

JULI FERREIRA DE OLIVEIRA

**A PRESENÇA DE PROFISSIONAIS INDÍGENAS NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL**

DISTRITO FEDERAL (BRASÍLIA)

2017

JULI FERREIRA DE OLIVEIRA

**A PRESENÇA DE PROFISSIONAIS INDÍGENAS NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação (Mestrado profissional) em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Magda Duarte dos Anjos Scherer (Presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr^a Silvia Badim Marques

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Gersem José dos Santos Luciano - Baniwá

Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr^a Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem (Suplente)

Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULI FERREIRA DE OLIVEIRA

**A PRESENÇA DE PROFISSIONAIS INDÍGENAS NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação (Mestrado profissional) em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Magda Duarte dos Anjos Scherer

DISTRITO FEDERAL (BRASÍLIA)

2017

Dedico esta dissertação a todos (as) os (as) indígenas que estão ou estarão atuando como profissionais de saúde no Brasil. Que este trabalho seja instrumento de luta para os nossos povos para o alcance da educação e do trabalho como direito de cidadania.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Tupã, por ter me guiado, orientado e fortalecido para percorrer o caminho do estudo em prol da luta dos povos indígenas. Por ter me entregado resiliência e sabedoria para lidar com as adversidades e aprender com elas. Por isso, *Tupã aé name asé oimoetê. Akgûab xe tuba, xe paiê, xe Tupã.*

Aos meus pais, Antônio Pedro de Oliveira (*in memoriam*) e Jaci Ferreira de Oliveira, por terem sido usados por *Tupã* para me trazer ao mundo e por terem me entregado uma família linda e única, que me ensinou a cada dia o respeito, a bondade, o cuidado, a positividade e o amor aos nossos e aos outros.

À minha avó Judith Aristides de Oliveira (*in memoriam*), mulher guerreira que deixou muito de si em mim, me impulsionando a trilhar os caminhos com força e coragem. Com sua frase clássica “Tá ficando é bom” me mostrava nos pequenos detalhes do cotidiano, que mesmo diante de um contexto desfavorável ainda era possível lutar e reverter a situação, trazendo a maior força que já conheci em um ser humano, a energia da transformação, da luta e da fé.

À minha irmã Suzete Ferreira de Oliveira, que muito me encorajou durante toda a vida, me apoio nessa caminhada durante o mestrado e que me ensinou desde sempre o lado bom do ser humano, com sua sensibilidade e amor.

À minha família como um todo, que sempre acreditou em mim e me fortaleceu espiritualmente na minha jornada pela vida.

Ao meu esposo, Ewryky Apurinã, por ter me apoiado espiritualmente e por ter me ofertado tanto cuidado, compreensão e amor nos momentos que eu mais precisei ter resiliência e coragem no mestrado. Gratidão pelo respeito e pela força ancestral que têm aflorado em nós com a nossa união. As palavras não conseguiriam expressar o tamanho da minha gratidão e do meu amor por você. *Akgûab, xe mena, xe taûsuba.*

Ao meu povo Tupinambá de Salvador, capital da Bahia, por se levantar e reconstruir as suas histórias e memórias, aos poucos, no cotidiano da vida. Tenho fé de que o nosso povo voltará a se reconhecer e formará multidões, lutando juntos pelos nossos direitos. Esse tem sido um grande motivador na minha vida... a esperança da reconstrução e da restituição através dos tempos, por meio da ancestralidade Tupinambá!

A todas minhas amigas e amigos, que me apoiaram de perto ou de longe. Gratidão especialmente a Alyne Melo, Tatiana Santos, Daniela Marques, Távilla Aparecida, Janaina Fernandes, Bruna Rocha e Maria Carmem Dantas, pela cumplicidade, irmandade e cuidado diário. Vocês tornaram meus dias mais bonitos e alegres. Mulheres fortes e sábias.

À Alyne Melo, por ter dividido seus dias comigo e ter me possibilitado trocar as dores e os amores sentidos no mestrado e na vida em Brasília. Pela sabedoria nos conselhos e pelo fortalecimento do nosso sagrado feminino.

À Tatiana Santos, amiga e chefe, irmã preta, que me fortaleceu muito na vida em Brasília. Gratidão pelas trocas, pelo seu extremo cuidado comigo nos momentos de cansaço e desânimo, pelo respeito e principalmente pelas trocas espirituais, que nos permitiram um fortalecimento mútuo na vida.

