

# CRIANÇAS INDÍGENAS KAIOWÁ E GUARANI E O DIREITO ÀS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE

Vania P. S. Souza

## RESUMO

Na Constituição brasileira o direito à saúde é direito fundamental de natureza social, direito do qual as crianças Kaiowá e Guarani são titulares. O objetivo geral deste estudo foi *investigar a infância e as condições de vida da criança indígena Kaiowá e Guarani, em aldeias da Região da Grande Dourados, buscando mapear as políticas sociais e o acesso à saúde nas aldeias de Dourados e de Paranhos*. Os objetivos específicos foram: a) Conhecer a infância das crianças indígenas e as condições de vida após as mudanças provocadas pela redução do território; b) Descrever e analisar as políticas públicas que asseguram o direito à saúde à criança indígena. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho etnográfico e estudo documental com análise dos documentos, leis, programas e ações das instituições de atenção às crianças indígenas na perspectiva dos direitos sociais. Participaram desta pesquisa: idosos, lideranças indígenas, familiares, profissionais da saúde e educação. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevistas abertas, semi-estruturadas, observação e registros no diário de campo. Os dados da pesquisa indicam que a efetivação dos direitos fundamentais sociais à saúde, proteção à maternidade e à infância têm sido negligenciados às crianças indígenas e que a maioria vive em condições precárias de vida. Assim, em relação à efetivação aos direitos sociais e o acesso às políticas de saúde há fortes barreiras para serem superadas.

**Palavras chave:** políticas sociais, infância indígena, deficiência, inclusão social.

## Introdução

Casada com indígena Guarani, morei e trabalhei como professora, nos últimos 23 anos, em várias aldeias indígenas da região sul do Mato Grosso do Sul, ou Região da Grande Dourados, o que me oportunizou a convivência com várias comunidades indígenas e me proporcionou condições de vivenciar diferentes situações.

Na aldeia Panambizinho, a título de exemplo, onde permaneci entre os anos de 1996 a 2004, pude acompanhar a história de vida de inúmeras crianças indígenas nascidas na aldeia. Percebi o grande percentual daquelas que morriam sem chegar a completar um ano de vida. No ano de 1997 anotei em meu diário seis óbitos de crianças, para onze que nasceram na aldeia, naquele ano.

Dessa forma, neste trabalho são apresentados os dados do estudo documental realizado sobre as políticas públicas e ações de proteção à saúde indígena. Para isso,

elencam-se, em princípio, os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, com destaque aos direitos sociais e em seguida, apresentam-se as políticas públicas de saúde voltadas à garantia e à efetivação dos direitos fundamentais sociais da população estudada.

### **A questão dos direitos Sociais**

As questões de direitos sociais são políticas de Estado constantes na legislação brasileira, as quais devem ser consideradas como direitos para os povos Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul (MS), uma vez que estes são sujeitos de direito e habitam o território brasileiro. Nesse sentido Bobbio (1995, p. 94), ao tratar de Estado e direito, define Estado como “um ordenamento jurídico destinado a exercer o poder soberano sobre um dado território, ao qual estão necessariamente subordinados os sujeitos a ele pertencentes”.

Em nosso país, foi a Constituição Federal de 1988 quem definiu os direitos sociais no contexto do Estado Brasileiro. No Art. 6º - alterado pela Emenda Constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000, são prescritos como Direitos Sociais: Educação, Saúde, Trabalho, Moradia, Lazer, Segurança, Previdência Social, Proteção à Maternidade e à Infância e Assistência aos Desamparados. Este trabalho focaliza o direito à saúde, para análise de como estão sendo elaboradas as políticas públicas e efetivados esses direitos para com a criança indígena Kaiowá e Guarani com deficiência.

Discutir políticas públicas sociais de atenção à saúde e à educação passa por questões epistemológicas de conhecimentos e práticas válidos, de diferentes atores e cultura. Diferentes tipos de relações sociais podem dar origem a diferentes epistemologias. Nesse sentido Souza Santos (2010, p.16) coloca que as diferenças podem ser mínimas e, mesmo se grandes, podem não ser objeto de discussão, mas estão na origem das tensões ou contradições constituídas por diferentes relações sociais. Destarte, as relações sociais são sempre culturais (intraculturais ou interculturais) e políticas representam distribuições desiguais de poder. E nesse campo a interculturalidade pressupõe o reconhecimento recíproco e a disponibilidade para o enriquecimento mútuo entre várias culturas que partilham um dado espaço cultural.

