Além desses artigos, a Constituição Federal, artigo 198, prevê a estruturação de um Sistema Único de Saúde, assim como estabelece importantes diretrizes para o seu funcionamento:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.”

Esses princípios são determinantes no sistema de saúde indígena e serão analisados posteriormente neste trabalho em capítulo específico.

Outros artigos demonstram a preocupação com o direito à saúde. Entre eles o artigo 7º, que determina que o salário mínimo deve ser capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e de sua família, inclusive quanto à saúde; o artigo 30, inciso VII, que afirma a incumbência dos Municípios na prestação, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, de serviços

de atendimento à saúde da população (artigo 30, inciso VII); o artigo 34, inciso VII, alínea “e” e o artigo 35, inciso III, que mencionam a possibilidade de intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal, e dos Estados nos Municípios no caso de não aplicação do mínimo exigido da receita nas ações e nos serviços públicos de saúde; e o artigo 227, que prevê garantias especiais de atenção à saúde da criança e do adolescente.

O reconhecimento da saúde como um direito estende-se também ao direito da saúde indígena, fazendo assim com que o sistema de saúde brasileiro tenha que ser pensado de forma a incluir o indígena, criando o Subsistema de Atenção do Indígena, por meio da lei de criação do SUS 8.080/90 e posteriormente regulada pela lei nº 9.836/99.

Importante ressaltar que a Constituição Brasileira não dispõe de artigos específicos que tratam da saúde indígena. Porém, por ser um direito fundamental, não há como negá-lo a nenhum indivíduo, não importando seu gênero, etnia ou condição social.

5. Sistemas de Saúde

5.1 Sistemas de Saúde Indígena: Um panorama geral pelo olhar da CEPAL

Até meados da década de 80, de forma geral, as políticas de saúde voltadas às populações indígenas na América Latina tinham um caráter universal e estavam amparadas por projetos integracionistas na política de desenvolvimento dos Estados-Nação. (Gomez, 1997)

Nas últimas décadas, porém, os projetos para as populações indígenas na América Latina passaram a ser repensados em termos de *ciudadania étnica*, de reconfiguração de normas e valores, de redefinição de sujeitos de direito, modificando a saúde formal em termos interculturais e incorporando novos métodos, segundo ditam os tratados internacionais.

A Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL (2007) indica importantes avanços em relação à construção de um sistema de saúde indígena na América Latina⁹³. As legislações sobre saúde indígena nos países latino-americanos compreendem direitos mínimos de saúde dos povos indígenas como o acesso preferencial, gratuidade no atendimento e tratamento, uso de práticas tradicionais, uso de plantas medicinais, atenção à saúde de acordo com usos e costumes indígenas, participação indígena na execução e promoção do sistema de saúde, além de autonomia no manejo da saúde.

Nesta perspectiva, a Bolívia é o único país da América Latina⁹⁴ que possui

93

Em seu informe de 2007, a CEPAL proporciona um panorama sócio-demográfico dos povos indígenas, com uma análise inédita na região, que analisa as desigualdades decorrentes da violação dos direitos indígenas como indivíduos e também coletivamente. Os direitos reconhecidos seriam: direito à não-discriminação, direito à integridade cultural, direitos de propriedade, uso, controle e acesso às terras e recursos, direitos ao desenvolvimento e ao bem estar social, direitos de participação política, consentimento livre, prévio e informado.

94

Na Bolívia, nos últimos anos, tem se promulgado uma série de leis e decretos com a finalidade de assegurar aos povos indígenas a prestação básica do serviço de saúde, tais como o Decreto Presidencial sobre o Seguro Básico de Saúde aos Povos Indígenas e Originários (2001), a lei federal do Seguro Materno Infantil – SUMI (2002), que regulamenta em seu artigo 8º a importância de uma atenção de saúde segundo os usos e costumes dos povos indígenas. De maneira similar, na Colômbia existe um decreto, nº 1.811 de 1990, que garante a atenção gratuita à saúde das comunidades indígenas junto com adequação institucional do sistema de saúde e formação de

legislação com respeito a todas as dimensões dos direitos indígenas expostos nas convenções internacionais. Em segundo lugar vem a Colômbia, seguida por Equador e Venezuela, que atendem pelo menos 80% das determinações da Convenção 169 da OIT, a qual são signatários. Não é casual que estes países sejam aqueles com maior histórico de atuação das organizações indígenas de nível nacional. No

outro extremo temos Chile, El Salvador e Paraguai, onde praticamente não há desenvolvimento de legislação específica, não obstante são os últimos países que ratificaram a Convenção 169 da OIT. (CEPAL, 2007)

Em termos gerais, as legislações sobre saúde indígena que garantem o acesso à saúde universal, gratuita e com atendimento intercultural estão associadas a reformas do setor de saúde ocorridas nas últimas décadas nos países da América Latina. Elas fazem parte de uma reestruturação muito maior nos serviços de saúde ofertados pelo Estado, o que ocorreu na Argentina (1990), Bolívia (2002), Brasil (1990), Colômbia (1990) México (1990) e Peru (1997). (Viana, 2002)

A esse respeito, a maioria dos países da América Latina, ao reestruturar seus sistemas de saúde, em termos de políticas, programas e redes serviços, tem priorizado a estratégia de atenção primária. Seus princípios básicos são a acessibilidade, a cobertura universal, auto consentimento individual e comunitário, participação social, ação inter-setorial, relação entre custo e efetividade e tecnologia apropriada, estratégias que também têm sido estendidas aos sistemas de saúde indígena, sendo que, neste caso, a tecnologia social tem sido compreendida como o desenho dos novos modelos de atenção e gestão da saúde, assim como, a incorporação da medicina comunitária, familiar e cultural à medicina científica.

recursos humanos especializados no tratamento da saúde intercultural. No Peru, por exemplo, a Lei Geral da Saúde de 1997 reconhece a medicina tradicional indígena, sendo que mediante um Decreto Presidencial de 2003 se criou o Instituto Nacional da Saúde (INS), que contempla em sua estrutura um Centro de Saúde Intercultural (CENSI) encarregado de promover, entre outros aspectos, a revalorização desses tipos de medicina. A Venezuela, por sua vez, reconhece desde 2005, o uso da medicina tradicional indígena e as práticas terapêuticas de proteção, fomento, preservação e restituição da saúde integral, ademais, considera a incorporação da medicina tradicional indígena e das práticas terapêuticas desses povos e comunidades nos serviços de saúde nacional, como a capacitação dos recursos humanos. Na Argentina, leis da medicina tradicional (23.302 de 1985) cumprem somente o que é estabelecido pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Subsistema de Saúde Indígena remota ao ano de 1990. Na Bolívia, as reformas no Sistema de Saúde começaram em 2002, sendo que o Vice Ministério de Medicina Tradicional e Interculturalidade se instaurou somente em 2006. (Cepal, 2007)

Apesar de as reformas de saúde buscarem a equidade, a eficiência e a qualidade da atenção à saúde, persistem três tipos de problemas em relação aos povos indígenas: (I) eles têm piores condições de saúde que a população não indígena; (II) sofrem com dificuldade de acesso; e (III) existe pouca oferta específica em matéria de saúde para esses povos. Agrega-se a estes problemas, a pouca integração cultural nas ações convencionais em matéria de saúde e a escassa possibilidade de participação política nas decisões relativas a esses povos.

Desta forma, esses problemas fundamentam a necessidade de readequar as políticas públicas de maneira a gerar políticas de saúde específicas e transversais, destinadas a garantir os direitos daqueles grupos específicos que sofrem exclusão estrutural, entre eles os indígenas. Os processos de reforma dos sistemas de saúde também se constituem como um cenário propício ao empoderamento dos usuários na gestão de seus sistemas de saúde.

Quanto a esse empoderamento das políticas de saúde pelos povos indígenas, observa-se importante avanço legal nos países latino-americanos. As legislações da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Peru e Venezuela são as mais avançadas na promoção da participação indígena nas políticas de saúde. Esta participação é alimentada pela criação de instituições indígenas com este propósito, como o Conselho de Participação Indígena do Instituto Nacional de Assuntos Indígenas (INAI) na Argentina, criado em 2004, o Conselho Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CONASPI) da Costa Rica, criado em 2006 com função direta de assessorar o Ministério da Saúde na formulação de políticas de saúde para os povos indígenas, e o Conselho Nacional de Saúde no Brasil, que possui uma Comissão Inter-setorial de Saúde Indígena. Já na Colômbia, com a lei nº 691 e o Decreto 1.416, se promoveu a participação dos grupos étnicos no Conselho do Sistema Geral de Seguridade Social e nas entidades prestadoras de serviço de saúde.

A participação política dos povos indígenas constitui um eixo central na criação das políticas públicas de saúde e um direito fundamental desses povos, sendo crucial sua presença em todas as etapas das políticas públicas, inclusive na administração dos recursos e principalmente na formulação dessas políticas, visto que é a partir dessa participação que se pode visualizar as condições de vida e as cosmo visões dos povos indígenas. Ambos fatores fundamentais para que as

políticas de saúde sejam aceitas pelas comunidades e tenham sucesso. É somente mediante a participação e trabalho em conjunto, de maneira planejada entre profissionais da saúde e representantes indígenas, que se pode assegurar a relevância dos problemas de saúde e a eficiência das medidas para enfrentar os problemas e realizar a adequação dos modelos de atenção e gestão de saúde (tanto em termos epidemiológicos, como dos significados).

Para garantir a presença indígena, a CEPAL (2007) dividiu sua participação em três diferentes níveis: (I) No desenho das políticas; (II) Na definição de conteúdos; e (III) Na implementação e execução das políticas. Neste critério, destacaram-se, com participação indígena nas três dimensões, Brasil, Costa Rica, Nicarágua, Peru e Venezuela.

Cabe mencionar ainda o importante papel desempenhado pelas organizações indígenas no campo da saúde, principalmente as organizações de mulheres indígenas⁹⁵ apoiadas por organismos não governamentais e pela cooperação internacional, que tendo a questão do gênero como um eixo fundamental de sua luta, paulatinamente ampliaram suas atividades para outras áreas, como a saúde, tornando-se cada vez mais autônomas.

Destaque também é dado às organizações indígenas da Bolívia, Brasil, Nicarágua e Venezuela, que buscam a participação nos programas de saúde em todas as etapas. Em outros países, como Chile, esta participação ocorre de forma individual, sem articulação das organizações indígenas. Já na Argentina, existe uma situação intermediária, com programas de participação institucionalizada por parte dos indígenas e outros em que a participação se dá de forma individual. Em Honduras, Costa Rica e Peru, o processo de participação dos indígenas nas políticas públicas ainda está em fase de consolidação. (CEPAL, 2007)

Referente à autonomia na gestão dos recursos de saúde, Bolívia, Colômbia, Equador e Venezuela possuem legislação específica, enquanto Nicarágua e

95

Entre as diversas experiências na América Latina, pode-se mencionar a criação de “defensorias comunitárias”, em Cuzco no Peru, como exemplo de sucesso, na qual se desenvolve um modelo eficaz para enfrentar a violência familiar. A defensoria é formada por mulheres indígenas selecionadas por suas comunidades. Essas são capacitadas para apoiar e atender vítimas de violência, denunciar casos de violência, acompanhar mulheres a exames médicos, informar a vítima de seus direitos, assim como exigir que as autoridades competentes cumpram suas funções.

Panamá fazem referências a esses assuntos nas regiões autônomas e comarcas. Outros países não possuem legislação sobre a questão.

Quanto à institucionalização das políticas de saúde indígena, em 14 dos 16 países analisados pelo relatório da CEPAL (2007) há uma instância que, no governo central ou no Ministério da Saúde, ainda que mínima, cuida da saúde indígena, sendo as exceções El Salvador e Paraguai. O poder de alcance dessas instituições é variado, o que repercute no seu poder de ação. Além de programas específicos de saúde indígena, existem programas de saúde que exercem influência direta em programas dos demais ministérios, como na Argentina, Honduras e Bolívia, este último através do Vice-ministério de Medicina Tradicional e Interculturalidade, criado em 2006. Já no Brasil, Equador, México e Venezuela, existem, nas estruturas dos Ministérios da Saúde, Secretarias de Saúde Indígena. O Panamá tem uma Secretaria Técnica de Assuntos Indígenas e o Chile um departamento de Saúde Indígena.

Contudo, como aponta a CEPAL (2007), estes organismos governamentais sofrem com grande instabilidade em suas ações devido a mudanças políticas, não somente no executivo, mas também mudanças de conjuntura política nas estruturas de governo, devido a barganhas políticas ou alterações de política econômica, o que indica que esses programas não são prioritários nas estruturas governamentais. A reivindicação dos movimentos sociais tem grande influência para evitar esse tipo de problema.

Como fruto da mudança de visão, do fortalecimento dos sistemas de saúde específicos e pela participação indígena, tem se consolidado, no campo de saúde, o chamado “pluralismo médico”⁹⁶, progressivamente reconhecido não somente pela população indígena, indicando que a biomedicina é apenas um entre os vários sistemas de saúde e práticas médicas. Tal reconhecimento tem se estendido também para as estratégias de atenção primária à saúde e tem a medicina tradicional como um recurso médico válido, eficiente e de menor custo, capaz de

96

“Este pode ser simplifadamente entendido como uma situação estrutural de coexistência num espaço social determinado (geralmente, como outros fenômenos sociais, centrado numa sociedade nacional) de práticas e concepções médicas diversas, que são remetidas pelos atores sociais (e em geral pela normatividade e institucionalidade desses espaços) a uma pertença a configurações médicas diversas” (Clamote, 2004:1)

diminuir a iniquidade de acesso à saúde, problema que afeta não somente os povos indígenas, mas também outras classes menos mais abastadas da população⁹⁷. (CEPAL, 2006).

No avanço da perspectiva intercultural⁹⁸ do sistema de saúde, Bolívia e Equador apresentam os maiores avanços, tendo grande destaque em seu sistema de saúde a medicina e a farmacologia tradicional, caminho que também é seguido pela Venezuela. No Brasil e no Chile, as políticas de saúde indígena não seguiram o mesmo caminho e se limitaram à atenção dos serviços de saúde, aos espaços territoriais, sem necessariamente estabelecer uma relação intercultural entre os profissionais ou com o resto da sociedade. Já no Peru, apesar de a política de saúde indígena se estabelecer para e com os povos indígenas, que são incluídos na coordenação e execução dessas políticas pelo Centro Nacional de Saúde Intercultural, esta política não atinge os povos indígenas urbanos, como ocorre no caso da Bolívia e do Equador. Este distanciamento, segundo a CEPAL (2007), é perigoso, visto que só é possível avançar no desenvolvimento de políticas de saúde intercultural e integral e garantir os direitos coletivos dos povos indígenas quando o Estado e a sociedade hegemônica não exercem um papel de dominação étnica, como historicamente vem ocorrendo.

Para tanto, a interculturalidade deve contextualizar-se em um marco sociopolítico amplo, no qual se reconheça que as relações das culturas indígenas com as ocidentais têm sido de subordinação. É necessário que atores que participam dos espaços de diálogo, negociação e programação, em matéria de saúde indígena, também estejam abertos ao diálogo intercultural, pela criação de

97

Estudos têm mostrado que os povos indígenas apresentam o que se denomina de “acumulação epidemiológica”. Isto é, um perfil de mortalidade e enfermidades relacionadas com a pobreza e o subdesenvolvimento, como as doenças transmissíveis e de carência (subnutrição, tuberculose, diarreia etc.), um aumento progressivo de enfermidades associadas à modernidade, como doenças crônicas e degenerativas (câncer, hipertensão, diabetes, depressão etc.), além dos problemas relacionados com a urbanização, como a violência, homicídios e acidentes, ocorrências similares a outros grupos em desvantagem socioeconômica. (Cepal, 2007)

98

Segundo a Cepal (2007), a interculturalidade em matéria de saúde se entende em termos amplos, como um processo coletivo de negociação e construção de significados entre os atores sociais de culturas distintas em torno das epistemologias e modelos de realidade, as etapas e ciclos da vida, o processo saúde, enfermidade e cura, conceito de pessoa, tempo, espaço, a busca pelo bem-estar de um povo em um território socialmente significativo e clinicamente adequado (Oyarce y Pedrero, 2007 apud Cepal 2007).

espaços de discussão democráticos, podendo assim garantir a dinâmica e procedimentos de participação, e tornando possível aos povos indígenas tomarem suas decisões referentes a seus sistemas e tratamentos. (CEPAL, 2007)

A opção pela interculturalidade aponta ainda para a necessidade de construir um novo campo de conhecimento em que se respeite e promova distintos significados dos eixos vitais e ciclo de vida dos povos indígenas no marco de suas cosmo visões particulares, mediante a negociação de significados por meio de um diálogo. Essa perspectiva obriga a biomedicina a romper com sua lógica hegemônica e a abrir-se para outros conhecimentos, em um cenário de reconhecimento cada vez maior dos direitos culturais indígenas.

Há ainda que se ressaltar que a medicina tradicional indígena pode ser utilizada como um aporte à investigação farmacêutica e também como fonte de tratamento eficaz. Deste modo, interessa aproveitar o potencial da medicina indígena para que os Estados possam propiciar melhores tratamentos de saúde.⁹⁹

No que concerne às políticas e programas de saúde dos países latino-americanos, a CEPAL (2007) separa os países em quatro grupos. O primeiro é constituído por países com programas que reconhecem explicitamente que os problemas de saúde dos povos indígenas requerem um enfoque diferente e têm formulado políticas nacionais específicas para enfrentá-los. O segundo grupo é formado por países com programas ainda em fase de construção ou maturação. No terceiro grupo estão os países que o enfoque intercultural está incluído na política nacional de saúde. Já no quarto grupo estão os países que não têm políticas específicas para os povos indígenas.

99

Um dos assuntos que aparecem em pauta quando da discussão dos medicamentos produzidos pelos indígenas é a propriedade intelectual que segundo suas organizações deve ser protegido. Para que isso aconteça é preciso avançar na idéia de um sistema específico, destinado garantir a propriedade coletiva deste patrimônio, assim como seu controle e autogestão. Ao decidir que se trata de avançar no conhecimento tradicional relacionado à medicina, é necessário garantir os direitos intelectuais indígenas, assim como proteção das terras indígenas, a diversidade biológica, a preservação dos sistemas de reprodução cultural dos povos indígenas.

Tabela 4: Situação em matéria de política de saúde dos Povos Indígenas nos 16 países da América Latina.

Situação	Países
Países que contam com uma política nacional de saúde para os povos indígenas	Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela
Países que estão em processo de desenho de uma política nacional sobre saúde indígena	Argentina e Colômbia
Países em que não existe política específica de saúde indígena, porém o enfoque intercultural está incluído de maneira transversal na política nacional de saúde	Guatemala e Honduras
Países em que não existe uma política nem com enfoque específico dirigido à saúde dos povos indígenas	El Salvador e Paraguai

Fonte: Relatório Panorama Social e Econômico da América Latina – CEPAL, 2007

Nessas políticas e programas, a CEPAL (2007) faz ainda uma distinção entre duas grandes categorias: Programas Especiais, desenhados especificamente para os povos indígenas; e Programas Dirigidos, com políticas de saúde que não são específicas para os povos indígenas, mas estão contempladas no programa de saúde, em áreas como a saúde sexual e reprodutiva, enfermidades infecciosas, nutrição e saneamento básico etc. Importante notar que o país pode ter os dois modelos.