A Daniela Marques, mulher preta, irmã e parceira durante o mestrado em Saúde Coletiva. Gratidão pelo apoio, cuidado e parceria nesse tempo. Gratidão por ter sido a minha voz nos momentos de choro e por ter permitido que eu fosse a sua em outros. Por tanto ter me encorajado a expressar os meus pensamentos e ideias. Nossa presença juntas no mestrado fez toda a diferença na luta pelos nossos povos e em nosso fortalecimento na vida.

A Yonaré Barros, por ser luz em minha vida, por ter alegrado os meus dias e por ter reforçado sempre o meu potencial para cursar o mestrado. Gratidão pelas trocas e pelo cuidado.

À Liliane Bittencourt e Débora Santa Mônica, que me ensinaram o sentido de ser uma trabalhadora da saúde pública brasileira, e principalmente, me mostrando com suas próprias práticas a leitura crítica para o mundo e a luta contra as desigualdades raciais e sociais, tendo o trabalho como um meio de transformação da realidade. Reverência à vocês, mulheres fortes no mundo!

À Magda Duarte dos Anjos Scherer, por ter aceitado orientar o meu trabalho e por me permitir e se permitir aprender com as diferenças.

Aos povos indígenas, que foram a minha motivação para iniciar e finalizar esse estudo. “Esqueceram que éramos sementes e tentaram nos enterrar”. Essa frase mostra um pouco da nossa força ancestral, que contrariando os desejos, planos e expectativas de muitos, crescemos em número, em sabedoria e força.

E à todos que possuem importância na minha vida, porém que não foram citados nessas linhas escritas.

“Eu creio que pelo Brasil inteiro, vai levantar, ou já levantou, índios esclarecidos, como eu, que levantará sua voz em prol da sua raça”.

“Nós reclamamos a injustiça, a calúnia, a perseguição, a pobreza, a fome que a civilização nos trouxe”.

“Minha vida, até o fim, vai ser essa luta insana, uma luta infrutífera até aqui”.

(Marçal de Souza Tupã'i, liderança da etnia Guarani Nandeva, assassinado numa emboscada no ano de 1983 por lutar pelos direitos dos povos indígenas – Documentário terra dos índios, 1979)

RESUMO

Juli Ferreira de Oliveira¹
Magda Duarte dos Anjos Scherer²

O presente estudo objetivou analisar a presença de profissionais indígenas na assistência à saúde no Brasil. Para tanto, identificou o quantitativo de profissionais indígenas de nível superior atuantes na assistência à saúde, o quantitativo de indígenas matriculados em instituições de ensino superior (IES) e os principais nós críticos relacionados à Força de Trabalho (FT) Indígena da assistência à saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de natureza aplicada, de abordagem quantitativa, realizada por meio de consulta à base de dados secundários, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. A população alvo do estudo foi profissionais indígenas de saúde de nível superior atuantes na assistência à saúde no Brasil em 2016, informados pela Plataforma Força de Trabalho em Saúde (PFTS), por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e os profissionais de saúde informados pelas três instituições filantrópicas que realizam a contratação de pessoal para atuar na saúde indígena, vinculadas à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS). Como resultados evidenciou-se: extrema iniquidade racial no mercado de trabalho da assistência à saúde no Brasil; lacuna importante no CNES, expressa pela quantidade significativa de não preenchimento do quesito raça/cor; inserção de indígenas desigual, desproporcional e inferior a inserção de brancos, negros e amarelos, quando comparado ao total de profissionais de nível superior informados pela PFTS/CNES, chegando a representar em proporção que os indígenas estão de 26 a quase 1500 vezes menos inseridos no mercado de trabalho em saúde do que indivíduos de outras raças; invisibilidade dos indígenas no campo teórico das produções de conhecimento, e no campo prático das ações de enfrentamento das desigualdades raciais no mercado de trabalho, como é o caso da lei de cotas em concursos públicos; presença de indígenas no ensino superior com tendência de expansão progressiva, porém ainda insuficiente; enfermagem e medicina incorporam o maior número de indígenas; maior número de profissionais indígenas presente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Bahia e no Distrito Federal; e FT de nível superior atuante na assistência da saúde indígena formada majoritariamente por não-indígenas, tendo menos de 10% dos (as) trabalhadores (as) indígenas. Conclui-se que é urgente a elaboração, revisão e execução de medidas de enfrentamento das desigualdades raciais no mercado de trabalho em saúde, tendo os indígenas como população-alvo. Bem como, medidas que visem ampliar o acesso e garantir a permanência de indígenas em IES e melhorar a qualidade da informação apresentada pelo CNES, com destaque para a necessidade de reversão da alteração que gerou a exclusão dos campos relacionados ao gênero e a raça/cor. O trabalho como direito social e como direito de cidadania ainda encontra entraves para se tornar realidade para muitos dos profissionais indígenas da saúde, apontando para a necessidade de políticas, ações, programas e projetos que visem garantir a igualdade de oportunidades, o combate ao racismo e a garantia do trabalho como direito social de todos (as) os (as) indígenas que desejem se inserir no mercado de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Povos indígenas; iniquidade social; profissional de saúde; força de trabalho; Saúde indígena.