## **A saúde como direito social fundamental**

Conforme texto da Constituição Federal de 1988, a saúde fundamenta-se na concepção de direitos humanos e na igualdade de oportunidades. Com relação à questão dos direitos humanos, Bobbio (2004) afirma que, em meio a tantas previsões ruins com relação ao futuro, o que se percebe como sendo um sinal positivo é a importância dada nos debates atuais pelo mundo todo à questão do reconhecimento dos direitos dos homens (BOBBIO, 2004, p. 70). O autor em questão explicita, *a priori*, que os direitos humanos não são dados da natureza ao modo do jusnaturalismo e sim construídos jurídico e historicamente. Para ele, os direitos do homem estão ligados aos da democracia e da paz, assim, “sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos” (BOBBIO, 2004, p. 21).

Conforme Bobbio (2004), não obstante, uma coisa é falar dos direitos do homem, outra coisa é garantir-lhes proteção efetiva, pois à medida que as pretensões aumentam, a satisfação delas cada vez se torna mais difícil, sendo o direito à saúde um dentre outros. Essas são questões relativas aos direitos da criança indígena pois ela possui direitos específicos enquanto criança, enquanto indígena. Também tem direito à inclusão social e educacional.

Conforme Lidório (2008, p. 4) “a Declaração de Viena, aprovada pela Conferência Mundial dos Direitos Humanos rejeitou o relativismo e defendeu a universalidade étnica, mesmo sujeito ao pluralismo de culturas e cosmovisões”. No parágrafo 5º desta Declaração, vemos que

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (...). Embora particularidades nacionais e regionais devam ser levadas em consideração, assim como os diversos contextos históricos, culturais e religiosos, é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus sistemas políticos e culturais (Universidade de São Paulo – USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Acesso em 28 de fevereiro de 2011).

Um dos objetivos fundamentais estabelecidos na Constituição é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art.3º inciso IV). Essa Lei define, no artigo 205, a educação como direito de todos, para a garantia do pleno desenvolvimento da pessoa, do exercício da cidadania e da qualificação para o trabalho. E no seu artigo 206, inciso I, estabelece a

“igualdade de condições de acesso e permanência na escola”, como um dos princípios para o ensino e garante como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208).

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2000) também trouxe grandes contribuições para a garantia dos direitos de proteção à criança como o direito à segurança, à vida digna e à escolarização o que também se aplica às crianças indígenas. Essa Lei afirma no Art. 3º que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”; e completa no Art. 4º que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à saúde e à alimentação..

Cabe então questionar: como esses direitos têm sido defendidos? Como são elaborados? Qual o nível de participação dos diferentes segmentos da comunidade indígena nas propostas de inclusão e nas ações das prefeituras dos municípios estudados?

### **3.2 As políticas e ações de proteção à saúde indígena**

De acordo com Cohn (2005), foi somente a partir do surgimento daquilo que fora definido por Ariès como sentimento de infância, que leis foram formuladas e instituições estabelecidas para dar atendimento às particularidades da criança, dentre elas a própria instituição escolar e o atendimento especializado à saúde infantil. Assim, as leis, políticas e ações do Estado, criadas e estabelecidas para com a criança não-indígena, de uma forma geral, também chegaram ao contexto indígena brasileiro.

A mencionada autora, todavia, fala da importância da antropologia para as ciências da saúde, e chama a atenção ao fato que “diagnósticos e tratamentos de doenças que acometem a criança estão embasados, como tudo o mais, em concepções de infância, criança, corpo e corporalidade, relações e comportamentos *saudáveis* e *normais*, família” de um determinado povo (COHN, 2005, p. 43). Assim, uma política de saúde indígena deve contemplar as especificidades de tal população, que é diferente e única. Se isso não acontecer, essas políticas e ações estão condenadas ao fracasso.