Os Programas Especiais têm por objetivo melhorar a saúde indígena e a qualidade de vida desses povos, mediante o acesso e a adequação cultural dos serviços, pelo fortalecimento da medicina tradicional, a formação de recursos humanos e a investigação epidemiológica. Tal ação está presente nos programas de dez países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Honduras, Nicarágua e Venezuela. (Cepal, 2007)

Apesar disso, no plano geral, estes programas não atuam em nível nacional, focalizando-se em territórios específicos, principalmente em áreas rurais ou urbanas, onde se concentram os povos indígenas. Um exemplo desta focalização é o programa de atenção à saúde indígena no Brasil, que se utiliza dos marcos territoriais dos Distritos Sanitários Especiais, ou os programas da Colômbia e Costa Rica, com ações que estão concentradas nas regiões próximas às fronteiras. O único programa de cobertura nacional é o Programa de Atenção em Saúde das

Etnias, em Honduras, cujos objetivos são coordenar a prestação de serviços de saúde, fortalecer os serviços de saúde nas comunidades indígenas, formar recursos locais, fomentar um enfoque intercultural de saúde equitativo oportuno e eficiente e, por último, formar equipes inter-setoriais que definam políticas, promovam investigações e avaliem a qualidade dos serviços. (Cepal, 2007)

Ainda dentro do grupo de Programas Especiais, algumas ações voltadas à saúde buscam ir além do tratamento de saúde indígena, consideram o desenvolvimento da medicina e da farmacologia tradicional como uma maneira de reverter a história de subordinação e perseguição aos médicos tradicionais indígenas, o que pode ser visto na Bolívia, Costa Rica e a Guatemala, cujos programas de saúde indígena buscam o reconhecimento, valorização e resgate das medicinas tradicionais, sobretudo o que se refere a plantas medicinais e a parteiras tradicionais. Nestes programas, busca-se não só reconhecer as epistemologias, conhecimentos e práticas dos povos indígenas em matéria de saúde para o próprio indígena, mas incorporá-lo nos sistemas oficiais de atenção à saúde, ou seja, na biomedicina ocidental. (Cepal, 2007)

Na Guatemala, o Programa Nacional de Medicina Popular e Tradicional tem como objetivo o reconhecimento, valorização e resgate da medicina popular tradicional nos níveis políticos, técnicos, normativos e operativos. Entre suas ações destacam-se a incorporação de tratamentos de medicina tradicional nos níveis primários e secundários do sistema nacional. Neste aspecto, é preciso fazer um adendo, visto que tais práticas devem ser acompanhadas pelos médicos tradicionais indígenas, sob o risco de levar à alienação e manipulação dessas práticas. (Pedrero, 2007; Boccara, 2007 apud CEPAL, 2007)

A formação e capacitação de recursos humanos em matéria de saúde intercultural é outro aspecto importante nos Programas Especiais. Busca-se formar profissionais que respeitem as concepções do processo de saúde e doença dos povos indígenas, sejam eles profissionais da saúde, como ocorre no Brasil, ou profissionais com formação em medicina ocidental de pessoas da própria comunidade indígena. Cabe destacar o caso do México, onde, desde 2002, o programa nacional de capacitação em saúde intercultural forma todas as equipes de saúde que trabalham no sistema de saúde, seja ele indígena ou regular.

Os Programas Dirigidos consideram o indígena como parte do sistema de saúde geral. Nesse programas, temos o exemplo na Costa Rica, Equador e Venezuela, com programas voltados especificamente para melhorar o acesso dos indígenas ao sistema de saúde não específico, respeitando as especificidades culturais. Na Argentina, o programa de médicos comunitários tem como objetivo formar profissionais na área de saúde comunitária e intercultural para melhorar a atenção primária à saúde e fortalecer a gestão nacional e provincial, respeitando tradições e costumes. Estes programas acontecem em territórios indígenas delimitados.

Na área de saúde sexual e dos direitos reprodutivos, existem programas no Equador e no Panamá, onde foram implementados ações específicas, combinando um enfoque de gênero e interculturalidade em favor dos direitos da mulher. No Panamá, existem programas que incluem metas de redução de mortalidade infantil e materna, além de redução da taxa de aborto e gravidez em adolescentes. Este país possui programas específicos de saúde indígena para tratamento de doenças infecciosas, principalmente AIDS, tuberculose e malária.

Na área de saneamento, assim como nas áreas de alimentação e nutrição, o Brasil e o Panamá têm levado a cabo programas específicos. Ainda são localizados programas específicos para indígenas na atenção primária, saúde sexual e direitos reprodutivos, programas maternos e infantil, de saúde mental, de enfermidades infecciosas/AIDS, Tuberculose e Malária. Já no Paraguai, há programas dirigidos para combater Doenças de Chagas e Diarreia. Na Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Honduras, México e Peru, desenvolvem-se atividades de capacitação no âmbito dos recursos humanos com enfoque intercultural.

Na Argentina, Chile e Colômbia se destacam a coordenação entre distintos setores do Estado no avanço de políticas públicas e programas de saúde indígena.

Outro aspecto a ser destacado é o desenvolvimento de estudos epidemiológicos (Chile, Colômbia e Brasil), o uso de distintos tipos de medicina com normas de adequação do parto (Equador, Panamá e Peru) e a elaboração de esquemas de incorporação da figura da parteira no sistema de saúde geral (Guatemala, Panamá, Peru e Venezuela), assim como plantas medicinais e estratégias terapêuticas nos programas regulares (Bolívia).

Existem várias experiências de complementação de medicina indígena com medicina ocidental em áreas determinadas. Entre elas podemos citar o Hospital Indígena de Tungurahua, Hospital Andino de Riobamba e o Centro de Medicina alternativa Jambihuasi de Cañar, além das redes plurais de Loreto, todos no Equador. No Chile, existem diversas experiências, entre as reconhecidas se encontram o Hospital Mapuche de Makewe, o Centro de Saúde Intercultural de Boroa-FiluLawen e o complexo de saúde intercultural de Nova Imperial (todos na região de Araucanía). Na Bolívia, pode se mencionar o Centro de Saúde de Curva, onde se integra a medicina tradicional e a medicina Kallawaya.

A despeito deste debate e dos avanços em matéria de cidadania étnica, sabe-se que as políticas públicas de saúde, em grande parte, continuam orientadas por parâmetros da medicina ocidental, assim como carecem estruturalmente de meios e recursos capazes de torná-las efetivas do ponto de vista intercultural. Faltam recursos materiais, capacitação técnica e participação dos povos indígenas em todas as etapas das políticas públicas que são específicas. Este quadro não está restrito a Brasil e Bolívia, mas é comum a toda América Latina. (Langdon, 2004)

Um breve retrato da CEPAL (2007) aponta que na América Latina a mortalidade infantil de crianças indígenas é em média 60% maior que as crianças não indígenas, atingindo o índice de 48 mortos antes do primeiro ano de vida para cada 1.000 nascidos, sendo que em não indígenas o índice é de 30 mortes para cada 1.000 nascidos.

A probabilidade de uma criança indígena morrer antes dos cinco anos de idade é 70% maior do que as crianças não indígenas da região, o que em grande medida se dá pelo estado de subnutrição que se encontram esses povos. As crianças indígenas têm incidência crônica de desnutrição chegando a 48% na Bolívia, 68% no Equador, 23% na Guatemala e 37% no Peru. São índices que estão associados à pobreza extrema em que se encontram esses povos.

Segundo a ONU (2010), cerca de 15% dos 370 milhões de índios representam um terço dos mais pobres do mundo e também um terço dos 900 milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza, com menos de dois dólares por dia.

No que se refere às doenças infecciosas, como tuberculose, a incidência é

seis vezes maior que nos povos não indígenas, chegando a 35.1 para cada 100.000 habitantes nos indígenas, contra 6.3 para cada 100.00 entre os não indígenas. (CEPAL, 2007)

Contudo, não existem apenas dados negativos. A CEPAL aponta melhoras objetivas de saúde dos povos indígenas até 2007 na Argentina, Bolívia, Brasil e Peru, principalmente na área de saúde infantil, materna e no tratamento de tuberculose. Apesar disso, somente o Brasil fornece informação que permite sustentar estas realizações¹⁰⁰, mostrando que a mortalidade infantil de indígenas caiu entre os anos de 2000 e 2006 de 74.6 para cada 1.000 nascidos vivos para 38.5 para cada 1.000, número que ainda é maior do que a população não indígena. Assim como a incidência de tuberculose caiu de 108.6 a cada 100.000 em 2002 para 49.7 para cada 100.00 no ano de 2005.

Dada relevância de contar com recursos humanos formados para o trabalho na área de saúde com enfoque intercultural, a inexistência ou o limitado avanço neste componente inibe o êxito das políticas e programas. Neste sentido, por um lado se destaca a falta de recursos humanos capacitados e por outro lado a insuficiência da capacitação atual.

No que se refere aos recursos destinados à saúde indígena dos sete países que responderam aos questionamentos da CEPAL¹⁰¹, o Brasil é o país que proporcionalmente oferta o maior aporte de recursos, sendo que em 2006 destinou 1,7% do PIB com gasto em saúde e deste 1% vai para saúde indígena, chegando a 173 milhões de dólares, o dobro do valor gasto em 2004. Há insuficiência de recursos, não somente no Brasil, mas em outros países da região, sendo o montante insuficiente para cumprir com as iniciativas de saúde indígena.

Cabe também analisar se existe um processo verdadeiramente participativo por parte dos indígenas, visto que não parece haver igualdade na estrutura de poder e tomada de decisões, deixando os povos indígenas numa posição de subordinação.

100

A CEPAL alerta para a pouca confiabilidade nos dados estatísticos que são encontrados nos países latino-americanos que impossibilitam trazer mais dados sobre a saúde indígena assim como dados mais precisos, caso que acontece entre todos os países da América Latina, excetuando o Brasil.

101

Argentina, Brasil, Chile, Honduras, México, Panamá e Peru.

Finalmente, a CEPAL sublinha que, no começo do século XXI, o desafio para a construção de democracias pluriculturais consiste não apenas na eliminação das desigualdades, mas também em reconhecer, efetivamente, a contribuição sobre as noções de identidade, cosmovisões, raízes e humanismo dos povos indígenas da região. A conclusão é que a maior parte dos países latino-americanos apresentou progressos legislativos no que tange ao acesso a serviços de saúde para os povos indígenas. Apesar disto, essa população ainda enfrenta muitos problemas.

Por outro lado, muito embora a ratificação da Convenção 169 seja quase generalizada nas legislações de saúde, observa-se, segundo Stavenhagen (2008), a falta de recursos e de vontade política, já que essas normas não se efetivam em políticas públicas. O processo de implementação dos programas interculturais, o desenvolvimento de leis e sua adaptação, bem como a criação de instituições especializadas se mostram precários, segundo o relator da ONU.

Há diferentes graus de avanços em termos de reconhecimento dos direitos dos povos indígenas em relação ao direito internacional nas constituições latino-americanas e nas instâncias infraconstitucionais. Contudo, e apesar das mudanças que vêm ocorrendo desde o início do século XXI nas legislações relativas à saúde indígena, de acordo com Stavenhagen (2002), a grande persistência em violação dos direitos e o não cumprimento das normas indicam que por vezes estas normas estão estruturadas somente para responder as legislações internacionais, o que, segundo a ONU (2006), tem entre suas causas a baixa representação indígena nos executivos e legislativos, o limitado índice de consulta a esses povos, assim como o baixo grau de monitoramento da efetividade e executabilidade dessas legislações.

A CEPAL entende ser preciso o cumprimento integral do direito à saúde, por meio do uso e desenvolvimento das medicinas tradicionais e da proteção dos espaços vitais e recursos naturais que as sustentam. A Organização também ressalta a importância da plena participação dos povos indígenas na elaboração de políticas e programas que os afetam.

O quadro a seguir faz um breve resumo dos diferentes níveis de legislação que são adotados pelos países latino-americanos sobre saúde dos povos indígenas.

Tabela 5: Legislação Especial sobre Saúde dos Povos Indígenas

Países	Acesso Preferencial e Gratuito	Práticas Tradicionais	Proteção de Plantas Medicinais	Atenção a Saúde conforme Usos e Costumes	Participação Indígena na execução e promoção do sistema de saúde	Autonomia no manejo dos recursos de saúde
Ratificaram Convenção 169						
Argentina – b	X	X	a	X	X	---
Bolívia	X	X	X	X	X	X
Brasil	X	X	a	X	X	---
Colômbia	X	X	a	X	X	X
Costa Rica	X	a	Xc	a	a	
Equador	X	X	X	a	X	X
Guatemala	X	X	a	a	a	---
Honduras	a	a	a	a	a	---
México - b	X	X	X	a	a	---
Paraguai	a	a	a	a	a	---
Peru	X	X	X	a	X	---
Venezuela - b	X	X	a	X	X	X
Não ratificaram a Convenção 169						
Chile	X	---	---	X	---	---
El Salvador	---	---	---	---		---
Nicarágua	X	Xc	---	Xc	Xc	X
Panamá	X	X	Xc	X	Xc	X

Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2004 apud CEPAL 2007

a) Aplicação da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho

b) Em algumas províncias do Estado existem mais legislações

c) Somente em regiões indígenas (reservas, regiões autônomas, comarcas)

Neste quadro fica evidente o fato de a Bolívia ser o único país com legislação que contempla os aspectos necessários para atingir o melhor nível de saúde. Já o Brasil peca no quesito autonomia e proteção às plantas medicinais.

5.2 Sistema de Saúde Boliviano

Ao contrário do que acontece no Brasil, onde existe um Subsistema de Saúde específico para os povos indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), na Bolívia, a política de atendimento à saúde destes povos ocorre junto ao sistema único de saúde. Denominado Sistema Único “*Salud Familiar Comunitária Intercultural*” e criado em 2008 no Plano de Desenvolvimento Setorial “*Movilizados por el derecho a la salud y la vida para Vivir Bien*”, conta com todos os níveis de atendimento de saúde pensados para realizar a atenção à saúde de maneira intercultural.

Existe ainda na estrutura do *Ministério de Salud y Deportes*, o *Vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*, criado em 2006, com a lei de reordenamento do poder executivo. Este órgão, que atua de maneira transversal ao ministério, tem como função realizar a promoção e criação de políticas de interculturalidade e farmacologia tradicional, ou seja, atua de forma a fazer com que todas as políticas públicas do ministério da saúde, e deste com os demais órgãos de governo, tenham característica intercultural e atendam os povos indígenas de maneira a respeitar suas características culturais e cosmo visões.

Diferente do Brasil, no qual menos de 1% da população se considera indígena, na Bolívia, este número chega a quase 71% (Banco Mundial, 2002), ou seja, é a grande maioria da população. Desta forma, pretende-se fazer com que haja universalização com respeito à diversidade cultural, sendo necessário que o sistema de saúde todo possua características de atendimento interculturais.

As estruturas do programa de *Sistema Único de Salud Familiar Comunitária Intercultural* e do *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad* serão analisadas mais a fundo neste trabalho, ressaltando que, nos últimos anos, com a chegada à presidência do indígena Evo Morales, as políticas bolivianas, de uma maneira geral, têm passado por grandes transformações, que, como veremos, ainda se encontram em fase de consolidação, o que se acentua ainda mais com a promulgação da nova Constituição, em 2009, que reconhece o Estado como Plurinacional e confere uma série de direitos sociais, antes negados, aos povos indígenas.

5.2.1 Breve Histórico

A origem do sistema de saúde boliviano, lamentavelmente, é uma informação que não ficou registrada na bibliografia científica nem na documentação oficial sobre a matéria. Após várias viagens de campo, assim, podemos encontrar material que, muito embora importante, é inevitavelmente reduzido. Encontram-se alguns resquícios dessa história em livros que têm como objetivo principal a descrição do processo de cura e farmacologia indígena¹⁰². Assim, há dados soltos, encontrados em livros e documentos oficiais, que podem ajudar na reconstrução da história desse sistema, o que faz com que, por vezes, ocorram lapsos temporais grandes.

A medicina na Bolívia, assim como certas áreas das relações sociais, esteve mediada pela “colonialidade do poder” (Quijano, 2002), o que, em questão de práticas indígenas, significa a mediação da igreja e das relações hierarquizadas e “racializadas” com que se dirigiu ao índio e aos seus conhecimentos.

É neste espírito que em 1609, na Bolívia, sacerdotes católicos, alegando idolatria e práticas profanas, proibiram curandeiros e xamãs indígenas de exercerem qualquer atividade ligada à saúde, sob pena de condenação à prisão. (Loza, 1987:6) Com essa proibição, a medicina indígena passou a ser praticada em poucos lugares, geralmente isolados, e em segredo, fazendo com que ela começasse a perder sua força e ser menos utilizada.

A repressão sobre o uso de medicina tradicional foi tão forte que, no início do século XVIII, chegou a ser considerada extinta por um grupo de médicos espanhóis que vieram à região interessados em conhecer novas práticas de saúde que conheceram em um livro datado de 1574, escrito pelo médico Nicolas Monardes para o governador de Sevilha.¹⁰³ No texto, descreviam-se práticas de cura dos povos andinos da Bolívia e do Peru, porém, os médicos só conseguiram observar algumas práticas de saúde em comunidades Aimarás isoladas. Após suas observações, recomendaram ao governo espanhol que não mais impusesse proibições ao uso dessa medicina tradicional, visto que ela trazia uma série de

102

Encontra-se nas bibliotecas de Ciências Sociais e Ciências da Saúde na Bolívia uma dezenas de livros que descrevem os processos medicinais dos diversas povos indígenas na Bolívia.

103

Primeira descrição na literatura mundial da medicina andina que se tem notícia. (Loza, 1987:6)

benefícios para a saúde daqueles povos, e que poderiam ser levadas ao resto do mundo, o que de fato ocorreu quando alguns desses curandeiros foram levados para fazerem demonstrações para a coroa e comprovarem suas teses. Apesar de tal apelo, nunca chegou uma resposta satisfatória da coroa, principalmente pelo poder da igreja, suficiente para impedir que a medicina andina fosse considerada como alternativa. (Loza, 1987: 7)

A despeito do insucesso da missão dos médicos espanhóis, deve se destacar a importância da compreensão histórica e geográfica dos costumes e conhecimentos específicos como fatores determinantes para a manutenção da saúde. Segundo Loza (1987:7), o encantamento dos médicos foi tal com os conhecimentos da medicina tradicional indígena, que passaram a realizar estudos de comparação entre a medicina ocidental e a medicina indígena, possibilitando uma série de publicações a esse respeito. A grande parte destes estudos foi considerada, na época, estudos botânicos ou antropológicos.

Apesar destas experiências, os estudos não foram suficientes para impedir que os conhecimentos de saúde dos povos indígenas continuassem a ser banalizados nas práticas de saúde dos setores dominantes em toda região andina.

Posteriormente, relatos sobre sistemas de saúde na Bolívia referem-se aos programas oficiais de saúde, na criação do Sistema de Seguridade Social de 22 de novembro de 1831, que criou o “*Fondo de Jubilaciones*”¹⁰⁴, voltado desde o início unicamente para os funcionários do Estado, a quem possibilitava o afastamento para cuidados com a saúde. A partir de 1924, com a lei de 24 de setembro, este Fundo começou cobrir atendimento aos setores trabalhistas, fabril e mineiro. Tal modelo continuou vigorando até ser reformulado em 11 de dezembro de 1952, incorporando a prestação de serviços de saúde em todo território nacional e em nível básico. Com nova revisão, a partir de 14 de dezembro de 1956, esse sistema se expandiu e passou a atender algumas especialidades como pediatria, ginecologia etc. Este serviço era prestado pelo Estado com ajuda de instituições religiosas e financiado com impostos sobre os trabalhadores, empresas e parte dos recursos do Estado. (Fundação Interamericana, 2010).