¹ Nutricionista pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador - Ba. Especialista em Saúde da Família sob a forma de Residência Multiprofissional, pela Escola Baiana de Medicina e Sociedade Hólton. Especialista em Nutrição em Atenção Básica pela ENSP/FIOCRUZ. Mestranda em Saúde Coletiva pela UnB.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Orientadora da presente pesquisa constituintes da dissertação do mestrado profissional do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

ABSTRACT

Juli Ferreira de Oliveira¹
Magda Duarte dos Anjos Scherer²

The present study aimed to analyze the presence of indigenous professionals in health care in Brazil. To that end, it identified the quantitative number of indigenous higher education professionals working in health care, the number of indigenous enrolled in higher education institutions (HEIs), and the main critical nodes related to the Indigenous Health Workforce (FT) of health care in the Brazil. This is an exploratory descriptive exploration, of an applied nature, with a quantitative approach, carried out by consulting the secondary database, from January 2016 to January 2017. The target population of the study was indigenous health professionals of higher education who worked in health care in Brazil in 2016, informed by the Health Workforce Platform (PFTS), through the National Registry of Health Establishments (CNES), and the Health professionals informed by the three philanthropic institutions that contract the personnel to work in indigenous health, linked to the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAI) of the Ministry of Health (MS). The results showed: extreme racial inequity in the labor market of health care in Brazil; Important gap in CNES, expressed by the significant amount of non-fulfillment of the race / color question; Insertion of indigenous people, disproportionate and inferior to the insertion of whites, blacks and yellows, when compared to the total of professionals of higher level informed by the PFTS / CNES, getting to represent in proportion that the natives are of 26 to almost 1500 times less inserted in the Health workforce than individuals of other races; Invisibility of indigenous people in the theoretical field of knowledge production, and in the practical field of actions to combat racial inequalities in the labor market, such as the quota law in public tenders; Presence of indigenous people in higher education with a gradual but still insufficient expansion; Nursing and medicine incorporate the largest number of indigenous people; The largest number of indigenous professionals present in the states of São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Bahia and the Federal District; And higher-level FT active in indigenous health care, mostly non-indigenous, with less than 10% of indigenous workers. It is concluded that there is an urgent need to prepare, review and implement measures to combat racial inequalities in the health workforce, with indigenous populations as the target population. As well as, measures that aim to increase access and ensure the permanence of indigenous people in HEI and improve the quality of information presented by CNES, highlighting the need to reverse the change that generated the exclusion of the fields related to gender and race / color. Work as a social right and as a right to citizenship still finds obstacles to become reality for many of the indigenous health professionals, pointing to the need for policies, actions, programs and projects aimed at guaranteeing equal opportunities, combating racism and The guarantee of labor as a social right of all indigenous people who wish to enter the labor market in health.