Em se tratando de saúde indígena, por séculos, interesses econômicos e sociais, especialmente nas questões relacionadas à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de projetos de desenvolvimento, provocaram constantes e

sofridos conflitos entre os povos indígenas e os diversos segmentos da sociedade brasileira. Também marcou as diversas fases e órgãos que foram responsáveis pela saúde indígena, que começou oficialmente com a criação em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), este órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e continuou com a FUNAI, pois, até o ano de 1999 a saúde indígena era responsabilidade desta.

Dessa forma, até o final do século passado, o quadro da saúde dos povos indígena era de total descaso e as taxas de mortalidade e incidência de doenças eram muito superiores a da população brasileira em geral. Intensificados pelas alterações no seu modo de vida impostas pela colonização como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e fixação compulsória em aldeamentos, os povos indígenas de forma geral, e também os Kaiowá e Guarani, tinham como principal agente da mortandade as epidemias de doenças infecciosas. Nas comunidades indígenas do sul do MS, por exemplo, observou-se nas décadas de 1980 a 1990 a morte de muitas crianças por desnutrição, pneumonia e tuberculose, entre outras doenças infecciosas.

Debates sobre a saúde indígena, de forma mais contundente e expressiva, passaram a ocorrer entre 1986 e 1993, como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção específica e diferenciada, baseado na organização de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir a esses povos o acesso integral à saúde. Foi só a partir da Constituição de 1988 que os princípios gerais do SUS viriam estabelecer e atribuir a responsabilidade pelo Sistema de Saúde Indígena ao Ministério da Saúde, o que provocou a formulação de uma Política de Saúde que abrangesse as especificidades desses povos (BRASIL/FUNASA, 2009).

Em 31 de agosto de 1999 o senado federal aprovou a Lei nº 9.836/99, Lei Sérgio Arouca, baseada nos princípios gerais do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que contempla a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90). Foi então, que significativa alteração se deu. Por determinação do Ministério da Saúde, a FUNASA assumiu a responsabilidade de estruturar e implantar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2009), articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA, 2008).

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999,

que trata das condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº 1.911-8, que dispõe da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que foi incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, sendo organizados os conselhos distritais, rapidamente implantados no Mato Grosso do Sul (BRASIL/FUNASA, 2009).

Sendo assim, a FUNASA tornou-se órgão executivo do Ministério da Saúde, e uma das instituições do Governo Federal responsáveis em promover a inclusão social por meio de ações de saneamento, e também a instituição responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas (BRASIL/FUNASA, 2009).

Hoje a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Tal portaria faz parte da Política Nacional de Saúde e tem como base de atuação o reconhecimento da diversidade étnica e cultural, além dos direitos dos povos indígenas de acordo com as determinações das Leis Orgânicas da Saúde e da Constituição Federal (BRASIL/FUNASA, 2009). O discurso oficial do órgão responsável pela saúde indígena indica a necessidade do atendimento às especificidades de cada comunidade local, envolvendo a população indígena nas diversas etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações, bem como considerando as especificidades culturais e epidemiológicas desses povos.

Nesse sentido Pereira (2004, p. 332) aponta que o modo de organização social Kaiowá e Guarani com a figura do chefe da família extensa, que ele denomina "o levantador de parentela", é de crucial importância e deve ser levada em conta nas diversas etapas de elaboração e aplicação de políticas e ações às comunidades indígenas Kaiowá e Guarani. Isso porque, nessas comunidades as pessoas sempre estão vinculadas a alguém mais velho, seja pai, mãe, sogra, sogro, avó, líder destacado entre as famílias. Assim, para que ações e políticas de saúde a serem implantadas dentro das comunidades indígenas sejam bem sucedidas, o agente de saúde deveria visitar cada chefe de parentela, conversar e explicar os objetivos de seu trabalho. Pereira usa a fala de Tonico Benites, professor e pesquisador Kaiowá da aldeia Jaguapiré, para ilustrar essa colocação: "as ações de saúde só podem ter sucesso se convencerem o chefe de cada parentela, eles existem e sabem como convencer as pessoas que vivem debaixo do seu

comando, mora próximo, aconselha" (PEREIRA, 2004, p. 335).