104

Equivalentes no Brasil aos Fundos de Pensão.

Remota ao ano de 1984 a criação das redes municipais de atenção à saúde e seguro público universal, administradas pelo então *Ministério de Previsión Social y Salud Pública*. Este sistema tinha como principal missão, em sua criação, a diminuição da mortalidade infantil em crianças de até cinco anos de idade, tal mortalidade atingia os maiores índices mundiais. (MSyD, 2008)

Será somente em 1987, após mais de trezentos anos entre proibição e não oficialização, que o Decreto Ministerial nº 231 regulamentou o exercício da medicina tradicional. O Decreto, porém, não veio seguido de políticas de incentivo, motivo pelo qual a utilização dessas políticas no sistema de saúde até então em vigor não surtiram efeito. (MSyD, 2008).

Outra data importante para a saúde boliviana é do ano de 1998, quando é criado o Seguro Básico de Saúde Universal a partir do Decreto Presidencial nº 25.265, esse que é seguido, em 2001, pelo Seguro Básico de Saúde Indígena e Originário, instituído pelo Decreto Presidencial nº 26.330. Este Decreto, apesar de ser específico para os povos indígenas, não previa o tratamento na lógica da saúde tradicional, possibilitando apenas o acesso dos indígenas ao sistema de saúde, mesmo não portando os documentos oficiais. Em termos de diálogo intercultural, o Decreto estabelecia apenas que os indígenas fossem atendidos em sua língua materna. (CEPAL, 2007)

Somente em 2002, com a regulamentação do Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), com o Decreto Presidencial nº 26.874, o sistema de saúde passou a atender os indígenas com serviços de saúde materno-infantil de acordo com seus usos, costumes, idiomas, respeitando a identidade étnica e a base cultural. Novamente, tentando diminuir o índice de mortalidade infantil que era um dos maiores da América Latina. (CEPAL, 2007)

Será em março de 2006 que o recém eleito governo do presidente Evo Morales, com o Decreto Presidencial nº 28.631, instituirá na estrutura do *Ministério de Salud e Deportes*, criado apenas um mês antes, o *Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural*, cujo objetivo será desenvolver projetos e programas interculturais em matéria de saúde, assim como valorizar a medicina tradicional indígena, podendo, para atingir tal missão, trabalhar de maneira transversal com outros ministérios. (MSyD, 2006)

Como uma de suas principais funções e metas de governo, o *Viceministério* participou da construção do *Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural*, principal política de saúde do país e que inclui em sua estrutura atendimento intercultural em todos os níveis do sistema de saúde. O SAFCI foi criado por meio do Decreto Presidencial 29601 de 2008 e como uma maneira de substituir as políticas de saúde até então implementadas e que não haviam se quer conseguido alcançar a população boliviana ¹⁰⁵. (MSyD, 2008)

Tabela 6: Síntese Cronológica da Política de Saúde /Saúde Indígena na Bolívia

ANO	ÓRGÃO	ATIVIDADE
1609		Proibição da prática de saúde indígena
1831	Seg.Social	Fondo Jubilaciones – Trabalhadores Estatais
1924	Seg.Social	Fondo Jubilaciones – Trabalhadores Estatais, Mineiros e Fabril
1951	Seg.Social	Fondo Jubilaciones -Toda a população -Serviços Básicos
1956	Seg.Social	Fondo Jubilaciones -Toda a população -Serviços Especializados
1984	Min.Prev e Salud Pública	Criação de Redes Municipais de Saúde
1987	Min.Prev e Salud Pública	Decreto Presidencial 231 – Regulamentação do uso de Medicina Tradicional
1988	Min.Prev e Salud Pública	Decreto Presidencial 25265 – Criação do Seguro Básico Universal
2001	Min.Prev e Salud Publica	Decreto Presidencial 25265 -Criação do Seguro Básico Universal para povos Indígenas e Originários
2002	Min.Prev e Salud Pública	Decreto Presidencial 25874 – Criação Seguro Básico Universal Materno Infantil – Atendimento ao Povos Indígenas
2006	Presidência	Criação do Ministerio Salud e Deportes
2006	Min. Salud e Deportes	Decreto Presidencial 28631 – Criação do Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural
2008	Min. Salud e Deportes	Decreto Presidencial 29601 -Criação do Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural

105

“(…) el Sistema Nacional de Salud no ha respondido a las necesidades y demandas de la población, por el contrario, ha reproducido la desigualdad y la injusticia social propias de la estructura socioeconómica neoliberal imperante. (...) El 77 por ciento de la población se encuentra excluida de los servicios de salud, con fuerte incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultural y la social.” (MSyD, 2008:17)

5.2.2 Sistema Único Salud Familiar Comunitária Intercultural: Estrutura Atual

A Salud Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) se constitui como uma estratégia para alcançar, na área da saúde, o “*Vivir Bien*”¹⁰⁶ de pessoas, famílias e comunidades da Bolívia. Sob responsabilidade do *Ministerio de Salud e Deportes* (MSyD), está inserida como a primeira e principal ação do Plano de Desenvolvimento Setorial “*Movilizados por el derecho a la salud y la vida para Vivir Bien*” (2006-2010), que faz parte do Plano Nacional de Desenvolvimento.

A ideia da construção de um sistema de saúde comunitário e intercultural, dentro dos planos de desenvolvimento mencionados, tem como entendimento que é somente com essa estratégia de atendimento à saúde com qualidade, participação social e respeito às práticas culturais, que se torna possível alcançar a descolonização e reverter os problemas causados pela política liberal na área de saúde, que até então vigoravam na Bolívia, como o baixo padrão de desenvolvimento dos tratamentos de saúde, desigualdade no tratamento e no acesso das diferentes classes sociais e os problemas sociais e sanitários. (MSyD, 2008: 15)

Para o governo, é somente com a participação de todos os atores sociais que se consegue exercer o pleno exercício da cidadania e garantir uma alternativa de tratamento capaz de assegurar os direitos sociais e constitucionais assumidos pelo Estado, dentre os quais está: “*garantizar el derecho a la salud, desmercantilizando el Sistema Nacional de Salud para lograr el cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural*” (MSyD, 2008:15)

A justificativa pluricultural do sistema de saúde se encontra no fato de que um país reconhecidamente pluricultural tem como obrigação reconhecer as cosmovisões da saúde dos povos indígenas, camponeses e outros povos originários, assim como respeitar o seu conhecimento e suas práticas tradicionais de tratamento de saúde. O não reconhecimento desses saberes tradicionais indígenas significa a exclusão e auto-exclusão¹⁰⁷ desses povos do sistema de saúde. Tal iniquidade no

106

Viver Bien é um conceito criado pelos indígenas do Peru e da Bolívia e foi utilizado pela primeira vez na Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. (CEPAL, 2007)

107

tratamento de saúde pode ser verificada nos dados apresentados pelo *Ministério de Salud e Deportes*: 7,5% das crianças menores de cinco anos morrem em decorrência de doenças infecciosas, curáveis e/ou que podem ser prevenidas; 26,5% das crianças sofrem com problema de desnutrição crônica, da qual boa parte terá consequências irreversíveis para capacidade intelectual e/ou motora; 67% das crianças com menos de três anos têm anemia, 19% déficit de vitamina A, dado que chega a quase dobrar se analisadas somente as crianças indígenas e rurais. A taxa de mortalidade infantil é de 54 para cada 1.000 crianças nascidas vivas na Bolívia, sendo que 27 destas não chegam a um mês de vida. Já a taxa de mortalidade materna é de 230 para cada 100 mil partos, sendo que apenas 38,5 das mulheres grávidas de áreas rurais recebem acompanhamento médico, metade do número de mulheres que recebem acompanhamento na área urbana. Essas são as taxas mais altas da América Latina. (SNIS apud MSyD 2008:15)

A fim de modificar este quadro, o MSyD tem na implementação do SAFCI uma forma de reverter a exclusão social e ampliar o acesso aos serviços de saúde, através do fortalecimento da organização, autonomia e protagonismo das próprias pessoas de suas relações familiares e comunitárias, em todas as etapas de política, da inter-setorialidade, descentralização e visão integral de um sistema de saúde, ações que devem ser baseadas no reconhecimento e valorização das diferenças culturais e no diálogo intercultural. Todas são atitudes que constituem os objetivos do SAFCI para uma “nueva forma de hacer salud”. (*Decreto Supremo N° 29601*)

Vale destacar que a saúde é entendida no SAFCI como “un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza”. (MSyD,2008:20) Desta forma, a saúde familiar e comunitária é composta e está determinada por fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, biológicos, psicológicos, além de relações interpessoais e seus contextos. Caracteriza-se assim como uma política pública que busca atuar não somente sobre o tratamento de saúde em si, mas sobre outros fatores que são determinantes para a realização da

Dados do MSyD mostram que a maioria da população não coberta pelos serviços de saúde se encontram em áreas rurais e comunidades indígenas, tendo como principais motivos para não receberem tratamento de saúde, a falta de recursos para chegar aos centro de saúde, que na sua grande maioria se encontram longe do seu local de moradia e critérios culturais, como não repetition a sua cosmovisão e maneiras de tratar a enfermidade. (MSyD, 2008: 17)

saúde, como relações de trabalho, relações de consumo, de economia, a relação com meio ambiente, a relação com a comunidade etc.

Para cumprir com seu objetivo o Sistema de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural se baseia em quatro princípios, expostos em seu Decreto de criação:

(a) Participação Comunitária: Entendida como a capacidade de as comunidades, sejam elas urbanas ou rurais, em participar da identificação de seus problemas e causas de saúde, pensar uma solução (formulação da política), executar e avaliar essa solução;

(b) Inter-setorialidade: É uma relação coordenada entre a população, profissionais de saúde e representantes governamentais de diferentes setores (educação, saneamento, nutrição etc.), com o fim de modificar as condições socioeconômicas que são determinantes para as condições de saúde;

(c) Interculturalidade: Entendida como o desenvolvimento de processos de articulação e complementaridade entre as diferentes medicinas (acadêmica, indígena, campesina, originária etc.) a partir do diálogo, reconhecimento e valorização das diversidades culturais, na busca de soluções dos problemas de saúde, seja na etapa de formulação de políticas ou na ação dos tratamentos de saúde; e

(d) Integralidade: Capacidade do serviço de saúde de conceber o processo saúde-doença integrado à pessoa em todos seus aspectos, ou seja, sua relação com o meio, com a família, com a comunidade, sua psique, seu mundo espiritual etc., todos esses fundamentais para sua reabilitação.

Estes princípios, por sua vez, são articulados em ações que envolvem as pessoas, a família e a comunidade, junto com as equipes de saúde e de gestão do sistema, formando uma espécie de rede que tenta desenvolver a promoção, prevenção e o tratamento de saúde da maneira mais eficaz, com diálogo horizontal, respeito, aceitação das diferentes visões de saúde e tratamentos, na tentativa de:

“El modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se

presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”.
(Decreto Supremo N° 29601)

O *Sistema de Salud Comunitária, Familiar e Intercultural* é composto da seguinte estrutura:

– *Redes de Serviços*: formada por um conjunto de estabelecimentos de saúde, de todos os níveis de complexidade que trabalham articulados e que podem pertencer a um ou mais municípios, atuando de forma associada, ou ainda, a um ou mais departamentos, estabelecimentos que podem ser públicos ou privados e onde além de tratamento convencional pode-se usar, em complementaridade ou integralidade, a medicina tradicional indígena ou originária. Participam desta rede outras estruturas do Estado que podem ajudar a promover a saúde, como, por exemplo, as Secretarias de Educação que realizam programas de educação para prevenção de doenças ou assistência social. Essa instância deve garantir a resolução do problema de saúde.

-*Rede Municipal*: formadas por estabelecimentos de atenção à saúde de primeiro nível, com menor complexidade, são coordenadas pelo “*Directorio Local de Salud – DILOS*” e são de responsabilidade do governo municipal. É a estrutura orgânica e operativa do SAFCI, espaço onde, além do trabalho básico de atendimento à saúde, encontra-se a contribuição da comunidade que está na sua área de influência, nos trabalhos de saúde como atividades de prevenção, auxílio aos doentes e complementação de tratamentos tradicionais.

– *Estabelecimento de Saúde*: é a unidade de prestação de serviços que podem ser divididos segundo nível de complexidade e capacidade de resolução dos problemas:

Nível 1: Centros de Saúde, Posto de Saúde SAFCI, Centros de Saúde SAFCI com policlínicas (consultórios com especialidades) e com leitos de internação. A oferta de serviços neste nível visa à promoção da saúde física, mental e social, à educação em saúde (saúde integral), à prevenção de doenças, consultas ambulatoriais, internações temporárias, assim como visitas domiciliares pelas equipes de saúde, sempre com um enfoque intercultural. É o primeiro contato da população com o sistema de saúde, com a presença das equipes da saúde nos domicílios. É ponto de partida para atenção em outros níveis de complexidade

quando necessário, assim como é o nível com maior utilização da medicina tradicional indígena, campesina ou originária, com presença de médicos e parteiras tradicionais, ou seja, o ponto de maior articulação entre a medicina acadêmica e a indígena. Um posto de saúde atende uma comunidade em um âmbito territorial de até duas mil pessoas e é coordenado por um conselho local de saúde. Já o centro de saúde atende um espaço territorial de até cinco mil pessoas e também possui um conselho gestor local.

Nível 2: Hospitais Básicos. É nível ambulatorial de maior complexidade e internação. Também é nesse nível que se encontram as especialidades básicas como pediatria, ginecologia etc., assim como a realização de exames de diagnóstico de média complexidade e tratamentos de saúde. Somente com diagnóstico realizado neste nível, que se pode realizar atendimento no nível seguinte.

Ainda são de responsabilidade do segundo nível:

- “- Actividades de capacitación al equipo de salud, investigaciones operativas y actividades de pre y postgrado;*
- Actividades docentes de pre-grado que comprende capacitación clínica de estudiantes de las carreras de Medicina, Enfermería, Laboratorio y otras. Respecto a las actividades docentes de post-grado, se realiza la capacitación de residentes médicos en especialidades y sub-especialidades, previa acreditación;*
- Implementar las Unidades Nutricionales Infantiles (UNI) para atención de desnutridos en niños menores de dos años, articulado con la promoción de la salud.” (Decreto Supremo n° 29601, Cap 2)*

Um hospital básico não corresponde a um número específico de cidadãos, mas tem seu atendimento delimitado no âmbito do distrito que pode ser composto tanto por intra-unidades, como município ou intra-municípios. Entre os hospitais dos distritos, um é escolhido para ser um centro de funcionamento administrativo dos demais (cabeceira de distrito), onde acontecem as capacitações, análises de dados de saúde locais etc. Os hospitais também possuem um conselho gestor.

Nível 3: Hospitais Especializados e Institutos Especializados. Neste nível são realizados tratamentos de alta complexidade, como consultas ambulatoriais e internações especializadas e diagnóstico de alta complexidade. Também encontram-

se os *Institutos Nacionales de Investigación y Normalización*, cuja função é contribuir na melhoria nos tratamentos de saúde mais complexos, não somente com atendimento de pacientes, mas através de pesquisas e experimentos, da produção de medicamentos e da formação de recursos humanos, entre outros. Estes hospitais não respondem a marcos territoriais e nem mesmo a um número de população, em sua grande maioria são de administração do governo federal.

Outra parte deste sistema está no *atendimento na comunidade*. Neste modelo, o trabalho que as equipes de saúde do nível 1 exercem é fundamental para o sucesso do sistema, visto que através de suas visitas, é possível ter maior contato com as famílias, comunidades, suas condições sociais, os fatores de risco as quais estão expostos, conseguindo assim fazer um melhor diagnóstico da causa de possíveis problemas de saúde. Estas equipes também devem fazer suas atividades com respeito e entendimento da diversidade cultural.

Segundo as diretrizes do programa, essas equipes devem ter as seguintes aptidões e atitudes:

- “- Ser sensible y comprometido con la realidad económica, social y cultural de la región donde se desempeña y de preferencia hablar el idioma originario de las familias y comunidades de su área de trabajo
- Tener una visión integral en la atención del usuario/ con enfoque en los derechos en todo el ciclo de vida;
- Respetar y aceptar el acompañamiento de la familia en los procedimientos de atención para mantener la confianza y la tranquilidad del usuario/a;
- Estar comprometido con el establecimiento, la red y la comunidad;
- Tener capacidades técnico-clínicas para resolver oportuna y satisfactoriamente los problemas de salud de los usuarios, y estar capacitados y/actualizados para responder a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y al trabajo en redes;
- Tener conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación de procesos participativos en el accionar de la salud;
- Ser respetuoso y tener una actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de culturas médicas diferentes y, a su vez, promover estos valores entre sus colegas de profesión;
- Tener capacidad para el trabajo en equipo y multidisciplinario, para contribuir a la solución de problemáticas de salud de manera integral e

intersectorial, en alianzas estratégicas con las autoridades en salud, redes sociales y otros sectores.

(Decreto Supremo N° 29601 Cap. 2)

A atuação e coordenação do SAFCI ocorrem tanto em nível local, como em nível municipal, departamental e nacional, e têm como estratégia de atuação promover o multiculturalismo, a

participação da comunidade, a integração e cooperação inter-setorial, a relação com as organizações regionais e outras organizações, incluindo a indígena, tudo isso sobre a responsabilidade e liderança do *Ministerio de Salud e Deportes* que realiza a governança do programa, mas com responsabilidade de implementação e adaptação do sistema às diferentes realidades dos governos.

Objetiva-se com essa estrutura que toda pessoa possa receber atenção integral e intercultural de acordo com a complexidade de cada caso, podendo ascender entre os níveis de complexidade em caso necessário sem perder a continuidade e modelo de tratamento que lhe foi oferecido na entrada no sistema. Ressalta-se também nesta estrutura o fato de contarem com adequação das salas para tratamento intercultural (parto) e locais de habitação para familiares acompanhantes em caso de tratamentos mais prolongados.

Quanto à gestão e controle social do SAFCI, é formado por três estruturas complementares: a Estatal, a Social e a Inter-setorial.

A *Estrutura Estatal* é responsável pela organização, a gestão e os recursos do sistema, não só público com o privado. Também é responsável pelas relações de inter-setorialidade e interculturalidade. Está dividida em quatro níveis, todos devendo contar com participação social em sua estrutura de gestão.