Keywords: Indigenous peoples; Social inequity; healthcare professional; workforce; Indigenous health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Força de Trabalho de nível superior empregada na assistência à saúde no Brasil, considerando as 14 profissões de saúde, 2016	83
Figura 2 Percentual de profissionais atuantes na assistência à saúde no Brasil que não declararam raça/cor no CNES, por categoria profissional, no ano de 2016	84
Figura 3 Proporção de profissionais na assistência à saúde do Brasil por raça/cor, 2016.....	89
Figura 4 Série histórica com quantitativo de indígenas matriculados em IES, de 2010 a 2015, no Brasil	94
Figura 5 Profissionais indígenas na assistência à saúde, desagregada por categoria profissional, 2016.....	98
Figura 6 Distribuição de profissionais indígenas de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, desagregadas por região geográfica, 2016	99
Figura 7 Distribuição de profissionais indígenas de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, desagregadas por região geográfica, 2016	100
Figura 8 Distribuição de profissionais indígenas de Fonoaudiologia, Medicina e Odontologia, desagregadas por região geográfica, 2016.....	100
Figura 9 Presença de profissionais indígenas atuantes na assistência por Unidade da Federação, 2016.....	101
Figura 10 Profissionais componentes das 14 profissões de saúde atuantes na assistência à Saúde Indígena, em 2016	106
Figura 11 Força de Trabalho contratada pelo IMIP, SPDM e Missão Evangélica Caiuá para a Assistência à Saúde Indígena, segundo raça/cor, 2016.....	108
Figura 12 Profissionais indígenas atuantes na Saúde Indígena por instituição contratante, no ano de 2016.....	109
Figura 13 Proporção de indígenas atuantes na assistência à “saúde indígena”, desagregada por categoria profissional, em 2016.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diferença na proporção de Indígenas na força de trabalho da assistência à saúde em relação a Brancos, Negros e Amarelos.....	90
Tabela 2 – Aspectos demográficos, de inserção acadêmica, caracterização étnica e identificação de conflitos nos estados com maior força de trabalho indígena.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis e indicadores utilizadas para análise dos dados referentes à Força de Trabalho Indígena na Assistência à Saúde no Brasil.....	81
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
ANTD-SUS – Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS
CADH – Convenção Americana de Direitos Humanos
CASAI – Casa de Apoio ao Índio
CERD – Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial
CF – Constituição Federal
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CGSI – Coordenação Geral de Sistema de Informação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNRM – Comissão Nacional de Médicos Residentes
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
E-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FT – Força de Trabalho
FTS – Força de Trabalho em Saúde
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Corte Interamericana de Direitos Humanos
IES – Instituição de Ensino Superior

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INEP – Instituto de Pesquisa Anísio Teixeira
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC – Ministério da Educação
MNNP-SUS – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS – Ministério da Saúde
MS – Mato Grosso do Sul
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASI – Núcleo de Apoio à Saúde Indígena
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PFTS – Plataforma Força de Trabalho em Saúde
PL – Projeto de Lei
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
RH – Recursos Humanos
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SP – São Paulo
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPI – Serviço de Proteção aos Índios
SUS – Sistema Único de Saúde
TAC – Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI – Terra Indígena
TB - Tuberculose
UF – Unidade da Federação
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 OS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL: HISTÓRIA DE RESISTÊNCIA AO INCESSANTE MASSACRE	25
2.2 ÍNDIO CIDADÃO?	35
2.3 FORMAÇÃO DE INDÍGENAS NO ENSINO SUPERIOR	46
2.4 FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ONDE SE ENCAIXAM OS INDÍGENAS?	56
3 OBJETIVOS	75
3.1 OBJETIVO GERAL	75
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
4 PERCURSO METODOLÓGICO	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
5.1 FORÇA DE TRABALHO DE NÍVEL SUPERIOR NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	83
5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR RAÇA/COR E A PRESENÇA DE INDÍGENAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	88
5.3 INDÍGENAS NO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL	93
5.4 PROFISSIONAIS INDÍGENAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL E LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	97
5.5 FORÇA DE TRABALHO INDÍGENA EMPREGADA NA SAÚDE INDÍGENA.....	105
5.6 PRINCIPAIS NÓS CRÍTICOS DA FORÇA DE TRABALHO INDÍGENA EM SAÚDE...111	
6 LIMITES DO ESTUDO	114
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	118
8 REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	133
APÊNDICE A - Matriz de Sistematização da Revisão da Literatura	
APÊNDICE B - Fluxograma orientador de busca em sítio eletrônico – Plataforma Força de Trabalho em Saúde	
APÊNDICE C - Descrição do fluxograma orientador de busca em sítio eletrônico – Plataforma Força de Trabalho Em Saúde	
APÊNDICE D - Matriz de sistematização da Força de Trabalho em Saúde no Brasil	
APÊNDICE E - Matriz de sistematização da Força de Trabalho Indígena em Saúde por região e estado	

APÊNDICE F - Matriz de sistematização dos dados de saúde indígena -
SESAI/IMIP/SPDM/CAIUÁ - Atenção à Saúde

APÊNDICE G - Fluxograma orientador de busca em sítio eletrônico – Instituto de
Pesquisa Anísio Teixeira (INEP)

APÊNDICE H - Descrição do fluxograma orientador de busca em sítio eletrônico –
Instituto de Pesquisa Anísio Teixeira (INEP)

