

Saúde Indígena



Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um programa do governo do Brasil que visa a fornecer atendimento médico a comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a Lei Nº 8.080/90, criando-o no Sistema Único de Saúde. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas(DSEI).

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um programa do governo do Brasil que visa a fornecer atendimento médico a comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a Lei Nº 8.080/90, criando-o no Sistema Único de Saúde. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Subsistema de atenção à saúde indígena

Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde - SUS.

A inexistência, até então, de uma Política Setorial no SUS que atendesse a diversidade dos povos indígenas comprometia acesso adequado às ações de saúde, impossibilitando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição, no que diz respeito ao atendimento de saúde diferenciado dos índios.

A população indígena brasileira é estimada em mais de 400.000 pessoas, pertencentes a cerca de 215 povos, falantes de 180 línguas identificadas.

A urgência em formular Política de Saúde que abarcasse as especificidades dos Povos Indígenas, se dava pela precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral.

A proposta formulada pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde foi amplamente discutida com os atores envolvidos (Organizações e Lideranças Indígenas, Universidades, ONG, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde etc.) e aperfeiçoada durante o processo de construção da atual política, em mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas.

O embasamento legal, além das disposições constitucionais e das Leis nº 8.080 e 8.142, se pautou na Medida Provisória n.º 1911-08, de 29 de julho de 1999 e na Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceram a responsabilidade do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde e a definição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vem se dando nestes últimos meses e o objetivo de tornar público essas informações é, por um lado, apresentar uma avaliação dos resultados alcançados até o momento e, por outro lado, permitir a efetivação do controle social sobre o desenvolvimento das ações.

A proposta da Funasa é editar periodicamente o Informe de Saúde Indígena, transformando-o em um instrumento de acompanhamento e avaliação da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, além de criar um espaço para discussão da problemática indígena quanto à qualidade de vida e de saúde, veiculação de artigos e relato de experiências sobre o referido Subsistema.

A política de saúde para os povos indígenas é uma das questões mais delicadas e problemáticas da política indigenista oficial. Sensíveis às enfermidades trazidas por não-indígenas e, muitas vezes, habitando regiões remotas e de difícil acesso, as populações indígenas são vítimas de doenças como malária, tuberculose, infecções respiratórias, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Desde a criação da Fundação Nacional do Índio (Funai), em 1967, diferentes instituições e órgãos governamentais se responsabilizaram pelo atendimento aos índios. As diretrizes foram alteradas diversas vezes, mas, com exceção de casos pontuais, em nenhum momento a situação sanitária nas aldeias foi realmente satisfatória.

Em 1999, uma política de descentralização do atendimento, mediante a assinatura de convênios com prefeituras e instituições da sociedade civil, reduziu a ação direta do Estado e implementou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), gerando alguns resultados positivos.

O subsistema de saúde indígena do Sistema Único de Saúde era então gerido pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que, durante anos, foi alvo de

denúncias ligadas a corrupção e deficiências no atendimento. O movimento indígena lutou para que a gestão da saúde indígena passasse às mãos de uma secretaria específica, diretamente vinculada ao Ministério da Saúde – demanda que foi atendida pela presidência da República no ano de 2010.

Os DSEIs são, atualmente, de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), e foram delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Cada DSEI possui um conjunto de equipamentos que permite a realização do atendimento de casos simples, ficando as ocorrências de alta complexidade a cargo de hospitais regionais, implicando em um aparato para remoção dos doentes.

O controle social se dá por meio dos Conselhos Indígenas de Saúde (Condisi), que garantem, ao menos no plano da legislação, a participação dos índios na gestão dos DSEIs. Os conselheiros são escolhidos pelas comunidades atendidas e participam de reuniões periódicas organizadas pelos gestores de cada DSEI. Na prática, a relação entre os povos indígenas e esses gestores é tensa, permeada por problemas relacionados à gestão e a aplicação de recursos.

A partir de 2005 houve uma explosão nos protestos de diferentes etnias em todo o Brasil, revelando situações de abandono e descaso no atendimento das populações indígenas. Greves se sucederam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) interrompendo o atendimento das populações e permitindo que doenças antes controladas retornassem com força de epidemia. A desnutrição infantil vitima um número crescente de crianças.

A dificuldade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em gerir o sistema chamou a atenção do Ministério Público Federal (MPF). No começo de 2006, o MPF criou um grupo de trabalho para investigar problemas com os convênios firmados com as organizações que realizam o atendimento local e averiguar também a excessiva burocracia da Funasa – que estaria por trás dos recorrentes atrasos nos repasses de recursos e deixaria as aldeias sem médicos ou medicamentos.