(a) *Nível Local*: A estrutura local é a unidade básica, administrativo e operacional, responsável pela prestação de serviço de maneira integral e intercultural às pessoas, às famílias e à comunidade. Também é responsável pela gestão participativa da comunidade e pelo controle social da saúde:

- “- Implementa políticas nacionales, departamentales y municipales de salud.
- Garantiza la gestión comunitaria participativa, a través de procesos de información, educación y capacitación

- Interactúa con el Comité Local de Salud para implementar procesos de gestión compartida local en espacios colectivos como los Comités de Análisis de Información trimestrales, asambleas u otras modalidades, según usos y costumbres de la población.
- Lideriza los CAIs de salud comunitarios, en corresponsabilidad con el Comité Local de Salud
- En corresponsabilidad con la comunidad, autoridades comunales de salud y Comité de Salud implementa procesos de **planificación**, para:
 - Identificar y priorizar necesidades y demandas locales en salud.
 - Identificar posibles soluciones.
 - Formular las bases para la sustentabilidad de los proyectos.
 - Verificar la existencia de recursos.
 - Contribuir en la organización de los recursos comunitarios y de los servicios para la gestión de proyectos de salud.
 - Adecuar horarios de atención a la realidad social local, junto a la comunidad.
- Es responsable de la administración de la prestación de servicios de salud, aperturándose a brindar esta información al Comité Local de Salud, tomando decisiones conjuntas en función de necesidades e intereses de la comunidad.
- Impulsa la participación de la comunidad en espacios de seguimiento de las actividades de salud, en corresponsabilidad con el Comité Local de Salud". (MsyD, 2008:45)

(b) *Nível Municipal: O Directorio Local de Salud*¹⁰⁸ é a autoriada máxima de gestão do SAFCI em nível municipal, também é responsável pela gestão participativa, controle social e pela implementação do diálogo intercultural de saúde em nível municipal, inclusive pela aprovação das contas da Secretária de Saúde. É o *Directorio* que deve aprovar o regimento interno das políticas de saúde do município, com base nas normas departamentais e nacionais.

- Elabora su Reglamento Interno contemplando las responsabilidades del nivel operativo, adecuado a su contexto social y en el marco de la norma nacional.
- Dirige la mesa de salud cuatrimestral como instancia de acuerdos y

consensos de las prioridades y presupuestos identificados por actores sociales e institucionales, los mismos que están insertos en la Estrategia de Salud - PDM y POA's.

- Dirige el Proceso de elaboración de la Estrategia de Salud Municipal en el marco del -Modelo de Atención y Modelo de Gestión.
 - Coordina, articula, supervisa los recursos de la red municipal de salud.
 - Asegura la implantación del Seguro Universal de Salud a nivel Municipal.
 - Gestiona Programas y Proyectos de Cooperación técnica y Financiera.
 - Coordina y concerta con organismos de cooperación la alineación de sus acciones a la -Estrategia de salud - PDMs.
 - Evaluación cuatrimestral de la situación de salud del municipio y la ejecución presupuestaria.
 - Promueve y asegura acciones y espacios para la participación social en la gestión de la salud.
 - Evalúa el rendimiento de todo el equipo de salud del municipio, según la Ley 1178 y normas del Ministerio de Salud y Deportes.
 - Controla la adecuada distribución de los recursos humanos al interior de la red de servicios de salud municipal del sistema público.
 - Aprueba la recepción definitiva de proyectos de inversión pública.
- Nomina por concurso de méritos junto al director del SEDES, al jefe médico municipal.” (MsyD,2008:45)

(c) Nivel Departamental: Constituído pelo Serviço Departamental de Saúde é a instância máxima de gestão técnica de saúde em um departamento¹⁰⁹. Sua principal função é articular as políticas e a gestão da saúde, nacionais, departamentais e municipais. Também é responsável por fazer cumprir as leis e normas de saúde, além de supervisionar os estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados. Assim:

- “- Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud, los Modelos de Salud Familiar Comunitario Intercultural y Gestión Compartida y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público.
- Articula la política nacional de salud con la política municipal.
- Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las normas del Seguro

109

Departamento na Bolívia. De maneira simplista pode ser entendido como o equivalente ao Estado no Brasil, assim como as províncias são similares aos municípios.

Universal de Salud en su jurisdicción territorial, en el sistema público de salud, el seguro social de corto plazo, iglesia, establecimientos privados con y sin fines de lucro y la medicina tradicional.

- Realizar el Asesoramiento técnico y supervisión de la gestión de los servicios de salud en el departamento.
- Dirige junto al Consejo Social Departamental la Asamblea Departamental de Salud.
- Es Responsable de abogar y generar alianzas estratégicas con otros sectores para dar respuesta a las demandas sociales sobre los determinantes de salud.
- Realiza a Asistencia técnica e implementación de los procesos de Promoción, Información y Educación en Salud.
- Realiza a Asistencia técnica e implantación de la Gestión Compartida en los niveles departamental, municipal y local.
- Es el responsable de hacer cumplir la normativa de los diferentes niveles de gestión de la estructura estatal de salud.
- Coordina con el Consejo Social Departamental.” (MSyD,2008:45)

(d) *Nível Nacional*: O MSyD é o principal órgão responsável pela gestão da saúde, responsável pela formulação da políticas, estratégias, planos e projetos, assim como pode estabelecer as regras de saúde. Este nível conta com a presença do *Viceministério de Saúde Intercultural e Medicina Tradicional*. São atribuições do MSyD:

- “- Velar por la salud de la persona, la familia, la comunidad y la población en su totalidad.
- Normar, supervisar, evaluar y coordinar el Sistema Nacional de Salud.
- Evaluar la ejecución de programas especiales y todas las actividades en salud.
- Coordinar la eficaz implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y los - Programas Nacionales de Salud, para mejorar la cobertura y la prestación de los servicios en el marco de la promoción, participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integralidad.” (MSyD, 2008:44)

Finalmente, a *Estrutura Social* é composta por atores sociais com capacidade de tomar decisões sobre a formulação, execução, administração, avaliação e

controle sociais do sistemas de saúde, atuando de uma forma autônoma e organizada na seguinte forma:

A Autoridade local de saúde é o representante da comunidade frente aos serviços de saúde do bairro. É o responsável por, junto com a equipe de saúde, planejar os serviços de saúde e avisar os cidadãos sobre estes serviços, sobre a administração do posto de saúde e equipe de saúde. É o responsável por acompanhar as ações de saúde no bairro. Este representante deve ser eleito pela comunidade e não é remunerado, além disso, ele é o responsável por promover a participação da comunidade e a identificação das demandas, necessidades e possibilidades de solução que podem ser tomadas. Segundo o MSyD suas funções são:

- “- Vigila el cumplimiento de los proyectos priorizados, respetando las decisiones tomadas en la comunidad.
- Informa a la comunidad sobre el estado, funcionamiento y administración del establecimiento de salud, Farmacia Institucional Municipal (FIM), fondos rotatorios de medicamentos y boticas comunales (ingresos/ egresos) a la comunidad.
- Motiva al promotor de salud para que informe al servicio de salud acerca de los nacimientos, muertes y enfermedades.
- Lideriza el control de acciones que afecten negativamente a la salud (medio ambiente, agua, producción).
- Participa en los CAIS comunales para informarse de: -El estado y funcionamiento del servicio de salud y -La ejecución del POA.
- Comunica a la comunidad en sus reuniones los informes y resultados de los CAIs comunales.
- Coordina con el promotor de salud – agente comunitario, las acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria de salud”. (MSyD,2008:25)

O Comitê Local de Saúde é a representação do conjunto de autoridades das comunidades/bairros junto às redes de serviços locais (rede formada pelos postos, centros de saúde e as policlínicas), organizados em um conselho responsável que é por implementar a participação e o controle, em nível regional, do sistema de saúde, assim como está encarregado de apoiar a participação da comunidade nas ações de saúde. O Comitê tem membros eleitos pelas suas comunidades e não são

remunerados. São suas funções:

- “- Movilizar a las comunidades para la planificación intersectorial (POA) que benefician al desarrollo de la salud en corresponsabilidad con el equipo de salud.
- Generar e implementa espacios colectivos de planificación de las comunidades de acuerdo a sus usos y costumbres.
- Liderizar los CAIs comunitarios en corresponsabilidad con el equipo de salud, conjuntamente las autoridades comunales, locales de salud y la comunidad, y en corresponsabilidad con el equipo de salud:
- Identificar las demandas locales.
- Priorizar las necesidades.
- Identificar las posibles soluciones.
- Tomar decisiones en base a prioridades.
- Verificar la existencia de recursos en salud.
- Facilitar la organización de recursos comunitarios para la implementación de los proyectos intersectoriales.
- Garantizar la incorporación de las propuestas locales en el POA y Estrategia de Salud-PDM.
- Realizar el seguimiento del cumplimiento del POA y la Estrategia de Salud-PDM.
- Representar a la comunidad en las mesas de salud.
- El Comité Local de Salud se reúne cada tres meses con el equipo de salud responsable del establecimiento, para informarse sobre la administración del servicio de salud, en: El estado y funcionamiento de las FIM (Farmacia Institucional Municipal), fondos rotatorios de medicamentos y boticas comunales; La permanencia, buen uso y mantenimiento de la infraestructura, equipamiento e instrumental asignados a los servicios de salud; La continuidad de la prestación de servicios y sus horarios de atención.
- El control del movimiento económico del servicio en forma mensual.
- Movilizar a la comunidad para la realización del seguimiento de las actividades de salud, en corresponsabilidad con el equipo de salud.
- Generar e implementa espacios colectivos de seguimiento a los planes y programas de los servicios de salud.
- Vigilar la calidad de atención que brinda el equipo de salud desde la percepción del usuario, que contemple un enfoque intercultural, genero, generacional, integral e intersectorial.

- Vigilar el cumplimiento de los proyectos priorizados en las comunidades.
- Resolver los problemas internos de la comunidad en cuanto a salud.
- Representa a la comunidad en el Consejo Social Municipal.
- El Comité Local de Salud mantiene una relación estrecha con el equipo de salud para mejorar la salud.” (MSyD,2008:25)

O *Conselho Social Municipal de Saúde* é uma representação do conjunto de Comitês Locais de Saúde, que somados a outras organizações representativas do município, exerce o controle social e de gestão das políticas de saúde municipais. São responsáveis pela ligação entre as estruturas locais e regionais de saúde, pelo sistema municipal como um todo, pela aprovação ou não do orçamento e as contas de saúde. São suas funções:

- “- Garantizar el ejercicio de la gestión compartida a nivel local.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de la gestión compartida a nivel municipal.
- Articular las necesidades y propuestas de los Comités Locales de Salud al DILOS y Gobierno Municipal.
- Informar a los Comités Locales de Salud sobre las acciones en la gestión compartida municipal del DILOS.
- Informar a los Comités Locales de Salud sobre el cumplimiento de la Estrategia Municipal de Salud - PDM y del POA.
- El Control social sobre el funcionamiento de organizaciones (ONG's, agencias de cooperación, instituciones religiosas, otros) que trabajan en salud” (MSyD, 2008:25)

O *Conselho Social Departamental de Saúde* é a representação dos Conselhos Sociais Municipais de Saúde frente às estruturas de saúde departamentais. É responsável por articular as políticas e necessidades dos sistema de saúde municipal com o departamental, assim como por supervisionar se essas políticas estão sendo realizadas. Ainda está em sua competência, as aprovações das contas da saúde em nível departamental. São suas funções:

- “Articular las demandas en salud de los Consejos Sociales Municipales.

- Ejercer Control Social sobre el correcto uso de los recursos provenientes del IDH y de otras fuentes de financiamiento para salud.
- Negociar con el SEDES directamente y con las prefecturas mediante el Consejo -Departamental (representación prefectural), las soluciones a las demandas de salud; Concertación con otros actores institucionales y sociales demandas y propuestas en relación a la salud y sus determinantes.
- Realizar control social a la gestión de la salud del SEDES.
- Informar al Consejo Departamental el cumplimiento de la gestión de las prefecturas en cuanto a salud.
- Impulsar a que los Consejos Sociales Municipales participen en la planificación departamental.
- Verificar y aproeba la correspondencia de los POA's con los planes estratégicos de salud departamental.
- Las sesión se establecerán físicamente en ambientes del SEDES” (MSyD, 2008:25)

Já o *Conselho Social Nacional de Saúde* é a representação do Conselho Social Departamental de Saúde junto às estruturas nacionais de saúde. Articula as ações e políticas de saúde entre o nível nacional, representadas na figura do MsyD, e os departamentos. É o responsável por realizar o controle social das ações de saúde em todos os níveis, assim como traçar as diretrizes e normas do SAFCI. Suas funções são:

- “- Implementar normas de seguimiento a las instituciones estatales, no gubernamentales e instancias descentralizadas que tengan que ver con la salud mediante su articulación al Mecanismo de Control Social.
- Seguimiento y Control a la Gestión de Salud implementada por el Ministerio de Salud Y Deportes.
- Convocar a la Asamblea Nacional de Salud.” (MSyD, 2008:26)

Existe ainda a *Estrutura Inter-setorial*. É o espaço de deliberação dos atores sociais e representantes de outros setores do Estado que estão alinhados e comprometidos com a política de saúde. Por meio de assembleias estabelecem as diretrizes dessas políticas em conjunto e buscam controlar as ações propostas. Essa estrutura é formada por:

Assembleias Expandidas, Encontros, Conselhos e Comissões de Análise de Informação dos Bairros ou Comunidades: São espaços desenvolvidos nos bairros ou nas comunidades onde se discute estratégias conjuntas a serem executadas pelos órgãos responsáveis para melhorar a qualidade de saúde na região. Neste espaço se articulam ações conjuntas de níveis locais. Divide-se em: (a) Reunião Geral: Realizada uma vez por ano, nos bairros ou comunidades, procura analisar os principais problemas de saúde dos bairros, assim como alternativas para solucioná-los de acordo com os recursos disponíveis e, (b) Comitê de Análise de Informações em Saúde: Tem como função executar e avaliar as ações determinadas nas Reuniões Gerais. Assim como reavaliar as ações do ponto de vista da sua eficácia e qualidade. (MSyD,2008:26)

Mesa Municipal de Saúde: É a instância máxima de diálogo, consulta e coordenação entre os atores envolvidos nas políticas de saúde em nível municipal, responsável por planejar, formular e avaliar as ações conjuntas em seu nível de jurisdição para melhorar os níveis de saúde.

Assembleia Departamental de Saúde: Realiza as mesmas funções da Mesa Municipal de Saúde, mas em jurisdição departamental. Também tem função de integrar suas ações com as ações municipais e nacionais. (MSyD, 2008:26)

Assembleia Nacional de Saúde: Exerce as mesmas funções das suas duas subseqüentes, porém, em nível nacional. Estabelece as diretrizes para que possam ocorrer tendo como ponto de referência o Plano de Desenvolvimento Setorial.

Na Tabela 7, apresentamos uma comparação sintética das formas de participação, mostrando seu nível hierárquico e função.

Tabela:7 Gestão Partilhada

Níveis de gestão da estrutura estatal da saúde	Espaço de Deliberação Intersetorial	Níveis de estrutura social em saúde
MINISTERIO DE SALUD	ASEMBLEA NACIONAL DE SALUD	CONSEJO SOCIAL NACIONAL DE SALUD É uma estrutura formal orgânica formada por um representante de cada Conselhos Social Departamental e um representante de cada organização social mais representativa do país

		CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUVE, CONAMAQ, COB, outros)
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD	MESA DEPARTAMENTAL DE SALUD	CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD Eleitos entre os Conselheiros Sociais Municipais de todos os departamentos e organizações sociais departamentais representativas
DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS	MESA MUNICIPAL DE SALUD	CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD Eleito entre os Conselhos Locais de Saúde de um município
ÁREA Y SECTOR	REUNIONES LOCALES: CABILDO, ASAMBLEAS, ETC.	COMITÉ LOCAL DE SALUD Eleito entre as autoridades locais de saúde em um território com estabelecimento de saúde.
	REUNIONES COMUNITARIAS: ASAMBLEAS, ETC.	AUTORIDAD LOCAL DE SALUD Eleito pela comunidade ou bairro com autoridade responsável pela ações de saúde.

Fonte: MSyD, 2011

A responsabilidade geral por todo o SAFCI, suas estruturas, modelos de gestão e participação, é do MSyD, a máxima autoridade em saúde do país. Contudo, a fim de poder organizar melhor a rede, se faz uma diferenciação dessas responsabilidades, a primeira é a responsabilidade compartilhada que é composta pela responsabilidade de financiamento e prestação dos serviços, já a segunda responsabilidade, que é exclusiva, refere-se à regulamentação e normativas dos serviços de saúde prestados, no qual se elaboram, desenvolvem e melhoram as legislações de saúde, assim como se fiscaliza o cumprimento dessas normas nos componentes do SAFCI. Sobre esta divisão de responsabilidade:

“Se entiende que la Rectoría es, tanto el ejercicio directo de las responsabilidades exclusivas, substantivas, propias e indelegables de la Autoridad Sanitaria, así como el ejercicio del liderazgo, de la armonización y de la vigilancia del cumplimiento de las funciones que suelen ser compartidas con entes públicos autónomos o descentralizados / desconcentrados y/o privados con o sin fines de lucro, es necesario establecer claramente en que consisten las responsabilidades exclusivas”. (MSyD, 2008:21)

É importante destacar que as organizações não-governamentais têm um papel muito importante no atendimento à saúde na Bolívia, sendo responsáveis por 14% dos hospitais, dos centros e dos postos de saúde. Seu atendimento é quase todo básico (97%), atendendo muito pouco no segundo (2%) e terceiro (1%) níveis. A grande maioria dessas organizações opera a partir de recursos obtidos via financiamento ou doações internacionais sendo poucas as que operam com recursos locais. Grande parte está localizada em áreas urbanas afastadas e um pequeno número recebe financiamento externo, em municípios extremamente pobres. A Igreja também opera em

regiões menos favorecidas. Geralmente, utiliza recursos humanos do governo e infraestrutura própria, sendo o financiamento dividido com os usuários. Em alguns locais, a Igreja é o único provedor. (OPAS, 2001)

Quanto à medicina tradicional indígena, o SAFCI tem como um de seus objetivos possibilitar um acesso universal e respeitoso às diversas culturas indígenas e originárias, assim como enriquecer o sistema de saúde com a medicina e a farmacologia tradicionais indígenas, fazendo com que esse sistema possa se tornar igualitário, equitativo, solidário e de qualidade. Também comporta em sua estrutura a participação dos povos indígenas, respeitando suas maneiras de participação e organização. Para tanto, e para fazer deste um sistema inclusivo, faz parte do SAFCI e do MSyD o *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*:

“(...)como cabeza de sector, que actúa sobre las determinantes de salud, con la participación de una población con hábitos saludables y pleno ejercicio de su derecho a la salud que promueve y se constituye en espacio de organización y movilización socio-comunitaria del Vivir Bien. Por lo expuesto se ha creado el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene como misión el fortalecimiento de la medicina tradicional y su articulación y complementación en)el Sistema Único SAFCI, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural, de género e inclusión social” (MSyD, 2008:21)

5.2.3 Vice-ministério de Medicina Tradicional e Interculturalidade

Uma das primeiras ações do governo Evo Morales foi a promulgação da Lei de Organização do Poder Executivo, em fevereiro de 2006. Esta lei, além de alterar toda a estrutura do Estado, criou o *Ministerio de Salud e Deportes*, antigo *Ministerio de Salud e Seguridad Social*, que tem entre seus objetivos a revalorização da medicina tradicional indígena e sua articulação com a rede de saúde.