Conforme dados publicados no site, a FUNASA atende atualmente cerca de 400 mil índios pertencentes a 210 povos em todos os estados, exceto Piauí e Rio Grande do Norte. São 34 DSEIs divididos, levando-se em consideração diferentes aspectos geográficos, socioculturais, econômicos e epidemiológicos. Eles são subdivididos em polos-base com equipes multidisciplinares de saúde para o atendimento primário e a saúde bucal nas aldeias. Consultas e exames complexos são feitos na rede credenciada do SUS (BRASIL/FUNASA, 2009).

Estão previstos nos documentos da FUNASA que para a operacionalização dessa política, na proposta da saúde de forma diferenciada, faz-se necessário a participação das comunidades indígenas locais com o controle social. Para tanto, criou-se uma extensa rede de serviços nas terras indígena. Nas diferentes localidades foi promovida a capacitação de conselheiros indígenas. Acreditava-se que assim as populações locais poderiam fiscalizar a execução das ações de saúde nas aldeias e verificar se os recursos estavam sendo bem aplicados. Dessa forma afirma ter superado as deficiências de cobertura, acesso e atendimento do SUS aos índios (BRASIL/FUNASA, 2009).

No que se refere à capacitação de conselheiros e agentes de saúde indígenas, para a atuação nas aldeias do sul do MS, existem tensões nesse processo. Conforme apontado por Pereira (2004), no caso dos povos Kaiowá e Guarani, saúde é uma questão séria, vista pelos mais velhos como sendo de responsabilidade dos xamãs e não de agentes de saúde preparados e colocados por órgãos externos. Quando relacionado à criança, a questão se torna ainda mais conflituosa, pois *cuidar* "implica em propiciar as condições para que elas *levantem bem*, atribuição dos velhos levantadores de parentela, e esses não estão dispostos a dividir essas atribuições com jovens preparados pelos brancos". Assim, de forma geral, para esse autor, "o formato operacional das agências governamentais e indigenistas confronta radicalmente com a estrutura social Kaiowá" (PEREIRA, 2004, p. 336).

Outra instância de atendimento, na organização dos serviços de saúde, é o Polo-Base. Este é a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam nas aldeias, no nível local, para a atenção primária e os serviços de referência. Tais Polos podem estar localizados em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município (BRASIL/FUNASA, 2009).

Os casos mais graves de saúde que não podem ser atendidos, em função do grau de complexidade, nos Polos base, são encaminhados para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Essa rede já tem sua localização geográfica definida.

Em seguida, têm-se os Postos de Saúde, no total de 751 no país. Estes são unidades de saúde avançadas, cuja função é servir de apoio aos Polos-Base, prestando os serviços básicos de saúde e atendendo em caráter emergencial. Os referidos Postos de Saúde são percebidos em praticamente todas as aldeias do sul do MS.

Dentro do atendimento oferecido pela FUNASA às comunidades indígenas, estão as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, odontologistas, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. Elas contam com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários (BRASIL/FUNASA, 2009).

Existem ainda as Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), locais com condições de receber, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. As CASAI prestam também assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcam consultas, exames complementares ou internação hospitalar. Nesses locais é providenciado o acompanhamento dos pacientes tanto para as consultas e internações, como para o seu retorno às comunidades de origem. Também são oferecidas as informações necessárias para o acompanhamento da recuperação. Dourados possui uma CASAI e, portanto, visitou-se essa instituição durante a pesquisa. Nela estão, ainda hoje em 2011, as crianças indígenas com deficiência que estavam na instituição na época da visita em 2010 .

Nas aldeias, a atenção básica é realizada pelos AIS, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Esta de forma periódica, conforme planejamento local. Dessa forma, seria assim, a organização do DSEI e modelo assistencial:





No Estado do Mato Grosso do Sul, a execução das ações de Atenção Básica de Saúde são realizadas diretamente pela FUNASA em parceria com Municípios e Estado, e com a ONG Missão Caiuá. A área está dividida em seis Polos-Base: Aquidauana, Bonito, Dourados, Amambai, Iguatemi e Campo Grande. Fazem parte desta rede as Casas do Índio de Campo Grande, Dourados e Amambai, contando com 11 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (BRASIL/FUNASA, 2009).