Entre os mais de 235 povos indígenas com direito ao serviço de saúde, alguns casos se tornaram emblemáticos e marcaram regularmente o noticiário: as mortes por desnutrição das crianças Guarani Kaiowá no Mato Grosso do Sul, a volta da epidemia de malária entre os Yanomami de Roraima e Amazonas, o alto índice de vítimas fatais causados por acidentes ofídicos no Alto Rio Negro, o falecimento de dezenas de crianças Apinajé no Tocantins e Marubo do Vale do Javari, no Amazonas. Nem o Parque Indígena do Xingu, espécie de cartão-postal da política indigenista oficial e que conta há 40 anos com a presença de médicos da Universidade Federal de São Paulo, se vê livre de sérios

problemas: atualmente uma epidemia de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) avança sobre a população xinguana, causando, como mais grave consequência, a morte de mulheres por câncer de colo de útero.

A incidência de doenças como a malária, a tuberculose e DSTs tem avançado sobre povos indígenas de diferentes regiões do país, o que revela a decadência do atendimento e o sucateamento da infra-estrutura de saúde. As lideranças indígenas reclamam da falta de microscópios e lâminas, medicamentos, meios de transporte e combustível nos postos de atendimento no interior das Terras Indígenas. Também afirmam que a formação de agentes indígenas de saúde caminha em ritmo lento, e que a capacitação dos servidores não-índios permanece insatisfatória. Nesse cenário, as iniciativas promissoras de educação para a saúde foram canceladas, a instabilidade no repasse de verbas tornou-se constante e as ações das equipes de saúde, insustentáveis.

Os problemas relacionados à gestão desses recursos e às atribuições das conveniadas estão no centro da situação calamitosa denunciada pelos índios. Mesmo com a destinação de milhões de reais repassados aos 34 DSEIs anualmente, a morosidade e a burocratização no repasse dos recursos federais às entidades conveniadas causam constantes atrasos no pagamento de salários e na quitação de dívidas com os fornecedores. A centralização da compra de medicamentos e a contratação de horas de voo pela Funasa revelaram-se ineficientes, consumindo os recursos públicos enquanto a situação sanitária nas áreas indígenas piora.

Como se viu em todo o país, a FUNASA demonstrou, em quase duas décadas, não ter a capacidade necessária para se responsabilizar pela saúde indígena. Contando com um quadro de pessoal improvisado, insuficiente e inadequado, tanto no nível central com em suas Coordenações Regionais, e sob forte influência política, cujo resultado foi o absoluto loteamento da instituição, a fundação não apenas teve um desempenho técnico muito aquém dos grandes desafios da saúde indígena, como foi responsável por inúmeros escândalos de corrupção em vários estados.

Por outro lado, as parcerias da FUNASA com as organizações indígenas e ONGs indigenistas, estratégia preferencial adotada em 1999 para a implantação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, foram se desgastando em suas incongruências políticas, administrativas e jurídicas até o ponto de sua inviabilidade. De cara, o modelo de convênio não é um instrumento adequado para ações de caráter contínuo. Além disso, os contratos são regidos pela Instrução Normativa Nº 1 do Tesouro Nacional que, até a sua modificação pela IN Nº 3 do TN em setembro de 2003, era

extremamente vaga em relação à forma de execução dos recursos dos convênios com as ONGs.

O marco regulatório nebuloso e a falta do prometido apoio técnico e administrativo da FUNASA colocaram várias organizações em situação de inadimplência. Em alguns casos, atendendo a interesses anti-indígenas locais, na disputa dos recursos da saúde indígena ou para desmoralizar ONGs que criticavam a política de saúde vigente, auditorias enviesadas da FUNASA passaram a aplicar retroativamente a legislação atual. Assim, procedimentos administrativos idôneos, econômicos e, à sua época, aceitos e até recomendados pela própria FUNASA foram transformados em irregularidades. Para piorar o quadro, desde 2004 os convênios para a saúde indígena passaram, na prática, a meros instrumentos para a contratação irregular de pessoal para o Estado executar suas próprias ações. Esta foi a conclusão do Ministério Público do Trabalho em seu relatório sobre o assunto, baseado numa profunda avaliação de vários convênios espalhados pelo país.

Por todas essas razões, há que se substituir o atual modelo por um novo sistema de atenção à saúde dos povos indígenas que seja adequado às diferentes e complexas realidades de cada um e que esteja à altura da grave situação de saúde por quase todos eles enfrentada. Ao mesmo tempo, medidas imediatas precisam ser tomadas para, ao menos, minimizar os danos no inevitável período de transição.

Proposta de Novo Modelo de Gestão da Saúde Indígena:

Transformação dos DSEIs em unidades gestoras;

Subordinação direta dos DSEIs a uma secretaria especial do Ministério da Saúde;

Criação de uma carreira específica para profissionais de saúde indígena com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs, considerando como alternativa, inclusive, a proposta do MS de criação de Fundações Estatais de Direito Privado com esse fim.