Para alcançar esse objetivo e desenvolver políticas, planos e projetos de interculturalidade em saúde, o MsyD, por meio do Decreto Presidencial nº 28.631 de março de 2006, criou em seu organograma o *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*, estrutura governamental que, com sua atuação transversal no MsyD e em demais órgãos do governo, passou a ser o responsável por:

“(...) promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales del nivel central y en el nivel descentralizado, formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud.”(...) Igualmente el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, tiene la misión de velar por la preservación y fortalecimiento de la medicina tradicional basadas en la utilización de recursos naturales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, de modo que trabajen en forma articulada con el sistema público de salud en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural.” (MSyD/SOA, 2006:109)

Desta forma, o governo boliviano visa melhorar as condições de vida da população indígena, originária, campesina e afro-boliviana, promovendo seu acesso às políticas de saúde, de forma a respeitar suas culturas, cosmo visões e conceitos de saúde-doença, e, em geral, garantindo equidade no sistema de saúde e possibilitando que tratamentos de saúde fossem efetuados segundo seus conhecimentos ancestrais, o que deveria ser ainda levado ao conhecimento de toda população.

Além disso, o *Viceministerio* deveria atuar para possibilitar a participação dos

povos indígenas e usuários em todas as fases deste processo, não apenas como um beneficiário do Estado, mas como sujeito para quem vai se propiciar um direito fundamental para esses povos. Para tanto, o *Viceministerio* instituiu entre suas funções:

- “a. Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico – cultural de los servicios de salud.
 - b. Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
 - c. Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa coordinada con autoridades de los Pueblos Indígenas Originarios campesinos y organizaciones de médicos tradicionales, parteras/os y alternativas locales.
 - d. Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.
 - e. Fomentar los procesos de enseñanza -aprendizaje de las medicinas tradicionales a fin de asegurar su fortalecimiento y consolidación en cada región de Bolivia
 - f. Defender las plantas medicinales como parte de la biodiversidad, así como la propiedad intelectual colectiva de las culturas que han usado con exclusividad especies de su flora medicinal, evitando la biopiratería.”
- (MSyD/SOA, 2006:109)

Essas funções devem ser realizadas observando a Resolução Ministerial de 1987, que reconhece as práticas de medicina tradicional indígena no Estado boliviano, assim como a Lei nº 3760, que incorpora a Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas DE 2007.

Entre as metas do *Viceministerio* para seus primeiros cinco anos de existência está: possibilitar a Atenção Integral à Família de Maneira Intercultural a 25% dos municípios; incorporar oferta no sistema nacional dos medicamentos tradicionais mais utilizados; publicar ao menos três manuais de farmacologia tradicional; realizar

um mapeamento para conhecer ao menos 80% dos médicos tradicionais e parteiras e certificar 4% destes profissionais; diminuir em 10% a desnutrição de crianças com até cinco anos por meio de práticas nutricionais ancestrais. (MSyD/SOA, 2006:110,111)

Entre os projetos já executados está a criação de Protocolos de Atenção à Saúde Intercultural, o projeto de lei que regulamenta a Medicina Tradicional, módulos de capacitação em saúde intercultural para funcionários do sistema de saúde, normas e regulamento para articulação, participação da incorporação da Medicina Tradicional, sua atividade mais importante, e participação na Interculturalidade no *Sistema de Salud Familiar, Comunitária e Intercultural*.

O *Viceministerio* conta ainda em sua estrutura com a *Dirección General de Medicina Tradicional*, órgão que operacionaliza suas ações e tem como funções:

- “a. Supervisar, coordinar y ejecutar políticas en Medicina Tradicional.
 - b. Dirigir el proceso de normalización fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional e naturalista facilitando su articulación en el Sistema Nacional de Salud, en e marco de la Política Nacional de Salud.
 - c. Dirigir, supervisar y coordinar las actividades técnicas, operativas y administrativas del área de la Medicina Tradicional.
 - d. Establecer estrategias para el desarrollo de la Medicina Tradicional incorporado criterios regionales, étnicos y culturales.
 - e. Transversalizar la Medicina Tradicional en las Políticas de Salud”
- (MSyD/SOA, 2006:114)

O *Viceministerio* é uma instância normativa, de seguimento e controle das políticas interculturais, assim como um meio de impulsionar projetos e iniciativas da medicina tradicional indígena nos postos de saúde e hospitais e promover políticas em escolas, institutos de medicina acadêmica e outros órgãos de governo. Assim, realiza uma espécie de defesa da medicina tradicional indígena e dos benefícios que pode trazer e visa assegurar a participação dos indígenas na busca do seu “*Bien Vivir*”.

Contudo, e apesar de sua tamanha importância, em visita ao *Viceministerio* no mês de Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011, por meio de entrevistas realizadas com representantes do Vice-ministério, foi possível observar que ele conta com um

quadro de menos de 15 funcionários, divididos em três salas e um prédio comercial na região central de La Paz, com poucos recursos até mesmo para desempenho de suas funções burocráticas. Para se entender melhor a estrutura do *Viceministerio*, são dados dois organogramas. O primeiro demonstra a hierarquia do *Viceministerio* frente ao MsyD e o segundo do próprio *Viceministerio*.

Figura 1 - Organograma do Ministerio de Salud e Deportes boliviano

Figura 2: Organograma do Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad

5.3 Sistema de Saúde Brasileiro

5.3.1 Histórico

A origem da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil tem sido marcada por constantes mudanças, pela desarticulação da organização comunitária e por políticas assimilacionistas que tratam a questão indígena. A assimilação das comunidades indígenas, a cargo da Igreja Católica na colônia, no estado republicano, adotou apenas uma nova aparência que representou a continuação ao projeto de erradicação da diversidade cultural e costumes distintos ao padrão colonial.

Somente a partir da primeira década do século XX, com a ação de Rondon e seus seguidores, é que foi criada a instituição do Serviço de Proteção do Índio (SPI), em 1910, para assistência à saúde do indígena, indicando que, finalmente, a questão indígena passou a chamar atenção do Estado. O modelo de assistência, entretanto, estava claramente fundamentado nos padrões eurocêtricos de assistência médica curativa desenvolvida por médicos que iam às aldeias ou hospitais indígenas nas Casas do Índio. Não obstante, já existia acordo de que a população indígena solicitava uma composição particular para o atendimento dos seus problemas, em especial no campo da saúde. Observava-se, por exemplo, que havia fatores culturais e operacionais, como as áreas de complicado acesso, além de questões epidemiológicas, como a ausência de memória imunológica dos grupos de contato recente para as doenças infecciosas que traziam elevados números de mortalidade. (Lima, 1992)

Contudo, e de forma mais evidente, a política brasileira de saúde indígena tem início com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1964, que com a colaboração dos Ministérios da Saúde, criou a figura da Delegacia Regional, um conjunto de pólos com equipes volantes formadas por profissionais de saúde que realizavam ações esporádicas de saúde, principalmente voltadas para o controle de epidemias. Para sanar a grande dificuldade operacional e a falta de estrutura e oferta de serviço de saúde neste período, foram realizados convênios, tanto com outros organismos governamentais, quanto com organismos não governamentais. Tal prática, ao longo do tempo, foi perdendo sua capacidade operacional e

administrativa, e acabou se extinguindo.

Alguns anos mais tarde, a I Conferência de Proteção à Saúde do Índio, que ocorreu na cidade de Brasília em 1986, seria um momento crucial. Pela primeira vez, o Estado reuniu representantes de vários povos indígenas, órgãos públicos, organizações da sociedade civil atuando em apoio à causa indígena, para discutir uma proposta de Diretrizes relativas à Saúde do Índio.

Essa conferência teve como resultado a afirmação da necessidade de criação de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas que fosse capaz de garantir seu atendimento de forma integral e universal, com respeito às diversidades étnicas e culturais, com a possibilidade de utilizar outras práticas além da tradicional.

A finalidade da Conferência era analisar a situação de saúde dos Povos Indígenas e a decisão

de instituir uma política ativa para esses povos. Nesse período, o gerenciamento das ações e serviços de saúde direcionados às nações indígenas tornou-se responsabilidade do Ministério da Saúde, agregado aos demais níveis de atenção do SUS. O resultado foi uma demonstração inicial de acatar o princípio de atenção voltada para ações e serviços de saúde com foco na multiculturalidade. (Lagdon, 2007)

É nesta Conferência que começa a se desenhar a estruturação inicial do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os indígenas presentes também reivindicaram o direito de participar de políticas de saúde indígena, seja ela de nível nacional ou estadual, assim como apontaram para necessidade da criação de uma agência específica para assuntos de questão indígena. São recomendações dessas Conferências:

- “a) a necessidade de estabelecer um subsistema específico, articulado com o sistema nacional e com a criação de uma agência vinculada ao Ministério da Saúde;
- b) Garantir a participação política das nações indígenas na formulação planejamento, gestão, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde;
- c) assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde;

- d) contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área de saúde;
- e) estimular, nas próprias comunidades envolvidas, a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros etc.” (Krenak et al, 1988, p 60, 61).

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal passa a ser um marco não somente para a saúde indígena, mas para a saúde no Brasil como um todo. Estabelece a saúde como um direito de todos, com acesso universal e igualitário¹¹⁰. Cria as regras gerais¹¹¹ que devem basear a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), responsabilidade do Ministério da Saúde. Também estabelece que as políticas indígenas são de responsabilidade da União. Essa Constituição estabelece uma série de direitos sociais e culturais aos povos indígenas.

O SUS, seguindo o texto constitucional, será regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080/90 (complementada pela Lei nº 8.142/90), que em seu tópico V, artigo XIX cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena sob a responsabilidade do Ministério da Saúde:

“Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração”. (Lei nº 8.080/90)

Desta forma, em 1991, com o Decreto nº 23/91, transfere-se a responsabilidade da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde, criando-

110

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

111

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

se para tanto a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), que deve realizar as ações ligadas à saúde indígena. A COSAI estava subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional da Saúde (DEOPE/FUNASA). Também é deste período a criação do primeiro Distrito Sanitário Yanomami¹¹².

Como parte deste novo modelo de atenção à saúde, cria-se, por meio da Resolução nº 11/1992, a Comissão Inter-setorial de Saúde do Índio (CISI), órgão colegiado composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, representantes de universidades, de ONGs e de povos indígenas. Esta Comissão tem como função primordial assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração das diretrizes de políticas públicas a serem adotadas pelo governo na área de saúde indígena. (Langdon, 2004).

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, continuando com a política inaugurada pela I Conferência, faz uma avaliação dos modelos de atenção à saúde que estão sendo implementados e reitera a defesa pelo modelo das DSEI¹¹³ vinculado ao Ministério da Saúde e sob administração de Conselhos Regionais de Saúde Indígenas, que contariam com a participação majoritária de indígenas em sua composição. Novamente, também se reiterou a responsabilidade da União para com os cuidados dos povos indígenas, sem por isso excluir a possibilidade de ações complementares realizadas pelos Estados, municípios, ONGs e instituições religiosas.

Uma novidade desta Conferência é a reivindicação de criação de uma Secretária Especial de Saúde Indígena dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Essa Conferência fez parte da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Luziânia, Goiás, e contou com a participação de duzentos delegados indígenas e não indígenas, seguindo a recomendação de que os usuários constituiriam 50% dos delegados do evento. Os delegados foram eleitos no processo de Conferência estaduais e regionais, segundo os critérios populacionais de concentração dos

112

O DSEI Yanomami segue o mesmo modelo de atendimento dos demais DSEI. Contudo, atende principalmente e é especializado nos Povos Yanomami. Tendo como sede a cidade Boa Vista, atende todo estado de Roraima e norte do Amazonas.

113

O DSEI é conceitualmente descrito como um modelo operacional de serviços que integra a lógica da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços em espaços populacionais, geográficos, sociais, etnológicos, culturais e administrativos bem definidos.

Povos Indígenas no país, nas suas diferentes regiões.

Contudo, as reivindicações da II Conferência parecem, em um primeiro momento, não terem sido ouvidas pela União, visto que, no ano de 1994, o Decreto nº 1.141/94 revogou o anterior, devolvendo a responsabilidade da saúde indígena para a FUNAI que através da criação na sua estrutura da Comissão Inter-setorial de Saúde, voltou ser responsável por coordenar e executar a política de saúde indígena. Assim, ficou para o Ministério da Saúde somente a responsabilidade de coordenar as ações de prevenção de epidemias. (Langdon, 2004).

Contudo, esse modelo não terá uma longa duração, sendo extinto, em 1999, pelo Decreto nº 3156/99 e pela Lei nº 9.836/99, também conhecida como Lei Arrouca. A saúde indígena, volta a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, que traçará as diretrizes da política de saúde indígena, que serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Estes Decretos redefinem o Subsistema de Atenção à Saúde com a criação de 34 DESEIS, através de convênios com ONGs, instituições religiosas e municípios. (Garnelo, 2004).

Dentro dos artigos da Lei Arrouca, que são um complemento do artigo XIX da Lei nº 8.080/90, devem ser destacados alguns aspectos relevantes que marcam o atual sistema de saúde, em grande parte, reflexo das demandas das populações indígenas e que vão ser motivo de disputas e de mudanças ao longo do tempo. Os primeiros a serem destacados são os artigos 19 C e 19 E, que responsabilizam a União pelo financiamento do SASI, com possibilidade de complementação de outras instituições governamentais, quando possível, pelos Estados e Municípios, que também poderão apoiar as execuções das ações desse subsistema.

“Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)”. [\(Lei nº 8.080/90\)](#)

Já os artigos 19D e 19G darão as mesmas características do SUS ao SASI, com atendimento descentralizado, hierarquizado e regionalizado, que possibilitará ao DSEI, integrado a outros órgãos públicos, o atendimento em todos os níveis de complexidade.

“Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena precisará ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1o O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2o O SUS servirá de retaguarda e identificador ao Subsistema de Atenção à Saúde

Indígena, devendo, para isso, acontecer ajustamentos na composição e organização do SUS nas regiões onde habitam as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3o As populações indígenas precisam ter acesso certo ao SUS, em campo local, regional e de centros especializados, de acordo com suas precisões, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”. (Lei nº 8.080/90)

Por sua vez, o Artigo 19H estabelece as formas de controle social sobre esse sistema com a ampla participação dos indígenas nos Conselhos e da União, dos Estados e dos Municípios.

“Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)” (Lei nº 8.080/90)

Por fim, destaca-se ainda o caráter multicultural de tal sistema, com respeito à cultura indígena e com demandas interligadas com outras necessidades:

“Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#). [\(Lei nº 8.080/90\)](#)”

As ações de saúde voltadas para os índios ficam, deste modo, dependentes da composição de operações e dos princípios do SUS, sendo hierarquizadas. O DSEI precisa exercer o papel de amoldar o modelo do SUS aos povos indígenas. Para tanto, necessita contar com uma equipe de funcionários que conduz os programas e ações de saúde nas terras indígenas ou fora delas (MS, 2003)

O DSEI é uma unidade organizacional com uma base territorial e populacional, com responsabilidade sanitária e pela execução de ações de saúde necessárias à atenção básica da saúde do indígena, mediante articulação da SASI com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com equipe necessária para executar essas ações com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde. É função do DSEI junto a sua base:

- “- Considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos inter-setoriais de seus determinantes;
- Ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo;
- Possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão.” (Portaria MS nº254)

O nome de DSEI é caracterizado como um espaço étnico-cultural ativo, geográfico, populacional e administrativo bem demarcado, que não guarda relação direta com os perímetros dos estados e municípios onde se encontram as terras indígenas. Tende a gerar a reordenação da rede de saúde e das práticas medicinais e a desenvolver atividades administrativo-gerenciais imprescindíveis à prestação da assistência com controle social, ou seja:

“Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas se pautou não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas”. (FUNASA, 2011)

Os DSEI prestam atenção básica à população indígena das aldeias, mediante desempenho de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos protótipos do Programa Saúde da Família (PSF). Esses ofícios precisam ser unidos e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, tendo como interesse regional os Pólos-base. As Casas de Saúde do Índio, do mesmo modo, unificam a rede de referência do SASI, servindo para resguardar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes, durante tempos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

O financiamento desses distritos é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde e, complementarmente, por estados e municípios que têm populações indígenas. Recebe também ajuda de coordenações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas. As ações de atenção à saúde às populações indígenas podem ser realizadas de forma direta, pelos municípios, ou indireta, por coordenações não governamentais. (FUNASA, 2000)

Incumbe aos DSEI ainda a responsabilidade de estabelecer a rede de Atenção Básica proporcionada às populações indígenas, e por Atenção Básica, a Portaria nº 648 determina:

“A atenção básica caracteriza-se por um conjugado de ações de saúde, no campo individual e grupal, que compreendem a promoção e a proteção da saúde, o cuidado de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social”.

(CNS, 2007)

Já os Pólos Base são uma instância de atendimento de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e são a referência dos Agentes Indígenas de Saúde que estão nas comunidades indígenas. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou em município de referência. Cada DSEI abriga um grupo de Pólos Base, chegando a um total de 355 pólos divididos nas 34 DSEI. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias e suas equipes. Os Pólos contam com uma estrutura correlata a das Unidades Básicas de Saúde e são compostos por uma equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem. Os Pólos são também o local onde os indígenas podem ser encaminhados para hospitais em casos mais complexos, algo que também acontece quando não há um Pólo Base no local. Nestes casos os indígenas são encaminhados para:

“Serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo (oferecendo médico especialista ou equipamentos de eletrocardiografia, por exemplo);

Hospital local de pequeno porte com baixa complexidade e resolução (algumas clínicas básicas e equipamentos de terapia e diagnóstico);

Hospital regional de médio porte com média de complexidade e resolução (clínicas básicas mais algumas especializadas em diagnóstico e terapia mais complexos);

Hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade.” (FUNASA, 2011)

Esta rede recebe um incentivo por meio de diferenciação de financiamento, o que poderá corresponder até 30% a mais do que o atendimento prestado aos pacientes não indígenas, desde que obedeça aos mecanismos de referência e contra-referência de pacientes e informações.

Já a Casa De Saúde do Índio (CASAÍ) são locais de recepção e apoio ao índio que vem do Pólo-Base. Elas têm como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento

especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam Português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI. Apesar deste nome, a CASAI não faz atendimentos médicos. É função das CASAI:

“Receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI;
Alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento;
Estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
Prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação;
Acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
Fazer a contra-referência com os Distritos Sanitários e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta”.
(FUNASA, 2011)

Mesmo com todas estas mudanças na estrutura de tratamento de saúde, somente finalizada em 2010 com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, a CASAI e DSEI serão mantidas na atual estrutura , como veremos

Para analisar a Lei Arouca quanto à questão indígena, principalmente em relação aos DSEI, aconteceu em 2001, a III Conferência de Saúde Indígena, cujo tema foi “Efetivando o Sistema Único de Saúde – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com controle social”. Esta Conferência que ocorre em Boa Vista, Roraima, contou com a presença de 274 pessoas, sendo 184 representantes indígenas escolhidos nas Conferências locais e 90 representantes dos prestadores de serviços ou trabalhadores de saúde indicados por suas instituições. O número de vagas oferecido contemplava a paridade entre usuários e prestadores de serviços.

Em 2002, temos por parte do Ministério da Saúde a Portaria nº 254, que trata da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, incluindo os princípios e diretrizes a serem adotados para um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde.