ANEXOS..... 142

ANEXO A - Parecer final do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB

ANEXO B - Parecer de submissão de artigo na Revista Saúde e Sociedade

APRESENTAÇÃO

Apresentar esse estudo exige bastante de mim, já que a motivação para desenvolvê-lo partiu da minha vivência como mulher indígena trabalhadora do Ministério da Saúde (MS), que trazia histórias bonitas e duras relacionadas ao ser indígena e profissional de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, precisarei rememorar alguns momentos que trarão maior clareza dos fatores que me impulsionaram a me aventurar no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB), tendo como foco de trabalho a presença de profissionais indígenas na assistência à saúde no Brasil.

Sou indígena do povo Tupinambá, da capital da Bahia, Salvador. Para aqueles ditos “entendedores” dos povos indígenas surgiria com certeza um questionamento inicial... Tupinambá em Salvador? Na cidade? E respondendo já adiantando: Sim, nasci na cidade e vivi lá. Salvador sempre foi território ancestral do povo Tupinambá e palco de um lamentável massacre. Não experienciei a vida numa aldeia, mas vivi a vida na favela, como muitos outros indígenas que nem possuem a consciência de suas raízes ancestrais, mas que estão lá e que possuem no seu modo de vida a essência cultural que lhe distingue de outros grupos. No meu caso, as histórias e ensinamentos sobre meu povo foram passadas pela minha avó paterna, única da família a retomar nossa raiz indígena, sem muito ressoar nos jovens. Fui me entender indígena e buscar as histórias contadas pela minha avó Judith depois da vida adulta, quando conheci indígenas do povo Pataxó e reconheci neles o meu modo de viver e de ver a vida, o mundo. A partir daí o mundo se abriu, com o agravante de que meus passos já não eram mais acompanhados fisicamente pela única pessoa que me trazia as memórias e ensinamentos. Trago em mim a história de uma família que venceu a fome e a extrema pobreza financeira, a falta de direitos e em muitos momentos a própria falta da cidadania. Momentos longos adversos que me fizeram crescer e desenvolver a busca por justiça e por um mundo melhor. Entender minhas raízes ancestrais e me apropriar cada vez mais do conhecimento valioso que eu detinha foi um caminho para meu empoderamento no mundo.

Me aventurei na universidade pela primeira vez quando cursei o curso de Nutrição, na cidade do Salvador. Fui selecionada no programa Faz universitário por

conta da nota do Exame Nacional do Ensino Médio. Logo após minha formação, no ano de 2009, me inseri na docência, como supervisora de estágio em Nutrição na Saúde Pública, trilhando a partir daí um caminho rico como Nutricionista do SUS. No ano de 2014, comecei a trabalhar no MS com o objeto da negociação coletiva e Gestão do Trabalho no SUS. Iniciei com muitas expectativas de colaborar para o enfrentamento das desigualdades raciais entre os trabalhadores indígenas da saúde. Qual foi a minha surpresa? Perceber que em nenhum dos espaços de diálogo em que passei, mesmo estes envolvendo gestores e trabalhadores do SUS, se considerava que existiam indígenas atuando como profissionais de saúde de nível superior. E no momento em que eu pontuava que as iniquidades não envolviam apenas negros e brancos, logo surgiam as “pérolas”: “mas não estamos falando de usuários...estamos falando de profissionais de saúde” ou então “mas não temos estudos que comprovem que existem indígenas atuando na assistência à saúde”. Essa negação que envolve os indígenas ocuparem outros lugares sociais diferentes do lugar folclórico em que a sociedade brasileira os colocou me chocou.

Realmente é tão absurdo pensar num indígena atuando como profissional de saúde? E a cada momento eu percebia mais claramente as faces variadas do racismo. Nesses momentos acabava por compartilhar as diversas situações de intolerância, preconceito e discriminação que já sofri atuando como profissional do SUS, como por exemplo quando nos dias de atendimento clínico o (a) usuário (a) entrava no meu consultório e perguntava: “uma índia nutricionista?” Ou “a doutora é uma índia?” com espanto tão absurdo que me constrangia. Com o tempo passei a reagir com serenidade a essas manifestações vindas dos não-indígenas. Vale a ressalva de que eu não trabalhava com a saúde indígena e sim com a saúde de não-indígenas, o que aumentava ainda mais os choques e estranhamentos. O fato é que esses encontros e desencontros no SUS e no MS me mostraram a importância de produzir conhecimento sobre os trabalhadores indígenas de saúde, buscando assim elementos que fundamentassem os debates, como exigiam os não-indígenas.