A saga das reformas da saúde indígena (1967-2004)

1967 – Criação da Fundação Nacional do Índio (Funai). Ações de saúde esporádicas através das equipes volantes criadas em cada Delegacia regional da Funai. O Ministério da Saúde colaborava com o controle das principais endemias e a Funai assinou, ao longo dos anos, convênios com entidades governamentais e não governamentais de modo a remediar a falta de estrutura adequada. No entanto, em escala e capacidades operacional e administrativa insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

1986 – I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Afirmou: a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas. Primeira proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) sob a gerência do Ministério da Saúde.

1988 - Promulgação da Constituição Federal que estabeleceu em seu artigo 198 as regras gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) (regulamentado pelas leis nº 8.142/90 e 8.080/90): No âmbito da União, a gestão será exercida pelo Ministério da Saúde. Os direitos indígenas são de competência federal.

1991 – Criação da Coordenação da Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS) para atender ao Decreto nº23/91 que transfere da Funai para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para as populações indígenas. Criação do Distrito Sanitário Yanomami pela FNS.

1992 – Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) pela Resolução nº 11 de 13/10/1992. A CISI, formada por representantes do Governo Federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de Universidades e de organizações não-governamentais (ONGs) e por representantes indígenas, tem por atribuição assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.

1993 – II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas reitera a defesa do modelo dos Dseis como base operacional, no nível do SUS, para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas, os quais deveriam ser ligados diretamente ao MS e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Definiu o Governo Federal como instância responsável pela saúde indígena do país, não sendo excluídas as contribuições complementares dos estados, dos municípios ou de outras instituições governamentais ou não-governamentais. Defende a criação de uma secretaria especial do MS para a gestão da política de atenção à saúde para os povos indígenas.

1994 – Decreto nº 1.141/94. Revoga o Decreto nº 23/1991. Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a Funai, que fica responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto o MS se encarrega das ações de prevenção.

1999 – Decreto nº 3156/99 e “Lei Arouca” (nº 9.836). A saúde volta a ficar a cargo do MS: “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para

a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa.” São definidos e implantados 34 Dseis em todo Brasil, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da estratégia de descentralização via convênios firmados com organizações da sociedade civil - associações indígenas e indigenistas - e alguns municípios.

2004 – A Funasa divulga as portarias nº 69 e 70 determinando as novas diretrizes da saúde indígena. Com essa ação a Funasa recupera a execução direta do atendimento e reduz o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento de índios das aldeias e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos. (Elaborado por Urihi – Saúde Yanomami)

Saúde dos índios no Brasil

A saúde indígena é um tema central na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos, dada a precária situação, em termos de acessos aos serviços, a que eles estão submetidos no Brasil. Para melhor compreensão acerca da realidade brasileira, é necessário resgatar alguns princípios sobre saúde e o entendimento do processo saúde e doença, levando-se em conta as especificidades culturais de cada uma das etnias presentes no País.

Segundo os princípios que constam no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001,

“... cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenções, promoções, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo...”.

Foi dessa compreensão, que emergiu a necessidade de entender que o processo saúde e doença é parte integrante de contextos socioculturais e, portanto, deve ser abordado, no âmbito das políticas de saúde, de forma a contemplar a participação social, a intersetorialidade, a integralidade das ações e, sobretudo, a diversidade cultural, em se tratando das populações indígenas.

A antropóloga Luciane Ouriques Ferreira analisando acordos e posições dos representantes do Estado e de comunidades indígenas nos encontros realizados no Acre, em 2006, reunindo médicos, parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde de diferentes etnias considera que as medicinas tradicionais indígenas podem ajudar a ampliar a cobertura dos serviços de

atenção à saúde dos povos indígenas em regiões de difícil acesso, bem como contribuir para a atenção diferenciada e integral, mas, para isso, os profissionais de saúde precisam comunicar-se de forma intercultural e construir, junto com as comunidades, rotinas de cuidados que articulem saberes e práticas de horizontes epistemológicos distintos

Na III Conferência Nacional de Saúde Indígena constatou-se precariedade das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral. Destacam-se nesse quadro que o perfil epidemiológico dos povos indígenas é marcado por altas taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias, diarreicas, doenças imunopreveníveis, malária e tuberculose, cardiopatia, doenças hemofílicas, doenças renais, câncer e outros.

Conforme os dados estatísticos quanto à saúde indígena, é possível compreender e analisar melhor a situação da saúde dessas populações. Toda a precariedade da saúde indígena se revela nas estatísticas. A FUNAI reconhece que a mortalidade infantil entre os povos indígenas é superior à média nacional. Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil em 2004 alcançou 25,1 para cada mil, e no caso dos indígenas ele alcançou, no mesmo ano, 47,48 para cada mil.