Dentre os princípios e diretrizes acentuados na Política de Saúde Indígena, reforçam-se as ideias de: descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para a efetivação de um sistema de saúde que dê conta das necessidades reais dos povos indígenas, a Portaria prevê a precisão de se instituir uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas capaz de exceder às deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS. Para tanto, é imprescindível a organização de serviços de saúde diferenciados, que respeitem as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. (Aith, 2008)

Assim a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece:

“Os sistemas habituais indígenas de saúde são fundamentados em uma abordagem holística de saúde, cujo título é a consonância de indivíduos, famílias e comunidades com o mundo que os contorna. A prática de cura rebate a uma coerência interna de cada comunidade indígena e é o produto de sua relação especial com o planeta espiritual e os seres do espaço em que habitam. Essas práticas e compreensões são, na maioria das vezes, recursos de saúde de forças empíricas e simbólicas, de acordo com a demarcação mais atual de saúde da Organização Mundial de Saúde (...). Deste modo, a melhora do estado de saúde dos povos indígenas não acontece pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas vinculadas ao processo saúde-doença”. (FUNASA, 2002:44)

O modelo a ser seguido para a atenção à saúde indígena foi ajustado por uma abordagem global, sendo contemplado no modelo de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, fixação de terras, educação sanitária e integração institucional. Essa compreensão ampla da atenção à saúde indígena fortalece a articulação entre os órgãos de saúde e aqueles que vigiam a política indígena no Brasil, pois, assuntos como nutrição, demarcação de terras e habitação precisam fundamentalmente ser tratados de uma maneira interinstitucional. (Pagliaro, 2005)

Outro destaque da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas é que possibilitou que índios agissem fortemente no que se alude ao gerenciamento dos recursos humanos e financeiros voltados à saúde indígena com o reforço do papel dos conselhos locais e o distrital¹¹⁴ que são as instâncias de encaminhamento de acusações e exigências com vistas à deliberação das questões relativas ao atendimento à saúde indígena no país. (MS, 2003)

A compreensão da saúde indígena como área de confiabilidade do Ministério da Saúde foi reafirmada pela aceitação da Lei Federal nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios. Dispõe o artigo 27, XX, c, da Lei n. 10.683/03:

"Os temas que compõem áreas de competência de cada Ministério são os seguintes: (...); XX — Ministério da Saúde: (...) c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, até mesmo a dos trabalhadores e índios." (Lei 10.683/2003)

Pouco depois da publicação dessa lei, o Decreto Federal nº 4.727, de nove de junho de 2003, veio sancionar que a competência especial de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena estaria sob a obrigação da Fundação Nacional de Saúde. Este Decreto confirma o Estatuto Social da FUNASA, definindo em seu artigo 2º a competência expressa de “garantir a saúde dos povos indígenas.” (Aith, 2008)

Em 2004, a FUNASA aprovou as portarias nº 69 e 70 com as novas diretrizes da política de cuidado da saúde indígena, retomando para si o papel de cuidar, administrar e executar as DSEI diminuindo muito a ação das organizações prestadoras de serviços não estatais, que passaram a cuidar somente do fornecimento de insumos e deslocamentos.

Entretanto, a FUNASA tampouco vem mostrando avanços em relação à saúde indígena. As soluções propostas acabaram criando uma imensa burocracia

114

Os Conselhos Distritais têm como atribuição fundamental a aprovação do Plano Distrital de Saúde, o acompanhamento e avaliação de sua execução e da aplicação dos recursos. Já os Conselhos Locais serão formados por representantes das comunidades indígenas, incluindo as lideranças tradicionais, os caciques, médicos tradicionais (Pajés), que serão escolhidos por membros de suas próprias comunidades, que terão como maior atribuição identificar as necessidades específicas dos povos indígenas, em relação aos agravos de saúde que os acometem.” (FUNASA, 2011)

que não estabelece as competências e responsabilidades sobre os projetos e programas, o que se deve, em parte, ao conflito de interesses das mais diversas organizações:

“Sem detalhar a situação, é possível dizer que os serviços para os povos indígenas sofrem, em geral, de problemas organizacionais, conflitos institucionais, falta de recursos humanos e financeiros, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços e dependência cada vez maior das ONGs para obter financiamento” (Langdon, 2004, p 38).

O sucesso da atenção à saúde indígena estaria garantido pelos programas específicos ligados ao Ministério da Saúde (como o Programa de Prevenção da AIDS e DST para as populações indígenas e o Programa de Combate ao Alcoolismo), e pelos convênios estabelecidos entre o governo e ONGs.

Já em 2006, a realização IV Conferência Nacional de Saúde Indígena teve como tema o “Distrito Sanitário Especial Indígena: Território de produção de saúde, proteção de vida e valorização das tradições” e estava dividida em cinco eixos diferentes: direito à saúde; controle social e gestão participativa; desafios indígenas atuais; trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde e segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável. Contudo, boa parte das discussões focaram-se na péssima situação de saúde dos indígenas. (Bertolani, 2008)

O sistema de saúde indígena ainda hoje continua passando por mudanças e por uma etapa especial no Brasil. Atualmente, caracteriza-se por mudanças intensas, desde rápidas modificações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena.

Novamente, como uma constante na saúde indígena do Brasil, a Portaria nº 3.965 de 19 de dezembro de 2010 decidiu que a saúde indígena voltasse a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde, agora sob a responsabilidade direta da recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A SESAI tem como função coordenar e executar a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional.

A Tabela 8 sintetiza um pouco da história do Sistema de Saúde Indígena

Brasileiro até o momento atual.

Tabela 8: Síntese Cronológica da Política de Saúde /Saúde Indígena na Brasil

ANO	ÓRGÃO	ATIVIDADE
1910	SPI	Criação da Casa do Índio
1964	FUNAI	Criação de Delegacias Regionais e Pólos de Saúde Indígena
1986		Iª Conferência de Saúde Indígena
1988	BRASIL	Constituição Federal – Direito à Saúde e Direitos Indígenas
1990	BRASIL	Lei 8.080/90 criação do Subsistema de Atendimento à Saúde Indígena SASI
1991	MIM. SAÚDE	Criação da Coordenação de Saúde do Índio - COSAI
1992	MIM. SAÚDE	Criação da Comissão Intersectorial da Saúde do Índio - CISI
1993		IIª Conferência de Saúde Indígena
1994	FUNAI	Decreto nº 1.141/94 responsabilidade da saúde indígena volta a ser responsabilidade da FUNAI através da CISI
1999	MIM.SAÚDE/F UNASA	Decreto 3156/99 e Lei Arrouca – 9836/99 Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI's
2001		IIIª Conferência de Saúde Indígena
2002	MIM.SAÚDE/F UNASA	Política Nacional de Saúde -Portaria 254/2002
2003	MIM.SAÚDE	Lei 10.683/03 – Saúde Indígena é função exclusiva e não compartilhada do Ministério da Saúde
2003	FUNASA	Decreto Federal 4.727/03 Saúde Indígena é compartilhada entre Ministério da Saúde e FUNASA com coordenação e execução pelo último
2004	FUNASA	Assume a coordenação dos DSEI's e diminui o papel das ONG's
2006		IVª Conferência de Saúde Indígena
2010	MIM.SAÚDE/S ESAI	Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena sob responsabilidade do Ministério da Saúde

5.3.2 A atual estrutura: Secretaria Especial de Saúde Indígena

No dia 19 de dezembro de 2010, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou a Portaria nº 3.965 de 19 de dezembro de 2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). O novo órgão, subordinado ao Ministério da Saúde, anexo dois, passou a ser responsável por gerenciar diretamente serviços relacionados à saúde indígena e a projetos de saneamento básico nas comunidades, responsabilidades antes coordenadas pela Fundação

Nacional de Saúde (FUNASA). A nova secretaria foi dividida em três áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, estruturas que, como se observa na figura três do organograma da SESAI, pelo decreto também ganharam autonomia de gestão.

Figura 3: Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena

Fonte: SESAI: 2010

Segundo suas diretrizes, também aprovadas pelo presidente, a SESAI tem como missão:

“(…) a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de

educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS” (SESAI, 2011)

Com as mudanças ocorridas, o SESAI passou-se a ter responsabilidade sobre a formulação, implementação e avaliação de políticas e diretrizes da saúde indígena para os novos planejamentos, assim como a coordenação e avaliação do sistema vigente e do Subsistema de Saúde Indígena, a manutenção e ampliação de sua estrutura e a intersecção com outras estruturas do Estado e não estatais. Importante destacar que as políticas de saúde indígenas devem ter presentes, em todas suas fases, a participação dos indígenas, inclusive para o controle do sistema, o que deve ser fomentado pela SESAI. Além dessas funções, a Secretaria Especial também ficou responsável pela identificação e disseminação dos conhecimentos de saúde indígena e educação em saúde:

“Art. 607. À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete:

- I - coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa;
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde;
- IV - coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena;
- V - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- VI - promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais;

VII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena; e

VIII - estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”. (Portaria Nº 3 .965/ 2010)

Para fins sintéticos deste trabalho, não nos ateremos à Estrutura Administrativa da SESAI, como por exemplo, à Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento ou aos Serviços de Apoio Administrativo, mas nos limitaremos basicamente aos setores que tem ligação direta com a política de Saúde Indígena.

A primeira estrutura a ser apresentada é a do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI). Este departamento tem como função principal criar as diretrizes de atendimento à saúde indígena, tanto para os DSEI para estruturas regionais, assim como para cuidar e supervisionar suas ações. Também é de responsabilidade do DASI cuidar da educação em saúde e das ações de saneamento ambiental nos DSEIs.

“Art. 612. Ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas;

II - orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo diretrizes do SUS;

III - planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

IV - coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

V - prestar assessoria técnica às equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde;

VI - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena; e

VII - coordenar as ações de edificações e saneamento ambiental no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.”(Portaria Nº 3 .965/ 2010)

Como uma estrutura paralela ao DASI, porém sob sua responsabilidade,

temos a Casa de Saúde do Índio (CASAI), estrutura que já fazia parte do Plano Nacional de Saúde Indígena, e cujas funções de cuidado e acolhimento dos indígenas encaminhados dos Pólos Bases e de humanização do atendimento de saúde ao indígena não se alteraram:

“Art. 613. À Casa de Saúde do Índio compete:

- I - promover o acolhimento do paciente indígena e de seus acompanhantes e fomentar a humanização do cuidado à saúde;
- II - promover a recepção, o alojamento, e a alimentação aos pacientes indígenas e seus acompanhantes, respeitando as especificidades culturais;
- III - prestar atendimento de enfermagem e de assistência farmacêutica aos pacientes indígenas;
- IV - promover terapias ocupacionais para os pacientes indígenas e acompanhantes;
- V - promover a articulação da rede de referência de ações de assistência social, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações dos pacientes indígenas;
- VI - promover apoio logístico aos serviços de referência e acompanhamento de pacientes indígenas e de seus acompanhantes, quando necessário, no retorno aos locais de residência;
- VII - fazer contra-referência com as Divisões de Atenção à Saúde Indígena dos DSEIs;
- VIII - registrar as ações realizadas e manter atualizados os arquivos de informações dos usuários; e
- IX - orientar, monitorar e avaliar a execução de atividades de apoio administrativo, limpeza, manutenção, vigilância, transporte, administração de material, patrimônio, obras e comunicação da CASAI.” (Portaria Nº 3 .965/2010)

Uma estrutura de apoio ao DASI é a Coordenação de Articulação da Atenção à Saúde Indígena (COASI), cujas funções se relacionam com apoio da articulação dos DSEI com estados e municípios e com outros setores do governo do qual depende a saúde indígena, mantendo assim a inter-setorialidade do sistema de atenção a saúde indígena.

“Art. 614. À Coordenação de Articulação da Atenção à Saúde Indígena

compete:

- I - apoiar e/ou participar junto aos DSEIs dos processos de negociação com os Estados e os Municípios para definição e pactuação da rede de referência da atenção à saúde indígena;
- II - participar de articulações inter-setoriais relacionadas à promoção da saúde dos povos indígenas; e
- III - apoiar os DSEIs na coordenação e acompanhamento das atividades desenvolvidas nas CASAI.” (Portaria Nº 3.965/ 2010)

Também ligada à DASI temos a Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPIS), à qual compete planejar, coordenar e avaliar as ações e projetos ligados à Atenção Primária de Saúde nos DSEI. Também é responsável pela coordenação e organização da assistência farmacêutica, dando ênfase à medicina tradicional indígena e à adequação das práticas de saúde no contexto intercultural.

“Art. 615. À Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena compete:

- I - coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção primária à saúde nos DSEIs;
- II - coordenar o processo de construção de mecanismos de monitoramento e avaliação das ações de atenção primária à saúde nos DSEIs;
- III - monitorar e avaliar as ações de atenção primária nos DSEIs;
- IV- formular conteúdos programáticos, normas técnicas, métodos e instrumentos que orientem as ações de atenção à saúde indígena, em articulação com as unidades organizacionais e instâncias competentes;
- V - orientar e apoiar os DSEIs na organização da rede de serviços e na implementação da atenção integral à saúde indígena;
- VI - coordenar a organização da assistência farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e
- VII - promover o fortalecimento da medicina tradicional indígena e a adequação das práticas de saúde ao contexto intercultural.” (Portaria Nº 3.965/ 2010)

A CGAPIS está ligada à Divisão de Ações de Saúde Indígena – DIASI (Artigo 616) e à Divisão de Programas e Projetos de Saúde Indígena – DIPROSI (Artigo

617) ambos com função atrelada à realização das atividades de atenção primária à saúde, como apoio à implementação de programas e projetos regionais, organização dos DSEI etc.

Por fim, ainda ligado ao DASI temos a Coordenação Geral de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena – CGESAI, cuja função, além de construir espaços físicos onde se realize a atenção à saúde, é realizar as atividades de saneamento ambiental nas comunidades e o apoio aos estados e municípios.

“Art. 618. À Coordenação-Geral de Edificações e Saneamento Ambiental compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações de edificações em saúde pública e de saneamento ambiental nos DSEIs;

II - apoiar os DSEIs no planejamento, na estruturação e na execução das ações e serviços de saneamento ambiental e de edificações em saúde pública em áreas indígenas;

III - coordenar planejamento dos investimentos em obras, equipamentos e serviços voltados para o saneamento ambiental e edificações de saúde pública nas áreas indígenas;

IV - organizar e disponibilizar informações sobre ações de saneamento ambiental e de edificações realizadas em áreas indígenas;

V - propor e apoiar a realização de estudos e pesquisas que visem soluções alternativas e de modelos tecnológicos de saneamento ambiental e de edificações adequadas à realidade indígena local;

VI - promover a articulação com órgãos e entidades do Governo Federal, estados e municípios para o planejamento e execução de ações de saneamento ambiental e de edificações de saúde pública em áreas indígenas;

VII - coordenar, monitorar e avaliar as atividades dos DSEIs no controle da qualidade da água para consumo humano nas aldeias indígenas; e

VIII - propor melhorias nos sistemas de informação voltados para o saneamento ambiental e edificações de saúde pública nas áreas indígenas”

(Portaria nº 3.965/ 2010)

Para tanto, conta com o apoio da Divisão de Edificações de Saúde Indígena – DIEDI (Artigo 619) e com a Divisão de Saneamento Ambiental Indígena – DIVISAI

(Artigo 620), cujas funções estão ligadas à execução e coordenação das políticas desenvolvidas no CGESAI.

Outro departamento importante da SESAI é o Departamento de Gestão da Saúde Indígena – DGESI. Este órgão tem entre seus objetivos propiciar que a gestão do SASI seja a mais eficiente e eficaz possível, necessitando assim, gerar informações e modelos não só administrativos, mas de saúde indígena e para suas estruturas e modos de atuação, os quais serviram de base para a construção de novos projetos e mudanças no sistema. Junto a este órgão também serão realizados pesquisas e estudos sobre a saúde indígena.

“Art. 621. Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena compete:

- I - garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- II - promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- III - propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena;
- IV - programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes;
- V - coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena; e
- VI - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena.” (Portaria Nº 3.965/ 2010)

Para tanto o DGESI é composto pela Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena (CGMASI), que tem entre suas funções acompanhar o desenvolvimento dos estudos e pesquisa e gerir o Sistema de Atenção à Saúde Indígena:

“Art. 622. À Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena compete:

- I - gerir o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena em articulação com o Departamento de Informática do SUS;
- II - planejar e coordenar o processo de monitoramento e avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

- III - acompanhar o desenvolvimento de programas e projetos relacionados com a atenção à saúde indígena;
 - IV - consolidar, sistematizar e disponibilizar informações de saúde indígena;
 - e
 - V - acompanhar o desenvolvimento de pesquisas em saúde indígena.”
- (Portaria nº 3.965/ 2010)

Por sua vez, o CGMASI é composto pela Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena – DIMOSI (Artigo 623), cuja função é articular os dados do sistema de saúde indígena com os dados do SUS, assim como supervisionar e orientar os processos de coleta e manipulação de dados referentes à saúde indígena, e pela Divisão de Avaliação de Saúde Indígena – DISAI (Artigo 624), cuja função é gerar relatório sobre a matéria, criando indicadores de saúde, assim como apoiando os estudos e pesquisas.

Outro órgão integrado ao DGESI é a Coordenação Geral de Apoio à Gestão da Saúde Indígena – CGASI, cuja função é promover melhorias na gestão da saúde indígena, assim como apoiar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena nas suas funções.

“Art. 625. À Coordenação-Geral de Apoio à Gestão da Saúde Indígena compete:

- I - promover a melhoria do processo de gestão dos serviços de saúde indígena;
- II - apoiar e articular o processo de desenvolvimento de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, conforme diretrizes das unidades competentes; e
- III - apoiar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena para o desempenho de suas funções.” (Portaria Nº 3.965/ 2010)

Para tanto, conta com o suporte da Divisão de Apoio Técnico aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DATDSEI (Artigo 626), cuja função é colaborar tecnicamente com a gestão dos DSEIs e apoiar o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Além desta instância, os conselhos têm o suporte da Divisão de Apoio Administrativo aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DIADEI (Artigo 627), cujo objetivo é realizar a interlocução com as unidades

competentes do Ministério da Saúde para planejamento e acompanhamento dos processos

administrativos, e realizar a interlocução com as unidades competentes na formalização e no acompanhamento de contratos que atendem à saúde indígena.

Ainda temos, como parte integrante do SESAI, os Distritos Sanitários Especial Indígenas – DSEI, que assim como a CASAI foram mantidos nos modelos anteriores. Contudo, ganharam agora autonomia administrativa e uma série de Seções de Apoio (Recursos Logísticos, Orçamento e Finança, Recursos Humanos, Edificações e Saneamento Ambiental além Escritório Local) às suas atividades. Os DSEI, apesar de constar como um departamento próprio é permeado transversalmente por atividades de todos os departamentos supracitados, como pode ser observado nas diretrizes já apresentadas. O DSEI é de longe o mais importante órgão do SASI, visto ser ele a porta de entrada e contato maior com a questão da saúde dos povos indígenas, assim como é o responsável por coordenar e executar as ações desse mesmo sistema, segundo indicam seus objetivos:

“Art. 628. Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete coordenar, supervisionar e executar as atividades do Subsistema de Saúde Indígena do SUS, criado pela Lei no 9.836, de 23 de setembro de 1999, nas respectivas áreas de atuação.” (Portaria nº 3.965/ 2010)

Pode-se notar na Figura 4, o organograma de como os DSEIs são estruturados na SESAI, o que é reforçado pela Figura 5, que mostra como se estrutura um DSEI internamente, assim como expõe seu modelo de assistência. A Figura 6 que demonstra a localização dos DSEI no Brasil.