Mal sabia eu os desafios que a universidade me reservava. Após aprovação em processo seletivo me deparei no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UnB, com a maioria absoluta de mestrandos brancos (na minha turma, no primeiro semestre só existia eu de indígena e duas alunas negras, todos os outros (as) eram brancos (as) e de classe social privilegiada). O curso não dispunha de vagas específicas para indígenas e negros, o que explicava a cor do curso.

Os estranhamentos foram diversos e em mais um espaço de poder e saber a negação das discussões que cercam as discriminações raciais e a não cidadania dos povos indígenas e do povo negro se tornava presente. A produção dessa dissertação foi regada por experiências profundas e dolorosas, que tornavam o ambiente da universidade, especificamente no mestrado, inóspito para mim. Conviver cotidianamente com o racismo e a ridicularização entre os colegas e professoras era massacrante. Situações que envolveram: docente comparando, em sala de aula, as práticas tradicionais de cura realizada por curandeiros ao charlatanismo; outros, por ensinarem muito bem o que aprenderam, reconhecendo unicamente a ciência do branco como verdade absoluta e desvalorizando todas as outras formas de ciência; colegas de mestrado que ao entrar em sala de aula me pediam (em voz alta) para fazer a dança da chuva; docentes me infantilizando ou me tratando como se eu não estivesse entendendo a linguagem falada por eles, enfim, situações diversas que incluíram mais peso à minha formação e conseqüentemente à elaboração dessa dissertação.

Meu maior pesar nesse processo foi desenvolver o referencial teórico e rever toda a história de massacre, dominação e dizimação tão naturalizada nas falas da academia. O pior é ver que o branco matou, feriu, roubou, exterminou povos inteiros e ainda escreveu tudo, de tão normal e legal que era e ainda é, de tão autorizados que eram e ainda são. Depois percebi que os indígenas começavam a se apresentar no meio científico, com escritas e pensamentos próprios, que muito diziam do meu próprio pensamento. Percebi a duras penas que o exercício do enfrentamento é pesado, mas necessário. E que a universidade precisa cada vez mais receber a favela, a aldeia, os quilombos para fazer os contrapontos reais, de acordo com a vida que levam e com a diversidade de visões de mundo.

Dessa forma, essa dissertação é a minha forma de gritar ao mundo acadêmico, científico e do trabalho que os povos indígenas são vítimas de constantes desrespeitos, discriminações e negações de direitos. Não é fácil no Brasil para o indígena nem se manter vivo, imagine só cursar uma graduação e se tornar profissional de saúde! Não, as chances não são iguais! O poder soberano do Estado continua decidindo quem deve morrer ou viver. O que mudou nisso tudo durante os tempos? Nós! Nós mudamos! Nossas armas são outras e reforçaremos nossos guerreiros e guerreiras com o pensamento crítico sobre as estratégias que utilizaram contra nós e que hoje, podem apoiar nossa reação, nossa resistência.

Então, finalizo trazendo essa dissertação como oferta à todos os parentes indígenas que estão nesse campo de discussão, disputa e luta por melhores condições de vida e pela ampliação da nossa participação em todos os ramos da sociedade, como é o caso do trabalho. Espero que esse trabalho traga elementos para que as discussões sobre a gestão do trabalho e sobre o enfrentamento das disparidades raciais no mercado de trabalho em saúde possam se ampliar e considerar os indígenas como profissionais de saúde alvo de todas essas desigualdades e disparidades e protagonistas de suas vidas.

Força para lutar e sabedoria para se manter em equilíbrio espiritual e físico é o que desejo para todos (as) que se propuserem à essa luta.

1 INTRODUÇÃO

Abordar a presença de profissionais indígenas na assistência à saúde no Brasil exige minimamente uma tentativa de leitura ampliada e contextualizada do ponto de vista sócio histórico. Isto remete automaticamente a interligação que existe entre as dimensões do trabalho e da educação com a condição real de cidadania ou não-cidadania vivenciada pelos povos indígenas nesse país. Logo, a aposta deste estudo é traçar um fio condutor de pensamento, que permita a conexão imediata entre o direito ao trabalho e a educação com as condições de vida dos povos indígenas que por si só denunciam a cidadania ou a falta dela, o que inclui a dificuldade de acessar a formação no ensino superior e o mercado de trabalho em saúde.