No Acre, o IBGE divulgou um estudo que mostra que o nível de mortalidade de crianças indígenas é vinte vezes maior que o indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de três mortes para cada mil nascidos vivos.

Considerando a distribuição por faixas etárias, vemos que, entre os menores de um ano, a causa mais freqüente de morte, no período de 2001 a 2003, está relacionada às afecções pré-natais, as quais estão intimamente ligadas às condições de saúde e nutrição, ao nível de escolaridade e de vida das mulheres, como também à qualidade da atenção no pré-natal e no parto. Os dados mostram que, para cada mil nascidos vivos, 60 acabaram morrendo devido à falta do exame pré-natal, à falta de higiene e a questões culturais.

Quase 50% das mortes são registradas entre menores de cinco anos de idade. As causas mais freqüentes são doenças transmissíveis, principalmente infecção respiratória, parasitose intestinal, malária e desnutrição.

As principais causas dos óbitos na população indígena adulta, em 2003, foram externas, seguidas das doenças do aparelho circulatório, respiratório e as doenças infecciosas e parasitárias.

Estes e outros se apresentam como grandes desafios neste momento histórico que vive as comunidades indígenas no Amazonas, na caminhada já iniciada há tempo pela garantia dos direitos e pela melhoria da vida das famílias.

O Instituto e Centro de Referência e Apoio à Saúde Indígena, através de vários atendimentos médicos realizados nas comunidades indígenas e na casa de saúde do índio (CASAÍ), têm contribuindo a este processo. A partir das necessidades que foram surgindo nas comunidades e no contexto da caminhada da organização indígena.

A necessidade da oferta deste projeto é fruto dos debates e discussões desenvolvidos no seio das organizações indígenas junto a outras entidades que apóiam a caminhada destes povos, entre as quais destaca o Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH da Arquidiocese de Manaus, parceira direta na elaboração e execução desta proposta, e Casa de Saúde Indígena (CASAÍ), aonde, o Instituto vem prestando atendimento médico e realizando articulações na rede de atendimento do SUS.

Principais proposições da III Conferência

Garantir a assistência integral em todos os níveis da atenção primária e promoção da saúde à hospitalar

Implantar e implementar ações de Vigilância em Saúde destacando a Vigilância Epidemiológica com atenção especial às DST Doenças Sexualmente Transmissíveis e Ambiental

Fortalecimento do controle social;

Formação dos agentes de saúde indígena promovendo seu reconhecimento e inserção social

Desenvolvimento e/ou contratação de recursos humanos para os distritos sanitários indígenas com formação adequada para trabalharem com culturas diferenciadas.

Implantar e implementar os diversos programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde nas áreas indígenas (Sendo os programas Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Vacinação; Saúde da Mulher c/ Assistência pré natal e obstétrica e Controle de Zoonoses considerados prioridade)

Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) para constituírem referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental.

Promover articulações para aperfeiçoamento de medidas que proíbem a venda de bebida alcoólica aos índios com envolvimento do Ministério Público, estabelecendo medidas punitivas para coibir funcionários públicos civis e militares e trabalhadores de saúde que comercializam e/ou promovem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A Constituição Federal da República Federativa do Brasil reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são reafirmados pela Convenção no. 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto no. 5.051, de 19 de abril de 2004 cujos princípios já se encontravam, contudo, contemplados na Carta Magna.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal.

A saúde indígena é regida por um conjunto de normas que têm como objetivo o estabelecimento de mecanismos específicos para a atenção à saúde indígena, conformando um subsistema no interior do Sistema Único de Saúde.

O Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. O território que delimita estes distritos respeita a distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde pelos povos indígenas.

As terras Yanomami vão da Serra de Surucucu, no extremo oeste de Roraima, ao estado do Amazonas. Os agentes de saúde só conseguem acessá-las de avião ou helicóptero. Passam, alternadamente, 30 dias na floresta trabalhando, e 15 em suas casas. O contato dos Yanomami com não indígenas ainda é relativamente recente. “Nas aldeias de recente contato, quem chega é a saúde. Nelas, o acesso se dá fundamentalmente pelos enfermeiros e técnicos”

Os povos indígenas desde os tempos anteriores à colonização europeia possuem seus sistemas tradicionais de saúde indígena, que articulam os diversos aspectos da sua organização social e da sua cultura, a partir do uso das plantas medicinais, rituais de cura, e práticas diversas de promoção da

saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais. As medicinas tradicionais indígenas obedecem a níveis de causalidade e itinerários terapêuticos distintos do modelo biomédico ocidental, e procuram restabelecer o equilíbrio entre o indivíduo e o mundo. As medicinas tradicionais são diferentes, mas não menos importantes do que a medicina ocidental, e devem estar sempre presentes em qualquer trabalho de saúde com povos de culturas diferenciadas.