Percebeu-se nessa última década, após a instalação dos Polos da FUNASA e a formação de agentes de saúde, um grande avanço na qualidade da saúde indígena dos povos Kaiowá e Guarani. Dentre tantas mudanças, a considerada principal é a prevenção da saúde e a identificação de pessoas que necessitam de assistência médica ou hospitalar diminuindo o índice de óbitos entre crianças, idosos e adultos. Outro fator positivo foi a presença da equipe multidisciplinar do Polo da FUNASA nas aldeias mais longínquas, o que permitiu um maior monitoramento das diversas situações da saúde indígena, como acompanhamento da gestante com pré-natal, vacinação das crianças, exames preventivos tanto nos adultos, como nas crianças.

A atuação da FUNASA, apesar de importante em alguns aspectos, como os descritos anteriormente, tem sido criticada por estudos antropológicos e por alguns indigenistas. Isso se dá, mormente, porque este órgão, apesar de ter indígenas em suas equipes, impõe um sistema de saúde externo às comunidades indígenas. Isso é

percebido, por exemplo, na não valorização dos remédios naturais e da ciência tradicional indígena.

Em muitos momentos nas aldeias foi observada desconfiança de indígenas para com este órgão e outros órgãos responsáveis pela saúde indígena. Ouvia-se, por exemplo, de uma mãe que se encontrava no Centrinho com uma criança desnutrida, que ela não queria ter ido àquela instituição, mas se sentiu pressionada por profissionais da área da saúde e também pelo Conselho Tutelar, de perder a guarda da criança caso não procedesse da maneira como determinavam. A mencionada mãe foi ao Centrinho com a criança em questão, contudo, em virtude do extremo estado de desnutrição, a criança veio a falecer. Para a mãe, sua criança morreu porque foi afastada dos cuidados do rezador.

Conforme o discurso oficial, a preparação dos profissionais da saúde para atuação em contexto intercultural exigiu a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde. Essa é “uma estratégia que visa a favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao conhecimento de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (BRASIL/FUNASA, 2009). .

Essa é uma questão complexa, pois ainda que no discurso esteja previsto que os conhecimentos e recursos técnicos da medicina não-indígena não devam substituir a tradicional, o que acontece na prática, não raras vezes, é que as ações de atenção à saúde não reconhecem os rituais culturais e religiosos desses povos. Isso se dá, por exemplo, no uso de certas práticas de saúde em massa, como pré-natal, partos em hospitais e a abolição completa (ou quase total) da ação das parteiras e de outras pessoas do grupo local que realizavam os partos. Hoje os partos são todos feitos em hospitais, com acompanhamento do médico. Ainda que a mãe queira, esta não pode decidir ter seu filho em casa com a família.

Dessa forma, a atuação da FUNASA praticamente anulou a ação das parteiras indígenas. Diante disso, as mesmas têm ressentimentos, conforme foi percebido na conversa com dona M. Isso se dá, essencialmente em razão dos agentes de saúde indígena atuarem, em algumas situações, como agentes do colonialismo ocidental: ignoram o conhecimento tradicional das parteiras e encaminham de uma forma geral, todas as gestantes para o hospital fora da aldeia, onde os médicos cuidam do parto.

Sobre essas contradições, Souza Santos (2010) afirma que “a ciência moderna não foi, nos últimos séculos, nem um mal incondicional, nem um bem incondicional. Ela própria é diversa internamente, o que lhe permite intervenções contraditórias na sociedade” (p. 17) e “o colonialismo, para além de todas as dominações por que é conhecido, foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder que conduziu a supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e/ou nações colonizados” (SANTOS, 2006, p. 19).

De acordo com observações apresentadas por alguns interlocutores, mulheres que insistem em ter o filho com a parteira indígena e não no hospital são consideradas pelos funcionários da FUNASA, inclusive pelo agente de saúde indígena como “problemáticas”. Isso significa que os Kaiowá e Guarani estão perdendo a prerrogativa de trazer suas crianças ao mundo.