O trabalho faz parte do conjunto de aspectos que compõem os direitos sociais, que constituem a cidadania, juntamente com os direitos políticos e civis (LAVALLE, 2003; CARVALHO, 2002). Assim, a garantia teórica da cidadania deveria ao menos garantir condições mínimas de vida digna aos cidadãos, como o acesso à educação de qualidade e ao mercado de trabalho, como apontado por Carvalho (2002), o que não se concretizou na prática para os povos indígenas brasileiros, que historicamente foram alvo de opressão e dizimação, ficando com isso marginalizados do acesso à bens e serviços, como é exemplo claro o campo do trabalho, o que inclui o trabalho em saúde.

Coimbra Jr. (2014) denuncia o significativo atraso no campo dos direitos sociais dos povos indígenas do Brasil, apontando como causa o complexo processo histórico, que combinou eventos como os conflitos fundiários envolvendo indígenas e não-indígenas, a degradação ambiental que alterou o modo de vida dos povos indígenas, chegando à evidência da omissão do Estado, que precipitou importantes desigualdades sociais contra os povos indígenas nas áreas da saúde, educação, habitação, dentre outras. O autor evidencia que a fronteira brasileira que diferencia e separa indígenas e não-indígenas é marcada justamente por essas e outras desigualdades sociais, que colocam os indígenas em posição de desvantagem social clara.

Diante desse quadro que evidencia a exclusão e questiona os direitos de

cidadania para os povos indígenas brasileiros, Gersem Baniwá (LUCIANO, 2009), aponta a emergência do protagonismo indígena, principalmente durante o processo de redemocratização do país, em direção à conquista de direitos sociais, entre eles principalmente os relacionados à saúde e educação, com destaque para a formação universitária, o que abre caminhos claros para a conquista real da cidadania, através do acesso às universidades e posteriormente ao mercado de trabalho. O autor afirma ainda que os povos indígenas passaram a se aproximar da vida nacional, visando ampliar os espaços de participação, diálogo e negociação, aumentando a capacidade de fazer alianças e interferir nas decisões que os envolvem. Dessa forma, fica nítido que discutir a presença do (a) trabalhador (a) indígena na saúde é também questionar o real direito de cidadania, já que o trabalho e a educação são direitos sociais que a constituem. É fundamental compreender os diversos sentidos que o trabalho possui para o ser humano, bem como as especificidades que cercam os povos indígenas e o campo do trabalho em saúde.

Segundo Marx (1984), o trabalho nada mais é do que um produto fruto de uma relação de venda da força de trabalho por parte do (a) trabalhador (a) ao capitalista, detentor dos meios de produção e do capital. Lhuillier (2013), aponta o trabalho num duplo sentido, se fundando a partir da relação entre o homem e a natureza, mas também enquanto suporte para as relações sociais, já que se constitui como vetor da coesão das relações sociais, da identidade e da realização do (a) trabalhador (a). No campo da saúde, várias nomenclaturas são utilizadas como força de trabalho em saúde (FTS), recursos humanos (RH), pessoal de saúde, categorias profissionais, trabalhadores da saúde, dentre outros.

Paim (1994), propõe uma superação dos conceitos utilizados para caracterizar tanto a Força de Trabalho (FT) quanto os RH, apontando para a necessidade da criação de um conceito mais amplo que se adeque à complexidade do setor saúde. Para tanto, propõe o conceito de Força de Trabalho em Saúde, onde o (a) trabalhador (a) é compreendido (a) como agente protagonista e sujeito de transformações sociais por meio do trabalho, ou como o próprio autor nomeia, “sujeito-agente das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano” (PAIM, 1994. p.64).

Assim, conectando as discussões que envolvem a cidadania, com foco no trabalho como direito social, a condição de exclusão e desigualdade social vivida pelos povos indígenas no Brasil, os conceitos de FTS, com as disparidades de

gênero e raça que compõem o mercado de trabalho como apontado por Abramo (2006), evidencia-se a complexidade que envolve tal discussão. Laís Abramo (2006) reforça a desigualdade de gênero e raça como eixo estruturante da matriz da desigualdade social no Brasil, auxiliando na reprodução e manutenção das situações de exclusão social. E, em se tratando de exclusão social e mercado de trabalho, torna-se pertinente analisar a situação dos indígenas brasileiros, que pouco aparecem nas estatísticas dos trabalhadores em saúde e muito menos nos referenciais teóricos que abordam as desigualdades de gênero e raça no trabalho.