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), desde a sua fundação no ano de 1972 busca articular suas ações na área da saúde indígena com as comunidades, valorizando suas formas próprias de organização. Os Encontros Nacionais de Saúde Indígena, promovidos anualmente pelo CIMI, a partir do ano de 1978, com a participação de lideranças indígenas e parceiros do movimento indígena ligados a universidades e centros de formação e pesquisa, representaram um importante espaço de discussão e troca de experiências. Como resultado destes encontros houve a elaboração de um documento com as diretrizes sobre atenção diferenciada à saúde aprovadas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena em 1986, e a proposição do modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aprovado na IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 e na II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em 1993.

Os princípios para a constituição e consolidação desta política de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas estão embasados nos seguintes marcos referenciais:

- Reciprocidade: busca uma coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de intervenção na saúde, tanto em nível da troca de experiências como da oportunidade de decisão;
- Eficácia Simbólica: busca uma compreensão ampla do universo simbólico indígena como condição indispensável para a atuação em saúde, através da aproximação entre medicina e cultura;
- Integralidade: busca uma visão abrangente da problemática indígena, atuando sobre os determinantes históricos, sociais, culturais e ambientais da saúde, de uma forma global e criativa;
- Autonomia: busca a autogestão e a gestão participativa nos programas de saúde implementados nas comunidades, dentro da perspectiva maior da autonomia dos povos indígenas.

A articulação das ações na área da saúde indígena com as comunidades e suas formas próprias de organização deve ter como prioridade os seguintes indicativos e linhas de ação:

- Formação, capacitação continuada e acompanhamento dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), valorizando os conhecimentos históricos da medicina indígena e trazendo novos conhecimentos para que esses agentes realizem as ações concretas de prevenção, educação e promoção da saúde nas comunidades em que atuam;
- Mobilização das lideranças indígenas por meio de informações sistemáticas e cursos para que, dessa forma, exijam a formação e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) com autonomia administrativa e financeira e com ampla participação indígena em todas as etapas do planejamento e execução da política de saúde;
- Luta, em conjunto com o movimento indígena, para a implementação definitiva do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), com base nos DSEIs, tendo como responsável o Ministério da Saúde pela gestão do subsistema e o rompimento em definitivo do modelo de terceirização;
- Constituição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde em todas as regiões, assim como investir na formação continuada nas comunidades para a efetiva participação no controle social da política de saúde, bem como apoiar e assessorar a realização dos cursos para Conselheiros Indígenas de Saúde nas aldeias.

Os povos indígenas, desde a chegada dos colonizadores (invasores), sofrem maus tratos, trabalhos forçados, confinamentos e sedentarização. Centenas de povos desapareceram com o processo de colonização, onde se destacaram as práticas da escravidão, das chacinas, das guerras, e das epidemias por doenças infecciosas. Desta forma, podemos afirmar que a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas sempre foi marcada pelo preconceito e pelo descaso. As políticas implementadas desde o período colonial visavam à integração ou ao extermínio dos mais diferentes povos, e a perspectiva de integração destes à sociedade nacional justificou diversas ações etnocidas. Considerados “entraves ao desenvolvimento”, o destino dos povos indígenas sempre foi traçado nos termos do dominador. O direito de existência futura, com distintos modos de pensar, de organizar-se e relacionar-se com o mundo, sempre lhes foi negado. A falta de políticas públicas relativas à educação e saúde, e a demarcação de territórios insuficientes para o modo de vida tradicional, são respostas históricas com premissas integracionistas. Não é à toa que o atendimento à saúde restringe-se a medidas paliativas e emergenciais.

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que se destinava a proteger os índios e integrá-los progressivamente à comunhão nacional, bem como esvaziar as terras por eles

habitadas para que fossem entregues ao sistema de produção e exploração. A assistência à saúde prestada aos povos indígenas continuou desorganizada e era exercida de forma precária. As ações se destinavam aos casos emergenciais ou inseridos em processos de “pacificação”. Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde. Tinha como objetivo prestar assistência na área de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. As ações eram de vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

No ano de 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), que nasceu em função de denúncias contra o SPI. No âmbito da Funai foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Estas passaram a prestar serviços médicos esporádicos, realizando vacinação e supervisionando os poucos trabalhos de saúde nas aldeias, quase que exclusivamente prestados por auxiliares ou atendentes de enfermagem. As EVS existiram até a década de 1970. No ano de 1986 ocorreu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu os princípios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado na Assembleia Constituinte de 1988. Esta Conferência contou com a participação de um pequeno grupo de lideranças indígenas e organizações de apoio, e propôs pela primeira vez em caráter oficial um modelo de atendimento específico e diferenciado aos povos indígenas do Brasil.