Os trabalhos das parteiras envolvem conhecimentos medicinais, religiosos, dentre outros e sua prática favorece o estabelecimento de alianças entre o bebê, a parteira, a mãe e a família, o que é fundamental para a composição dos grupos de parentesco e das relações de sociabilidade interna. Então, se com a ação FUNASA esses vínculos forem enfraquecidos, ou mesmo quebrados, as consequências podem ser desastrosas. Fato semelhante foi observado durante a realização deste estudo, em relação a algumas crianças do Centrinho e da CASAI, as quais estão perdendo o vínculo com suas famílias de origem.

De fato os órgãos e agentes atuais responsáveis pela saúde indígena podem afirmar que o parto no hospital é mais higiênico e reduz o índice de mortalidade infantil, tão cobrado pela FUNASA. Em contrapartida, pode-se argumentar também que durante séculos os Kaiowá e Guarani foram capazes de realizar os partos, e é apontado por estes, em entrevistas e conversas, que havia uma eficiência nesse sentido. Ainda que essa eficiência não seja questionada, a realidade é a seguinte: em diversos momentos, muitas mães e outros familiares confiam mais nas parteiras e rezadores, quando membros da família passam por problemas de saúde, ou em momentos como o de trazer uma criança ao mundo.

Por conseguinte, tanto nos relatos obtidos da presente pesquisa, como na observação durante o tempo de convivência entre estes povos, percebe-se cada vez menos a presença da parteira, do benzedor e da medicação natural. Existe sim, distribuição, “propaganda” e uso cada vez mais intensivo da medicação não-indígena

em detrimento da indígena. Talvez esses fatos ocorram porque a FUNASA é cobrada em termos de indicadores, e isso faz parte do sistema. Além dos índices e resultados estatísticos, a demanda é grande para a pequena oferta de médicos nas aldeias, os quais são responsáveis pelo acompanhamento da saúde da família.

Outra questão que cabe apontar é referente à ação dos rezadores. Faz parte do discurso oficial da FUNASA a preocupação de um trabalho conjunto com o rezador e com o pajé. Essas ações estão inseridas nas propostas da FUNASA, legalmente esta teria que fazer isso e faz. Entretanto, ainda que para dar oficialidade a seu discurso, a FUNASA contrate antropólogos para dar assessoria no momento da elaboração de leis e da criação de programas, nas ações práticas se afastam dos rezadores e, conseqüentemente, dos saberes tradicionais. Sobretudo entre os gestores, ouvem-se em seus discursos diários que estes pensam a cultura e a medicina indígenas como um problema e não como um recurso para o tratamento dessa população. Buscam conhecer a atuação do rezador e das parteiras nas comunidades indígenas, mas, esse conhecimento não resulta em trabalho conjunto.

A pesquisadora deste trabalho testemunhou em muitos momentos, nessas duas décadas de convivência com os povos indígenas, atitudes contraditórias: muitos não querem mais tratar seus filhos com a medicina tradicional, mas em alguns casos solicitam a ajuda de seus rezadores ou outros líderes religiosos, principalmente, quando a doença é atribuída ao feitiço ou ao afastamento da alma da criança. Aconteceram inúmeros casos em que a família retirou sua criança doente do hospital e levou-a para um rezador, ou pastor, para que estes cuidassem da criança. Assim, destaca-se a existência de várias situações em que os indígenas não confiam, não acreditam na medicina e nos processos de cura de não-indígenas, e eles querem ter a oportunidade de procurar a ajuda de seus “profissionais” da saúde. Assim, novas formas de colonialismo são criadas ou mesmo inventadas e antigas são consolidadas por meio das políticas e práticas de saúde indígenas e ações como as dirigidas pelo órgão responsável pela saúde indígena.

Dessa forma, essas questões se apresentam como complexas e há muitos desafios a serem superados. Nesse sentido, Souza Santos (2006, p. 447) discute a importância do diálogo intercultural, a troca entre os diferentes saberes que refletem diferentes culturas, aliás, entre universos de sentidos diferentes e em grande medida, incomensuráveis. Tais universos de sentido, diz o autor, consistem em constelações de

*topoi* fortes. Esses *topois* são lugares comuns, retóricos mais abrangentes que determinam a cultura; compreender uma determinada cultura a partir de *topois* de outra cultura é uma tarefa muito difícil e, para alguns, impossível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Susane Rocha de. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo: v. 24, n. 1, mar. 2002.