Figura 4 – Organograma de Funcionamento Administrativo do DSEI

Fonte: SESAI, 2011

Figura 5 - Organização e Modelo Assistência do DSEI

Fonte: SESAI, 2011

Figura 6: Localização dos DESEI no Brasil

Fonte: SESAI, 2011

Outro setor que merece grande atenção na SESAI é a Coordenação para o Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural – CODEPACI. Esta tem como função criar e dar capacitação aos profissionais de saúde indígena, assim como aos agentes administrativos e Conselheiros do SASI, referentes ao tratamento da saúde intercultural dos povos indígenas:

“Art. 611. À Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural compete:

I - coordenar e articular o processo de capacitação e de desenvolvimento de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, conforme diretrizes das unidades competentes;

II - apoiar o processo de capacitação de conselheiros nos Distritos

Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);

III - assessorar o DSEI no desenvolvimento do processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, dos Supervisores dos Agentes Indígenas de Saneamento e dos Agentes Indígenas de Saneamento; e

IV - planejar o dimensionamento da força de trabalho para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.” (Portaria nº 3.965/ 2010)

Além das reformas do sistema de saúde indígena, a situação e problema de saúde dessa população continuam atuais. Os grandes desafios na implementação de um novo padrão de assistência à saúde indígena é estruturá-lo envolvendo centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não governamentais, considerando a imensa diversidade indígena e social.

Outro destaque que se faz primordial é que o SESAI é uma vitória dos movimentos sociais indígenas, que por anos lutaram para a instalação de um sistema de saúde que correspondesse a suas necessidades expostas nas Conferências de Saúde Indígenas. Busca-se agora as melhorias e a real efetivação desse Sistema.

Considerações Finais

Nos últimos anos, houve importantes avanços no desenvolvimento dos Direitos Humanos rumo à conquista de uma *cidadania étnica* para povos indígenas. Expressão importante dessa mudança reflete-se na passagem de um direito universal, na Declaração dos Direitos Humanos, para o reconhecimento da necessidade de um direito específico, nos Pactos e Convenções de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais Sociais.

Outros avanços são percebidos no modo que os direitos a uma cidadania étnica foram modificados e vêm sendo assimilados pelos Tratados e Declarações. Este é o caso do avanço ocorrido da Convenção 107 da OIT (1957), que propunha o reconhecimento de direitos a partir da integração cultural, para a Convenção 169 (1989), que acaba com o caráter integracionista e insere alguns direitos sociais específicos (Educação e Saúde Intercultural), e, posteriormente, para a Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas da ONU (2007). Essa, além de contar com a participação indígena em sua construção, reflete os importantes avanços nos direitos e demandas dos indígenas, como a autodeterminação e o avanço dos entendimentos dos Estados da necessidade de um olhar mais cuidadoso para os direitos desses povos.

Esses avanços também podem ser notados nos Direitos Humanos de Saúde, tanto no entendimento da saúde como um dever do Estado, quanto na mudança do conceito de saúde. O conceito definido por um “não estar doente” passou a ser entendido como um completo bem-estar físico e mental, considerando assim a saúde de maneira integral, envolvendo não apenas aspectos biológicos, mas também aspectos sociais e econômicos. Outro avanço está na abordagem de uma saúde integral que envolva elementos culturais para sua completude, o que, neste trabalho, foi chamado de *Saúde Intercultural*. Esta se mostra determinante no sucesso de um tratamento de saúde para os indígenas, na busca pelos seus demais direitos e na melhoria da qualidade de vida, podendo determinar até mesmo sua sobrevivência.

Contudo, esse avanço são concretizados apenas no campo teórico e pouco na prática. Isso porque os próprios Órgãos de Proteção dos Direitos Humanos em

nível internacional, como o Comitê de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos, possuem uma estrutura de funcionamento burocratizada em excesso, dificuldade de acesso, já que seu funcionamento é periódico e repleto de condicionalidades, assim como tem pouca efetividade em suas decisões, visto ter poder de atuação limitado. Um exemplo da materialização destes problemas está na OMS, que mesmo sendo o Órgão Internacional responsável por cuidar da saúde em todos seus aspectos, pouco faz menção aos modelos de atenção à saúde de forma intercultural e nem mesmo possui esferas de proteção desses direitos. Desta forma, fica evidente a necessidade de ampliação dos estudos e pesquisas sobre a saúde intercultural que, em grande parte, não refletem a visão dos indígenas sobre a saúde, assim como a ampliação e criação de novos desenhos e estruturas de proteção dos Direitos Humanos, da Saúde Intercultural e dos direitos dos povos indígenas como um todo.

Ainda referente às necessidades de avanços em pesquisas e estudos sobre Saúde Intercultural, é importante destacar que as próprias organizações internacionais reconhecem que os modelos de avaliação (indicadores) e as estatísticas sobre a situação de saúde dos povos indígenas pouco refletem a realidade por estarem embasadas apenas em critérios ocidentais de avaliação.

Essas dificuldades também são encontradas nos Estados que, apesar de incorporarem em seu ordenamento jurídico internos os avanços conquistados no plano internacional, pouco conseguem efetivá-los, fazendo assim com que as estruturas de atendimento à saúde intercultural sejam insuficientes, defasadas e não correspondam às necessidades dos indígenas. Tal situação se deve em parte à falta de recursos e estrutura dos Estados, o que foi agravado com a onda econômica liberal que tomou conta dos países latino-americanos na década de 90, e em parte à falta de iniciativa dos governantes.

Apesar dessas dificuldades, os avanços nos Direitos Humanos dos povos indígenas estão fortemente refletidos nas constituições dos países Latino-Americanos, que mesmo em tempos e em ritmos diferentes, têm incorporado os direitos internacionais desses povos, o chamado *Novo Constitucionalismo Latino-Americano*.

Quanto a essa inserção dos direitos dos povos indígenas nas constituições, a

Bolívia é certamente o país mais avançado do mundo, pois reconhece, em sua Constituição, a Convenção 169 e a Declaração de 2007. Mais que essa incorporação, a Bolívia também avança no reconhecimento de direitos como autonomia, autogoverno e participação dos indígenas nas esferas de governo e nas políticas públicas.

O Brasil, apesar de ter ratificado a Convenção 169, cuja discussão ocorreu junto à promulgação da Constituição de 1988, e assinado a Declaração de Direitos dos Povos Indígenas, tem avanços bem mais tímidos quanto aos direitos dos povos indígenas, quadro que se agrava ainda mais na questão da presença de indígenas na estrutura do Estado e nas políticas públicas relacionadas a eles.

Quanto aos direitos de Saúde Intercultural dos povos indígenas nas constituições dos países latino-americanos, nota-se o avanço no reconhecimento dos Estados do direito à saúde como universal e como um dever do Estado. Apesar disso, essas constituições pouco abordam diretamente a saúde intercultural, ficando relegadas a normas infraconstitucionais, como ocorre no Brasil. Nesse quesito, a Bolívia também é o país mais avançado, sendo que a saúde intercultural possui um título específico na constituição.

Todas essas conquistas são certamente fruto das lutas e reivindicações dos *Movimentos*

Indígenas, que historicamente vêm buscando avançar nos seus direitos de *cidadania étnica*, principalmente, a partir da década de 70, ampliando não somente suas reivindicações, mas suas maneiras e modos de reivindicação a partir de uma consciência étnica, o que tem despertado interesse na literatura internacional, em especial latino-americana, sobre o tema.

Os avanços na Bolívia, que em questão de direitos indígenas se mostra a frente de muito outros Estados, são fruto da mobilização histórica dos povos indígenas que, ao se conscientizarem da necessidade de se tornarem protagonistas na luta por seus direitos, conseguiram até mesmo levar um indígena ao mais alto cargo do Estado, a presidência. Este movimento também é notado no Brasil, ainda que de forma menos articulada e com menor força política, o que em grande medida se deve a sua pequena expressão na estrutura política do país.

Apesar dessas importantes mobilizações, que chegam a influenciar os direitos

internacionais e constitucionais, a saúde não tem destaque nas reivindicações dos movimentos indígenas. Grande parte das demandas indígenas ainda está ligada a reivindicações anteriores, como o reconhecimento de suas terras ancestrais com direito de autodeterminação, que, do ponto de vista dos indígenas e também de boa parte da literatura sobre o tema, são fundamentais para o exercício pleno dos direitos. Por exemplo, no entender dos povos indígenas, é somente com a garantia de suas terras que se pode cultivar e melhorar assim seu quadro nutricional e o acesso a plantas medicinais, assim como a garantia a suas terras possibilitaria uma maior segurança socioeconômica e cultural.

Desta forma, a presença dos movimentos indígenas em busca da saúde ocorre integrada a outras demandas, podendo ser mais bem observada no Brasil nas Conferências Indígenas de Saúde e na Bolívia em seu alto nível de participação na construção dos novos direitos constitucionais na temática. Importante destacar que quanto maior é a mobilização dos povos indígenas, maior é também sua participação nas políticas públicas relacionadas a eles, logo, melhor essas políticas serão implementadas e formuladas.

Observa-se, na América Latina, diferentes níveis de avanços nos sistemas de saúde intercultural, sendo que alguns países possuem sistema de saúde específicos para povos indígenas, como ocorre no Brasil, e outros países existem apenas alguns programas de saúde com enfoque nessa parcela da população, como é o caso do Chile.

De forma generalizada, os índices de saúde dos povos indígenas são piores chegando por vezes a atingir índices maiores em mais de 100% , que os índices de saúde de povos não indígenas, o que ocorre em todos os países sem distinção. Deve se considerar ainda, como aponta a CEPAL, que os dados sobre a saúde indígena obtidos nos países latino-americanos não podem ser considerados fidedignos devido a problemas na metodologia e coleta de dados dos institutos de pesquisa desses países, o que, para a CEPAL, somado à dificuldade de acesso a esses povos, pode piorar ainda mais este lamentável quadro.

O Brasil possui um sistema específico de saúde para povos indígenas. Datado do ano de 1991, o SASI tem sofrido com modificações na gestão. Essa, constantemente, muda de responsabilidade, gerando assim uma descontinuidade

que certamente prejudica a efetivação da atenção à saúde de seus povos indígenas, o que ocorre por insegurança jurídica administrativa para os funcionários e prestadores de serviço, por não se conseguir alcançar resultados de políticas de saúde de médio e longo prazo, além de impossibilitar melhoras nas estruturas e modelos de atendimento.

Além disso, o sistema brasileiro de saúde padece com pouco treinamento dos profissionais em relação ao tratamento de saúde de forma intercultural. Também sofre com falta de estrutura (física, logística e suprimentos), fruto do pouco investimento por parte do Estado brasileiro, 1% do valor destinado às políticas públicas de saúde. Apesar disso, o Brasil é o país que, proporcionalmente, mais investe no seu sistema de saúde indígena e que possui o maior avanço nos índices de saúde de seus povos indígenas. Como prova disso, O Brasil é o país que conseguiu a maior redução nos índices de mortalidade infantil indígena.

O atual órgão de administração do SASI é a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena – SESAI. Certamente, é um grande avanço no tratamento da saúde indígena no país, fruto da reivindicação dos povos indígenas, para que a administração da saúde indígena fosse realizada por um órgão específico para o assunto, especializado na temática e ligado ao Ministério da Saúde e não mais da FUNASA ou a FUNAI, como vinha acontecendo . Apesar de não realizar modificações na estrutura de atendimento à saúde, com a continuidade da principal política, os DSEIS, a SESAI avançou ao estabelecer uma estrutura de treinamento em saúde intercultural. No demais, devido ao seu pouco tempo de criação, menos de seis meses, é difícil mensurar seus resultados.

Já o sistema de saúde indígena boliviano, o SAFCI, cuja formulação é recente (2008) e se encontra ainda em fase inicial de implementação, apesar de levar em consideração a especificidade cultural indígena, devido ao fato da população indígena ser a maioria no país, possui uma estrutura diferente do sistema brasileiro, não estando focalizado em algumas estruturas, mas presente em todos os hospitais e postos de atendimento do país. Configura-se assim não como um sub-modelo de atendimento à saúde, mas como modelo principal.

Uma característica de destaque no sistema de saúde boliviano é a ampla possibilidade de participação dos povos indígenas em todas as etapas de políticas

públicas de saúde, assim como a atuação em conjunto do profissional da saúde e dos médicos e xamãs indígenas durante o tratamento. Outro destaque é o recém criado *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidade* (2006), que propõem a pauta da saúde intercultural não somente no sistema de saúde, mas em todos os órgãos de governo e universidades, trabalhando assim a saúde intercultural de maneira transversal em todas as políticas de Estado.

Contudo, todos esses avanços esbarram na falta de recursos para sua execução efetiva. Na Bolívia, este caso é agravado pelo fato do país ter uma das menores rendas e arrecadação da América Latina, além de ter um passado recente de desmantelamento das estruturas do Estado devido às políticas liberais que acabaram com o modelo de proteção social e, conseqüentemente, com o sistema de saúde, que foi alcançado anteriormente na revolução indígena. Apenas como exemplo das dificuldades de implementação de políticas públicas na Bolívia, o *Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidade*, apesar de sua importância, funciona em um prédio comercial e conta com apenas três salas alugadas e com menos de 20 funcionários.

Apesar da dificuldade de mensuração dos avanços obtidos é evidente que a saúde intercultural tem entrado na pauta das políticas de saúde e das universidades bolivianas, que cada vez mais refletem sobre essa questão.

Outro ponto que merece destaque na Bolívia é o amplo uso de remédios a base de plantas nos tratamentos de saúde utilizados no dia-a-dia de todo o povo boliviano, e não somente nos indígenas, o que também faz parte de uma rede de incentivos feitos pelo Estado.

De forma geral, como nos mostra a CEPAL, os sistemas de saúde para os povos indígenas do Brasil e da Bolívia, além de serem um dos aspectos fundamentais para que os indígenas tenham reconhecidos e respeitados seus direitos étnicos, tem se mostrado uma forma de ampliar o atendimento à saúde desses povos, revertendo a situação de saúde dos povos indígenas, diminuindo as desigualdades de acesso e custos com os tratamentos de saúde como um todo.

Para concluir, pode-se afirmar que ainda é necessário avançar no cumprimento dos *Direitos Humanos* e nos *Direitos Humanos de Saúde Intercultural*, rumando à construção e posterior consolidação de uma *cidadania étnica*. Esses

avanços pressupõem considerar a integralidade da saúde, incluindo o cumprimento de outros direitos, como o direito à terra e à integridade cultural, assim como ampliar a participação dos indígenas em todas as etapas das políticas públicas de saúde.

Também é necessário avançar na formação dos profissionais de saúde para trabalharem em contextos interculturais (sejam indígenas ou não) e na produção de conhecimento (produção científica) e avaliação (sistema de indicadores) sobre esse tema, esses devem levar em consideração metodologias que respeitem a diversidade cultural e os processos de aprendizagem de cada povo, a fim de que possamos desenvolver melhor o atendimento à saúde indígena.

É necessário também um aporte maior de recurso financeiro, que deve ser capaz de fazer com que as políticas de saúde possam ser implementadas em sua plenitude. Tais recursos devem ser melhor publicizados, dando melhor transparência quanto ao seu destino e deve-se ampliar a possibilidade de que sejam geridos pelos povos indígenas.

É fundamental o fortalecimento do Estado para que se cumpra efetivamente os direitos indígenas, tanto na esfera da saúde, quanto nas esferas sociais, culturais e econômicas, ainda mais visto o fato de que mesmo com os avanços dos direitos indígenas no plano jurídico, seja a partir do *Novo Constitucionalismo*, seja a partir do *Plano Internacional*, não tem sido concretizados avanços quanto ao conteúdo e às ferramentas de proteção. Isso faz com que tenhamos um espaço vazio entre o reconhecimento dos direitos e a efetivação dos mesmos, o que, no caso da saúde, resulta nos altos índices de mortalidade e doenças entre os povos indígenas.

As políticas de saúde indígena não podem ficar reféns da vontade política dos governantes, mas devem se tornar uma política de Estado, cumprida independentemente do partido que estará no poder, já que se constituem como um fator fundamental para alcançar o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades. A saúde indígena é requisito para o desenvolvimento humano desses povos, devendo ser garantida por meio do cumprimento das determinações das normas internacionais e possibilitando que nenhum aspecto determinante para saúde seja descumprido na aplicação do serviço de saúde, propiciando assim que a atenção da saúde seja feita de maneira integral, transversal e com qualidade, o que devem ser

constantemente avaliado.

Os principais avanços nos programas de saúde indígena têm ocorrido no acesso ao sistema de saúde e na adequação de alguns serviços para realidades culturais, especialmente em partos. Porém, ainda é necessário avançarmos nesta última matéria, com o fortalecimento do uso da medicina tradicional indígena em todas as etapas do tratamento de saúde, assim como na visão que a saúde é um direito integral, devendo caminhar junto às políticas de saúde, políticas de acesso à terra, ao território e à cultura, que deve se tratada de maneira inter-setorial, aspecto que a Bolívia apresenta vantagem em relação ao Brasil.

Não se pode esquecer também da necessidade de proteção dos conhecimentos e saberes indígenas, a fim de que eles não se percam, mas sejam transmitidos para propiciar a possibilidade de tratamento com medicina e remédios indígenas por todos que assim o desejarem. Tal questão pressupõe fortalecer os modelos de atenção à saúde intercultural e as pesquisas a esse respeito com ampla participação desses povos.

Não há dúvida que a implementação de um sistema de saúde específico para os povos indígenas e a construção dos direitos de *cidadania étnica* constituem enormes desafios para as políticas públicas e requerem uma reformulação profunda nas ações do Estado, que vão desde mudanças em seus marcos conceituais até a definição de novas metas e avaliações. Assim será possível avançarmos na efetivação dos direitos dos povos indígenas, propiciarmos melhor qualidade de saúde para os povos indígenas e uma sociedade mais socialmente justa.

ANEXOS

Anexo 1

Principais órgãos das Nações Unidas

* Organizaciones autónomas que trabajan con las Naciones Unidas y entre sí y bajo el mecanismo de coordinación del Consejo económico y Social.

** Informa sólo a la Asamblea General.

Publicado por las Naciones Unidas
Departamento de Información Pública
DPI/2269 - Febrero 2003

Anexo 2

Organograma do Ministério da Saúde do Brasil

Fonte: Ministério da Saúde 2011

Bibliografia de Referência

ADORNO, R. C. F. **Movimento social e participação: a saúde na esfera pública.** 1992. Disponível em www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/07.pdf

ALTH, Fernando. **Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena.** *Rev. Direito Sanit.* . 2008, vol.9, n.3, pp. 115-132.

ALBÓ,Xavier. **Etnicidad y movimientos indígenas en América Latina**, Rosario: 2005

_____. **Movimientos Y Poder Indígena em Bolivia, Ecuador Peru.** PNUD y CIPCA La Paz: 2008

ALBUQUERQUE, Carlos.M de S. & OLIVEIRA,Cristina Paula.F. **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança.** Millenium - Revista do ISPV - n.º 25 - Janeiro : 2002.

ANAYA, James. **Indigenous People in International Law.** Oxford University Press: USA: 2005.

ARAUJO, Melvina. **Do corpo à Alma. Missionários da Consolata em Roraima.** São Paulo. Humanitas: 2006.

ATHIAS, R. “Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas” *In Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa.* Org. Esther Jean Langadon e Luiz Garnelo.Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: 2004.