De acordo com as deliberações aprovadas, os povos indígenas deveriam ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. Este modelo de assistência específico e diferenciado lançou as bases para a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob a gestão direta do Ministério da Saúde.

Indígenas

São designados como povos aborígenes, autóctones, nativos, ou indígenas aqueles que viviam numa área geográfica antes da sua colonização por outro povo ou que, após a colonização, não se identificam com o povo que os coloniza. A expressão povo indígena, literalmente "originário de determinado país, região ou localidade; nativo", é muito ampla, abrange povos muito diferentes espalhados por todo o mundo. Em comum, têm o fato de que cada um se identifica com uma comunidade própria, diferente acima de tudo da cultura do colonizador.

A ONU definiu em nota técnica que:

“ As comunidades, os povos e as nações indígenas são aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos

A presença dos índios no território brasileiro é de cerca de 12.000 anos anterior ao processo de ocupação estabelecido pelos colonizadores que chegaram no território onde é o atual Brasil. Segundo estimativas de alguns documentos feitos na atualidade, a população indígena brasileira variava entre três e cinco milhões de habitantes indígenas. Nessa vasta população, havia a presença de etnias de diferentes filiações linguísticas, entre as quais podem-se citar os panos, caribes, tupi-guaranis, jês e outros.

Aponta-se para uma tendência do índio passar a viver em cidades para poder estudar e ter acesso a outros recursos. Com isso há o risco de favelização diante das dificuldades para se manter no meio urbano

Reservas indígenas no Brasil

Como o próprio nome diz, Reservas Indígenas no Brasil, são áreas federais reservadas para a utilização dos indígenas brasileiros para servir-lhes como meio de subsistência. Essas áreas são importantes para conservação cultural brasileira. Em 2008, as áreas de reservas destinadas a grupos de indígenas no Brasil ocupavam cerca de 12,5% do território nacional.

Assistência à saúde após a Constituição de 1988

A Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, aprovou a mudança no paradigma da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, substituindo a perspectiva da integração compulsória pelo respeito à especificidade cultural e social de cada povo. Em 1991, por pressão

do movimento indígena em todo o país e atendendo a determinação constitucional que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde (MS), através do Decreto nº. 23/91 da Presidência da República. Foi então constituída a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS), com a incumbência de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena, de forma compartilhada com a Funai.

Ainda em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou através da Resolução CNS nº. 011 de 31 de outubro a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), formada por representantes do governo federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de universidades, organizações não governamentais (ONGs) e por representantes indígenas. O objetivo era assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes das políticas no campo da saúde indígena, assim como no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersectorial com órgãos dos governos e com a sociedade civil organizada. Dentre as atribuições da CISI, ressalta-se a realização de estudos e produção de conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas, que se transformam em propostas e recomendações ao plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Anualmente, é apresentado o calendário das reuniões e o plano de trabalho, com base no planejamento do CNS, nas propostas da Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde Indígena, e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Em 1991 foi criado o Distrito Sanitário Yanomami, como projeto piloto do modelo de “distritalização diferenciada” prevista no Decreto 23/91, em resposta ao clamor desencadeado pela situação de genocídio e calamidade sanitária que vivia o Povo Yanomami em consequência da invasão devastadora de garimpeiros em seu território, apoiados pelos políticos do estado de Roraima. Este distrito foi pioneiro na aplicação dos critérios demográficos, geográficos e culturais na definição do modelo de gestão, contando com financiamento próprio e recursos humanos capacitados para atuação em contexto intercultural.

Em 1993, por iniciativa e pressão do movimento indígena, foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que reiterou a defesa do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a política de atenção à saúde das populações indígenas. Os distritos seriam vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Ficou também definido que no âmbito do governo federal haveria uma instância responsável pela saúde indígena do país. Já em 1993 os povos indígenas reivindicavam a criação de

uma secretaria especial para a gestão da política nacional de atenção à saúde indígena.

A partir de 1993, começaram a ser criados em todo o país os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), que reuniam representantes do governo, universidades, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas. Em 1994, por iniciativa do movimento indígena e com a aprovação dos respectivos NISI, foram criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, que se tornaram modelos e referência para a criação de outros distritos pelo país. O modelo assistencial implementado nestes distritos tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde indicados e acompanhados pelas próprias comunidades, e o forte protagonismo indígena no processo de autogestão da atenção básica à saúde indígena nas comunidades.

Em 1997 a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS) solicitou a intervenção do Ministério Público Federal (6ª CCR/MPF) em razão da omissão do governo federal em implementar uma política adequada de assistência à saúde indígena. A audiência pública realizada em novembro de 1997 concluiu que a responsabilidade estabelecida na Constituição Federal pela atenção à saúde indígena era do Ministério da Saúde no âmbito federal, e que “a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes”.