ARAÚJO, Ana Valéria. et all. BRASIL. *Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”*: O direito à diferença. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada (SECAD), Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. 2ª ed. Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BOBBIO, Norberto. Estado, poder e governo. *Estado, Governo e Sociedade: para uma teoria geral da política*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. Cap. III, p. 53-133, 1995.

\_\_\_\_\_. *A Era dos direitos*. Rio de Janeiro: Nova Ed., 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília DF: Senado, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e Do Adolescente*. Brasília DF: Senado 2000.

\_\_\_\_\_. PCNs Indígenas. Parâmetros Curriculares Nacionais para Escola Indígenas. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial curricular nacional para as escolas indígenas*. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.836/1999, de 31 de agosto de 1999. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região. Disponível em <[www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm](http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm)>. Acesso em: 25 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Brasília: 2009. Disponível em <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)> Acesso em maio 2010

\_\_\_\_\_. *Tomé: O apóstolo da América*. Índios e Jesuítas em uma história de apropriações e ressignificações. Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD. Dourados, 2009.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

CHARTIER, Roger. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel, 1988.

\_\_\_\_\_. O mundo como representação. *Estudos Avançados*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, vol.5, nº 11, p. Jan./Apr.1991

COHN, Clarice. A criança, o aprendizado e a socialização na antropologia. In: LOPES DA SILVA, Aracy; MACEDO, Ana Vera Lopes da Silva; NUNES, Ângela Pereira (orgs). *Crianças Indígenas - Ensaio Antropológico*. São Paulo: Global/Mari, 2002.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>>. Acesso em: 10 abril 2009. Nações Unidas, 1948.

DOURADOS. (Municípios). *Decreto nº 4.871, de 10 de novembro de 2008*, publicado no Diário Oficial em 10 de novembro de 2008. Dispõe sobre a organização, estrutura e funcionamento do setor de Educação Especial da Secretaria Especial de Educação. Dourados, SEMED, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua Portuguesa*. 5. ed. rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

\_\_\_\_\_. O Dicionário do Aurélio online – Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em <[www.dicionariodoaurelio.com](http://www.dicionariodoaurelio.com)> Acesso em 30/07/2010.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.

\_\_\_\_\_. *O Saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LIDÓRIO, Ronaldo. Uma visão antropológica sobre a prática do infanticídio indígena no Brasil. Copyright 2003-2005. *Agência Presbiteriana de Missões Transculturais*. Disponível em <[apmt@apmt.org.br](mailto:apmt@apmt.org.br)>. Acesso em janeiro de 2008.

LOPES DA SILVA, Aracy. MACEDO, Ana Vera Lopes Da Silva. NUNES, Angela (orgs.). *Crianças Indígenas – Ensaios Antropológicos*. São Paulo: Global Editora, 2002.

MELIÁ. *Educação indígena e alfabetização*. São Paulo: Edições Loyola, 1979.

OMS. Organização Mundial da Saúde. CID – 10 Classificação Estatística Internacional de doença e problemas relacionados à saúde. 9 ed. ver. São Paulo: EDUSP, 2003.

PEREIRA, Levi Marques. *Imagens do Sistema Social e seu Entorno*. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade de São Paulo, 2004.

\_\_\_\_\_. No mundo do parentes: a socialização das crianças adotadas entre os Kaiowá. In: LOPES DA SILVA, Aracy; MACEDO, Ana Vera Lopes Da Silva; NUNES, Angela (orgs.). *Crianças indígenas: ensaios antropológicos*. São Paulo: Global Editora, 2002. p. 168-187

SANTOS, Boaventura Souza; MENESES, Maria Paula (orgs.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010

\_\_\_\_\_. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.

SCHADEN, Egon. *Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani*. São Paulo: Pioneira e Edusp, 1962.

SOUZA, Vania Pereira da Silva. “*Tive fome e não me destes de comer*”: Socialização e processos educativos de crianças do Centro de Recuperação Nutricional Infantil. Monografia (Especialização em Formação de Profissionais da Educação), Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, 2008.