BANCO MUNDIAL. **Derechos de Iso Pueblos e las comunidades indigenas Latinoamericanas a la tierra.** Internacional Land Coalition: 2002.

BARBOSA, M.A. **Autodeterminação : Direito a Diferença**, Plêiade, São Paulo: 2001.

BARIÉ, C. G. **Pueblos indígenas y derechos constitucionales en América Latina: un panorama.** In. *Bolivia: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.* Abya Yala, Banco Mundial: 2003. 2 edición

BERNARD, F.. **Por uma redefinição do conceito de diversidade cultural.** In.: *Diversidade Cultural.* Org.BRANT, L. Editora Escrituras, São Paulo:2005.

BERTOLANI, M.N. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma analise da relação entre o sistema de saúde guarani e a biomedicina.** 2008. Dissertação (Mestrado em Politica Social) – Universidade Federal do Espirito Santo, Vitoria: 2008.

BOBBIO, N.. **A Era dos direitos**. Editora Campus,São Paulo: 1992.

BOLIVIA. **Constituição Política do Estado da República da Bolívia**, (2008). Disponível em: <http://www.repac.org.bo/destacados/CPE-Final-15-12-2007.pdf>. Acesso em 18/09/2008.

BORGES. Paulo.H .P. **O movimento indígena no Brasil:histórico e desafios**. In *Historia, Fotografia e Indigenismo*. Campinas Tese de Doutorado: Faculdade de Educação/UNICAMP.Campinas: 2003.

BRASIL, **Constituição** (1988). Editora Saraiva. São Paulo: 2006.

BRUCKMANN, Mônica. **Civilização e Modernidade: O Movimento Indígena na América Latina**. In Mimeo

CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina). **Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: Información sociodemográfica para políticas y programas**. ONU. Santiago:2006.

_____.**Panorama Social da América Latina 2006**. Nações Unidas: ECLAC, 2006. Disponível em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/27480/P27480.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>. Acesso em: 10.03.2008.

_____. **Panorama Social da América Latina 2007**. Nações Unidas: ECLAC, 2006. Disponível em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/27480/P27480.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>. Acesso em: 25.03.2011.

CIMI (Conselho Missionário Indígena). Disponível em: www.cimi.org.br Consulta em 23/09/2008.

CNS. (Conselho Nacional de Saúde). **Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. CNS. Brasília :2002. 2º edição.

_____. **Diretrizes para elaboração do Planejamento estratégico para políticas de saúde indígena**.CNS Brasília: 2002.

CNSS (Conselho Nacional de Secretaria de Saúde). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. CONASS. Brasília: 2007. 156 p.

COMITE DESC, **Comentário Geral 14**, UN ESCOR, 2000, Doc. No. E/C.12/2000/4.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Ayuri Editorial /Abrasc. Rio de Janeiro: 1991.

COUTINHO, C. N. **Notas sobre cidadania e modernidade**. In *Revista Ágora*:

Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005 . Disponível em <http://www.assistentesocial.com.br>

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Consulta em 16/09/2008.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS POVOS INDÍGENAS. Disponível em: http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1191526307_Encarte299.pdf. Consulta em 16/09/2008.

DECRETO SUPREMO Nº 29601. **Operacionaliza a Criação do SAFCI e das Redes Municipais de Saúde.** Bolívia: 2008

DÍAZ-POLANCO, H. **Etnia y Nación en América Latina**. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México: 1995.

ERTHAL, R.M.C. **A formação dos agentes de saúde indígena TIKUNA no Alto do Solimões: uma avaliação crítica**". In *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Org COIMBRA C.A . Fiocruz/Abrasco. Rio de Janeiro: 2003.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: 1998.

FAJARDO, Raquel Z Yrigoyen. **Aos 20 anos da Convenção 169 da OIT: balanço e desafios da implementação dos direitos dos Povos Indígenas na América Latina**. In *Povos Indígenas: Constituições e Reformas Políticas na América Latina*. Org Ricardo Verdum. Instituto de Estudos Socioeconômicos. -Brasília: 2009

FRASER, N.. **"Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da Justiça na era pós-socialista"** In Democracia hoje. Novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Org SOUZA, Jessé . UNB. Brasília: 2001.

FUNAI (Fundação Nacional Do Índio). Disponível em: www.funai.gov.br. Consulta em 16/09/2008.

_____. Disponível em: www.funai.gov.br. Consulta em 28/05/2011.

FUNASA. (Fundação Nacional De Saúde) **Boletim Informativo n º 01/2006. Estadísticas do Departamento de Saúde Indígena**, Brasília: 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; Brasília: 2000.

_____. **Diretrizes para projetos físicos do estabelecimento e saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em área indígena**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: 2002. 1ª. Edição.

_____. Disponível em: www.funasa.gov.br. Consulta em 18/09/2008.

FUKUYAMA, Francis **Construção de Estados**. Editora Rocco. São Paulo: 2004

GARCIA LINEIRA, A. **La Crises de Estado in Tink'azos**, Revista boliviana de Ciências Sociales, La Paz : 2003.

_____. **Autonomías regionales indígenas y Estado multicultural** In *La descentralización que se viene - Propuestas para la (re)constitución del nivel estatal intermedio*. FES-ILDIS / Plural editores, La Paz. 2003.

_____. **Estado Plurinacional - Una propuesta democrática y pluralista para la extinción de la exclusión de las naciones indígenas**. Editorial Malatesta, La Paz: 2004.

_____. **Os movimentos indígenas na Bolívia**. In: *Diplomacia Estratégica Política*. Ano 1, no. 03, abril/junho de 2005.

_____. **Estado Plurinacional - Una propuesta democrática y pluralista para la extinción de la exclusión de las naciones indígenas**. Editorial Malatesta, La Paz: 2004

GARCÉS, Fernando. **Os esforços de construção descolização de um Estado Plurinacional na Bolívia e os riscos de vestir o mesmo cavaleiro com um novo paletó**. In *Povos Indígenas: Constituições e Reformas Políticas na América Latina*. Org Ricardo Verdum. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília:2009

GELLNER, Ernest **O advento do nacionalismo e sua interpretação: os mitos da nação e da classe**. In G. Balakrishnan e B. Anderson, orgs. 2000 : 107-134.

GIANNELLA, B. CASTANHEIRA, B. **Mecanismos de Implementação dos Direitos Humanos no Âmbito da ONU e da OEA**. Procuradoria Geral do Estado. São Paulo:1998

GOHN, M. da G.. **Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas Clássicos e contemporâneos**. Loyola, São Paulo: 1997.

GÓMEZ, M. . **Derecho Indígena**. INI. México DF:1997.

GRIJALVA, Agustín. **O Estado Plurinacional e Intercultural na Constituição Equatoriana de 2008**, In *Povos Indígenas: Constituições e Reformas Políticas na América Latina*. Org Ricardo Verdum. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília:2009

GUERRERO, E. **História de la primera forma de evangelización en América Latina (ss. XV y XVI)**. Apuntes del curso dictado en la Pontificia Universidad Gregoriana. Roma 1991, 36-38.

GUTIERRES. **Movimento indígena em América Latina: resistência y proyecto alternativo**. Ed. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México: 2006.

HALL, S. “**A questão multicultural**”. In: HALL, S. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HEINTZE, Hans-Joachim. **O Princípio da Autonomia**. In *Manual práctico de derechos humanos internacionales*. Org Sven Peterke; Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: 2009

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou matéria, Forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**. Editora Abril Cultural,. São Paulo: 1984. Coleção Os Pensadores.

HOBSBAWN, Eric J. **A Era das Revoluções: 1789-1848**. Paz e Terra. Rio de Janeiro: 1982. 4 ed.

HOUTZAGER, P. **Os Últimos Cidadãos: Conflito e modernização no Brasil rural (1964-1995)**. Globo. São Paulo: 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) **Censo Populacional 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em 10/02/2009.

INE (Instituto Nacional de Estadística). **Estatística Demográfica**. INE, La Paz, 2002.

Estatística Demográfica. INE, La Paz, 2008.

ISA (Instituto Sócio Ambiental). **Constituição de Outros Países**. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/direitos/constituicoes/constituicoes-de-outros-paises>. Acesso em 10/02/2010.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. Alínea. Campinas: 2006.

JELIN, E. **Movimientos sociales y democracia emergente**. CEAL. Buenos Aires: 1987.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. Edson Bini. Edipro. Bauru: 2003.

KRENAK, A.A G.O; COSTA, A.M; FERREIRA. M.M.P. PINTO, N.R.S; SERRA.O. **Encontro aponta soluções para a proteção de saúde do índio: conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Revista Saúde em Debate. Edição Especial Janeiro, 1988.

KYMLICKA, W. **Ciudadanía Multicultural**. Paidós. Buenos Aires: 1996.

LAFER, Celso. **A Declaração dos Direitos Humanos- Sua relevância para Afirmação da Tolerância e do Pluralismo.** In *A Declaração Universal dos Direitos Humanos. Sessenta Anos: Sonhos e Realidades.* Org Maria Luiza Marcílio. São Paulo: 2008. p 27-45

LANGDON, E. J. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.** In *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa.* Org Esther Jean Langadon e Luiz Garnelo. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: 2004.

_____. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil.** Revista Saude e Sociedade n 16: 2007. p.19-36.

LÉVI-STRAUSS, C. **“Raça e história”.** Antropologia Estrutural. Rempo Brasileiro. Rio de Janeiro: 1987.

LIMA, A. C. de S. **“O Governo dos Índios sob a gestão do SPI”.** In: Manuela Carneiro da Cunha (org.). *História dos Índios no Brasil.* Companhia das Letras. São Paulo: 1992.

LOCKE, J. **Segundo tratado sobre o governo civil : ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil.** Vozes, Petrópolis, RJ: 1994. Coleção clássicos do pensamento político.

LOZA, Gregório. **Esbozo da Medicina Aymara .** La Paz ,1986

_____. **Enciclopedia da Medicina Aymara .** La Paz ,1987

MAGALHÃES, Jose L. Q. **.Por uma nova identidade coletiva fundada na justiça social e econômica que permita coesão para a superação da violência.** 2009

MARRES, S.F. **O renascer dos povos indígenas para o Direito.** Juruá. Curitiba: 2008

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Zahar. Rio de Janeiro: 1967

MARX, Karl. **A Questão Judaica.** Centauro. São Paulo: 2002. 4.ed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **“III Conferência Nacional de Saúde”.** Relatório Final. Ministérios de Saúde. Brasília: 2002.

_____. **Desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes.** Ministérios da

Saúde. Brasília.: 2002.

_____. **Portaria nº254 de 31.01.2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.In: FUNAI. **Legislação indigenista brasileira e normas correlatas.** FUNAI. Brasília: 2003.

_____. Portaria MS. 254.**Política Nacional de Saúde Indígena.** Brasil:2002

_____. Portaria MS. 3965/2010.**Novo Organograma do Ministério da Saúde e Criação da SESAI.** Brasil:2010

MS y D (Ministério da Saúde y Desporte). **Plano Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde e Esporte, La Paz, 2006.

_____.**Modelo de Saúde Familiar, Comunitária e Intercultural.** Ministério da Saúde e Esporte, La Paz, 2007.

_____.Disponível em www.sns.gov.bo. Consulta em: 15/09/2008.

_____.Resolução Ministerial Nº 1036 de 21 de Novembro de 2008.**Norma Nacional de Rede Municipal do SAFCI e Redes de Serviço.** Bolívia: 2008

_____.& Dirección General de Servicios de Salud & Unidad de Servicios de Salud y Calidad. . **Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.**/Ministerio de Salud y Deportes; Bolívia:2008

MURRIETA, Julio R. **Democracia y participación política de los pueblos indígenas en América Latina.** UNESCO. Paris: 2003.

OEA.(**Organização dos Estados Americanos**). Disponível em www.oas.org/pt/default.asp. Acesso em 20 de maio de 2011

NYGREN-KRUG, H. **Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde.** Revista Saúde e Direitos Humanos v. 1, n. 1.Ministério da Saúde.Brasília: 2004.p.13-18

OLIVEIRA,R.C. **A Crise do Indigenismo.**Unicamp. Campinas:1998

_____.**Caminhos da identidade: Ensaio sobre etnicidade e multiculturalismo.** São Paulo. Editora UNESP; Brasília: 2006.

_____.**Identidade, Etnia e Estrutura Social.** Pioneira. São Paulo: 1976.

OLIVEIRA, J. P. **Terras Indígenas no Brasil,** CEDI/Museu Nacional, 1987.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). **CONVENÇÃO Nº 107**. Disponível em: ccr6.pgr.mpf.gov.br/legislacao/legislacao-docs/convencoes-internacionais/conv_intern_02.pdf Consulta em 16/09/2008.

_____. **CONVENÇÃO Nº 169**. Disponível em: www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fil_eld=131 Consulta em 16/09/2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Constituição da OMS**, 1948.

ONU (Organização das Nações Unidas) **Estrutura** Disponível: http://www.onu-brasil.org.br/conheca_estrutura2.php Acesso em 01/02/2010.

_____. **The State of the World's Indigenous Peoples**, ONU: 2010.

_____. Disponível em www.onu-brasil.org.br/. Acesso em 20 de maio de 2011

PANDO, R. J. **Poblaciones Indígenas de América Latina y el Caribe**. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. México:1990

PAGLIARO H, Azevedo MM, Santos RV, (org). **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Editora Fiocruz/Associação Brasileira de Estudos Populacionais; Rio de Janeiro:2005.

PERICÁS, Luiz Bernardo. **Processo e desenvolvimento da revolução boliviana**. In: *Lutas Sociais*, Vol. 3, 1997. p 109-122

QUIJANO, Aníbal, “**La colonialidad del poder y la experiencia cultura latino americana**”, in Roberto Briceño-León; Heinz R. Sonntag (orgs.), Pueblo, época y desarrollo: la sociología de América Latina. Nueva Sociedad. Caracas: 1997. 139-155

_____. **El 'movimiento Indígena' y las Cuestiones Pendientes em America Latina**. Revista Tareas Nr 119,cela Centro de Estudios Latinoamericanos,Panamá: 2005

_____. “**El laberinto de América Latina: ¿hay otras salidas?**”. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales (Caracas: Universidad Central de Venezuela). Nº 1 Vol 10. Caracas: 2004

RAMÍREZ,Silvana. **Sete Problemas do novo constitucionalismo indigenista**, In *Povos Indígenas: Constituições e Reformas Políticas na América Latina*. Org Ricardo Verдум. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília:2009

RIBEIRO,Darcy. **Índios e a Civilização: a integração da população indígena no Brasil moderno**. Vozes. Petrópolis RJ:1986

ROUSSEAU, Jean Jacques., **Do Contrato Social (1757)**, Abril Cultural, São Paulo: 1983

ROUQUIÉ Alain **O extremo-Occidente: Introdução a América Latina**. São Paulo: EDUSP. 1991.

SÁNCHEZ, Consuelo. **Autonomia, Estadospluriétnicos e plurinacionais**. In *Povos Indígenas: Constituições e Reformas Políticas na América Latina*. Org Ricardo Verdum. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília: 2009

SILVA, Joice Valentim e H. P. **O Sistema de Saúde Boliviano: Alcances e Limites**. In *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n13*. OPAS/MS, Brasília: 2006

SOUSA.Santos, Boaventura. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia**. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro: 2002.

_____. **La reinención del Estado y el Estado Plurinacional**. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: 2007 In mimeo

_____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. Cortez. São Paulo: 2006.

_____. **Refundación Del Estado em América Latina**. Lima: IIDS/IILS, 2010.

SARAVIA, E. e FERRAREZI, E. **Introdução à teoria da política pública**. In: *Políticas Públicas – Coletânea*, Volume 1. ENAP. Brasília, 2006.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, N.17:Rio de Janeiro: 2007. 29-41,

SIEDER, R. **Multiculturalism in Latin America: Indigenous Rights, Diversity and Democracy**. Palgrave/ILAS. Inglaterra: 2002.

SILVEIRA, N. H. **O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami**. In.: *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*. Org. Esther Jean Langadon e Luiz Garnelo. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: 2004.

SOUZA, Marcio & BESSA, José Ribamar. **Os índios vão a luta**. Marco Zero. Rio de Janeiro: 1981.

STAVENHAGEN, R. **Los Pueblos Indígenas y Sus Derechos: Informes Temáticos del Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Pueblos Indígenas del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (2002-2007)**. Unesco. México: 2008. Disponível em:

<eib.sep.gob.mex/files/libro_stavenhagen_unesco.pdf> Consulta em: 10.03.2008.

_____. **“Etnodesenvolvimento: uma dimensão ignorada no pensamento Anuário desenvolvimentista”**. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro: 1984.

_____. **Los Derechos Indígenas: Algunos Problemas Conceptuales**. El colegio del México. Mexico.

_____. **El sistema internacional de los derechos indígenas**. El colegio de México y Academia Mexicana de Derchos Humanos. México.

SEITENFUS, Ricardo A. S. **Manual das Organizações Internacionais**. Editora Livraria do Advogado. São Paulo: 1997

TAPIA Luis. **Prólogo**. In *Estado Plurinacional - Una propuesta democrática y pluralista para la extinción de la exclusión de las naciones indígenas*. Org. Alvaro García Linera, Álvaro. Editorial Malatesta, La Paz. 2004.

_____. **“Gobierno multicultural y democracia directa nacional”** In *La transformación pluralista del Estado* Ed. Muela del Diablo. La Paz: 2007

TAYLOR, C. **Multiculturalismo**. Instituto Piaget. Lisboa: 1998.

TOSI, Giuseppe. **História e atualidade dos direitos humanos**. s.d. Disponível em: <<http://www.espdh.hpg.ig.com.br/texto1.html>>

TOURAINÉ, Alain. **¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes**. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires: 1997

UNESCO. **Princípios sobre a tolerância**. USP/FFLCH. São Paulo: 1997.

URQUIDI, Vivian. **Movimento cocaleiro na Bolívia**. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, 2007.

_____. **Direitos dos povos indígenas: dificuldades de monitoramento e acompanhamento dos avanços**. In *Anais do V Encontro Anual da Associação Nacional de Direitos Humanos - Pesquisa e Pós- Graduação*. GT 5. Belém PA : 2009.

_____. LANA. E & TEIXEIRA. V. **Questão Indígena na América Latina: Direito Internacional, Novo Constitucionalismo e Organização dos Movimentos Indígenas**. Cadernos PROLAM/USP. Ano 8 - vol. 1. São Paulo 2008 p. 199 – 222.

VANDERPLAAT, Madine. **Direitos Humanos: Uma Perspectiva Para a Saúde**. *Revista Saúde e Direitos Humanos*. v. 1, n. 1. MS. Brasília: 2004. 19-27.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila. **A América Latina no Contexto de Reformas**

.2002, Mineo

WALLACE, M. **Multiculturalism: A Critical Reader** Oxford, Blackwell Publishers, 1994. Disponível em: <http://www.blackwellpublishing.com/book.asp?ref=9780631189121&site=>. Consulta em: 29.03.2009.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo Jurídico: Fundamentos de Uma nova cultura no Direito**. Editora Alfa Omega, São Paulo: 2001

YAMAMOTO, Renato Minoru **Introdução à saúde indígena**. In *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Org Renato Minoru Yamamoto; Sociedade Brasileira de Pediatria. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: 2004.

ZIBECHI, Raúl. **Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafios**. Observatório Social de América Latina: 2003. In mimeo