Como consequência do aumento das pressões, o governo federal editou em 1999 o Decreto nº. 3.156 e promoveu junto ao Congresso Nacional a aprovação da “Lei Arouca” (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999). Esta lei foi escrita pelo Deputado Sérgio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária, regulamentando as diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, e estava engavetada no Congresso Nacional desde 1994. A política de saúde indígena passou a ser responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde: “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa”. A Lei Arouca determinou que o governo federal instituísse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Foram então criados os 34 DSEIs através da Portaria 852/1999. Em 1999 foi constituído pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, constituído por representantes do governo, universidades, CIMI e organizações indígenas. Esta política foi aprovada em caráter preliminar pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2000, e oficializada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 254 em 31 de janeiro de 2002. O propósito da política era garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde,

de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.

Com a criação do SASI-SUS e dos DSEIs, quase todos os serviços de saúde (atenção básica, prevenção e saneamento) passaram a ser executados através de convênios firmados com organizações da sociedade civil - organizações indígenas e indigenistas - e com alguns municípios. A perspectiva, no âmbito do Ministério da Saúde, era de que a União deveria transferir as suas responsabilidades no tocante à gestão e execução das ações em saúde indígena para terceiros. Esta política de parceria proposta pelo governo foi aceita por muitas organizações indígenas e indigenistas com a condição de que seria uma solução temporária, e com base no compromisso assumido pelo governo de trabalhar na construção de um marco regulatório para a relação com estas organizações, e no aprimoramento da capacidade gestora do governo para a execução direta das ações de saúde indígena. Infelizmente isto não foi cumprido até hoje pelo governo federal.

A partir destas mudanças, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde se tornaram inócuas e os Conselhos de Saúde Indígena, em muitos lugares, entes figurativos diante das ações e decisões das entidades conveniadas. O controle social foi sendo paulatinamente desconsiderado por grande parte dos gestores, ampliando com isso os problemas nos espaços de organização dos serviços de saúde. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que seriam a base de toda a política, tornaram-se apenas uma espécie de referência geográfica para que a Funasa pudesse definir os tipos de convênios e as atribuições dos prestadores de serviços. A terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001 foi conduzida pelos agentes da Funasa com o objetivo de referendar a perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social. No ano de 2004 a Funasa, através das portarias nº 69 e 70, estabeleceu novas diretrizes para a saúde indígena, visando recuperar a execução direta e reduzir o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento dos indígenas das aldeias, e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos. No ano de 2006 foi instituído o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena para atuar em caráter consultivo e propositivo, e em consonância com as demais instâncias decisórias do SUS.

No processo de realização da quarta Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2006, várias conferências distritais apresentaram a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em razão do agravamento dos problemas recorrentes de má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa. Esta proposta foi levada ao plenário da etapa nacional da conferência, e acabou derrotada por uma pequena margem de votos, motivando a denúncia

por grande parte da delegação indígena de manipulação nos trabalhos da conferência.

Em 17 de outubro de 2007 foi editada pela Funasa a polêmica Portaria nº. 2.656, que dispunha sobre a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas, revogando a Portaria nº 1.633/GM, de 14 de setembro de 1999. Esta portaria gerou grandes manifestações dos povos indígenas, insatisfeitos com a política que tinha como gestora a Funasa, que reivindicaram a criação de um modelo de política compatível com a Lei Arouca e com as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Indígena. A portaria, além de fortalecer a Funasa, abria perspectivas concretas para a municipalização da saúde indígena, exatamente na contramão do que pretendiam os povos indígenas.

Somente em agosto de 2008, depois das constantes manifestações realizadas pelo movimento indígena contra a Funasa, e das inúmeras denúncias de corrupção e de descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas que vinha gerando avassaladora mortalidade infantil e alastramento de doenças, o ministro da Saúde resolveu ouvir as reclamações e propostas dos povos indígenas. Neste mesmo período, o Tribunal de Contas da União (TCU) desenvolveu uma auditoria sobre a Funasa, com ênfase nas questões relativas à gestão da política de saúde indígena. Concomitante a isso, a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o responsável e, portanto, o gestor da política de saúde, e que a terceirização era uma prática ilegal. No final do ano de 2008, foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3.958 com vistas a alterar a Lei nº. 10.683/2003 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e criar a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, na qual ficaria abrigada a saúde indígena. Na exposição de motivos deste projeto, o ministro da Saúde propôs a transferência das competências e atribuições exercidas pela Funasa para essa secretaria. Ainda fruto das pressões dos povos indígenas, constituiu-se um Grupo de Trabalho com a participação de lideranças indígenas (portarias 3.034/2008 e 3.035/2008 - GAB/MS), cujo objetivo foi o de discutir e apresentar propostas, ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

Depois de dois anos de espera, o governo editou a Medida Provisória nº. 483, aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Lei nº. 12.314/2010 e no dia 19/10/2010 foi editado o Decreto nº. 7.336/2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Este período de transição para a implantação da nova gestão da saúde indígena caracterizou-se por uma gestão compartilhada entre Sesai e Funasa, e apesar do governo ter determinado um prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional, a situação se arrastou por mais

de três anos enquanto a assistência à saúde nas comunidades passava por momentos críticos.