É curioso como diversos estudiosos pautam as desigualdades de raça no trabalho, restringindo as análises aos brancos e negros – indicando diferenciais no quantitativo de brancos e negros no mercado de trabalho, de remuneração, de jornada de trabalho, de exposição a situações de violência, etc. (ABRAMO, 2006; TOMEI, 2005, BRASIL, 2004). O intrigante é perceber que os povos indígenas estão invisibilizados tanto na memória dos pesquisadores dessa temática quanto nas produções institucionais que se propõem a gerar informações para a formulação de políticas de combate as discriminações raciais no trabalho. Será que o Brasil não tem indígenas inseridos no mercado de trabalho? Ou será que a invisibilidade já se constitui no preconceito e racismo empregados contra os povos indígenas?

Segundo Lima (2007) ainda falta muito para que os brasileiros descubram que não amam e nem admiram os ancestrais indígenas desse território. Reforça ainda que no imaginário popular existem ideias equivocadas sobre os povos indígenas, o que gera diferentes reações que vão desde a simpatia imediata até as violências diversas. Destaca com isso que muitas vezes a simpatia é tão perigosa quanto a agressão aberta empregada. Por essa ótica, a simpatia (reproduzida pela infantilização do indígena) subestima, discrimina e inferioriza tanto quanto a agressão aberta o faz.

Segundo Laís Abramo (2006), os aspectos que cercam as desigualdades de gênero e raça no campo do trabalho devem compor análises específicas, devendo ser consideradas nos processos de formulação de políticas públicas em geral. Nesse contexto, vale a preocupação com a invisibilidade dos indígenas nas discussões sobre as desigualdades raciais no mercado de trabalho, bem como sua invisibilidade nos levantamentos sobre a força de trabalho em saúde no Brasil.

Soma-se a este panorama o desenvolvimento de medidas de ações afirmativas para a ampliação do acesso dos povos indígenas na área da educação

(DAVID, MELO, MALHEIRO, 2013; AMARAL, BAIBICH-FARIA, 2012; GARLET, GUIMARÃES, BELLINI, 2010, LIMA, 2012), porém que se mantém inexistentes no campo do trabalho, o que inclui conseqüentemente a falta de medidas de ações afirmativas para captação de indígenas no mercado de trabalho em saúde, mesmo existindo estímulo para a ampliação da formação de profissionais indígenas de saúde.

Essa situação poderá gerar, se não já gerou, descompasso entre a formação e a captação de indígenas pelo mercado de trabalho em saúde, como por exemplo, pela assistência à saúde como área importante na oferta de postos de trabalho na saúde, especificamente no SUS, maior empregador no campo da saúde (KOSTER E MACHADO, 2012).

Considerando todos esses elementos apontados como fios condutores da reflexão sobre a presença dos indígenas na assistência à saúde no Brasil, destacam-se três fatores que justificam o estudo, bem como sua relevância no campo das políticas, programas e ações de gestão do trabalho em saúde: 1 - a ausência de estudos que tracem o panorama da força de trabalho indígena no campo da saúde; 2 - a necessidade de produção de dados sobre as populações indígenas no Brasil; e, 3 - a necessidade de realizar a gestão do trabalho dos indígenas que estão no mercado de trabalho em saúde, tendo como foco principal o combate ao racismo e a discriminação, a saúde do trabalhador e da trabalhadora indígena da saúde e a preservação da diversidade cultural trazida por esses profissionais de saúde.

Vale destacar que esse estudo tem potencial para auxiliar na produção de conhecimento científico tanto sobre os povos indígenas no ensino superior e no mercado de trabalho em saúde quanto sobre a cidadania desses povos, temáticas que se interligam diretamente, porém que são pouco problematizadas de forma integrada. Assim, pode servir de base para discussões, articulações políticas e recomendação de medidas de combate às iniquidades raciais no mercado de trabalho em saúde, bem como para o rompimento da invisibilidade dos indígenas no mercado de trabalho, nos referenciais teóricos e nas políticas que tratam desse campo no âmbito da saúde.

Reconhecendo a integração dessas temáticas, o referencial teórico foi estruturado em quatro capítulos: capítulo 1 - Os povos indígenas do Brasil: história de resistência ao incessante massacre; capítulo 2 – Índio cidadão?; capítulo 3 - Formação de indígenas no ensino superior; e capítulo 4 - Força de Trabalho em Saúde: onde se encaixam os indígenas?