Em 12 de agosto de 2011, foi publicado pela Sesai o edital de chamamento público nº 01/2011 visando à seleção de entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. As entidades selecionadas foram a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) com sede em São Paulo que ficou responsável por 14 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), com sede em Recife, responsável por 5 DSEIs, e a Missão Evangélica Caiuá com sede em Campo Grande, responsável por 15 DSEIs. Esta concentração enorme de recursos e responsabilidades sobre as ações da saúde indígena em apenas três organizações, assim como a falta de transparência na execução deste modelo de relação convenial, têm sido motivo de duras críticas do movimento indígena em todo o país.

Tribo Indígena

Tribo indígena é uma forma de organização social e cultural. Os índios brasileiros se organizam em tribos, sendo que cada índio possui uma função dentro desta organização. Homens são responsáveis pela caça e guerra, mulheres pela comida e agricultura e as crianças brincam e aprendem.

Lideranças da tribo

Cada tribo possui um cacique (espécie de chefe) e um pajé (espécie de sacerdote conhecedor de ervas, rituais e aspectos culturais da tribo).

Diferenças entre as tribos

Cada tribo possui aspectos culturais (danças, jogos, crenças, rituais) que a diferencia de outras.

Exemplos de etnias indígenas brasileiras que se organizavam em tribos:

- Guarani
- Caingangue
- Ticuna
- Terena
- Macuxi
- Guajarara
- Ianomâmi
- Potiguara
- Pataxó
- Xavante

Características da alimentação indígena

Podemos dizer que a alimentação indígena é natural, pois eles consomem alimentos retirados diretamente da natureza. Desta forma, conseguem obter alimentos isentos de agrotóxicos ou de outros produtos químicos. A alimentação indígena é saudável e rica em vitaminas, sais minerais e outros nutrientes.

Como os índios não consomem produtos industrializados, ficam livres dos efeitos nocivos dos conservantes, corantes artificiais, realçadores de sabor e outros aditivos artificiais usados na indústria alimentícia.

Somada a uma intensa atividade física, a alimentação indígena proporciona aos integrantes da tribo uma vida saudável. Logo, podemos observar nas aldeias isoladas (sem contatos com o homem branco), indivíduos fortes, saudáveis e felizes. Obesidade, estresse, depressão e outros males encontrados facilmente nas grandes cidades passam longe das tribos.

Numa aldeia indígena, o preparo dos alimentos é de responsabilidade das mulheres. Aos homens, cabe a função de caçar e pescar.

Principais alimentos consumidos pelos índios brasileiros:

- Frutas
- Verduras
- Legumes
- Raízes
- Carne de animais caçados na floresta (capivara, porco-do-mato, macaco, etc).
- Peixes
- Cereais
- Castanhas

Pratos típicos da culinária indígena:

- Tapioca (espécie de pão fino feito com fécula de mandioca).
- Pirão (caldo grosso feito de farinha de mandioca e caldo de peixe).
- Pipoca
- Beiju (espécie de bolo de formato enrolado feito com massa de farinha de mandioca fina).

Índios Isolados do Brasil

Quem são

Os índios isolados são aqueles cujas tribos não tiveram contato com outras culturas. Esses índios não receberam nenhum tipo de influência cultural dos homens brancos, ao contrário do que aconteceu com a maioria dos povos indígenas desde a chegada dos portugueses e espanhóis à América.

Como vivem

Os índios isolados vivem em suas terras de acordo com sua cultura original, utilizando-se de sua língua nativa. Eles não conhecem nenhum tipo de tecnologia ou objetos da sociedade brasileira. Os índios isolados também não possuem contato com outras tribos indígenas.

Em alguns momentos, estes índios já tiveram contato visual com homens brancos, porém nunca se aproximaram, pelo contrário, fugiram para defender suas terras e cultura. Quando homens de outra cultura chegam perto de suas terras, eles recuam, evitando o contato, e buscando novas áreas de habitação.

Onde vivem

De acordo com dados da Funai (Fundação Nacional do Índio), existem tribos de índios isolados vivendo atualmente nos estados do Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Maranhão e Mato Grosso. É a Funai que faz o trabalho de identificação e proteção destas tribos indígenas.

Pelo fato de viverem sem contato com a sociedade externa, pouco sabemos sobre sua língua, hábitos e cultura em geral.

Proteção e preservação da cultura

Para que estes povos continuem vivendo desta forma, é de fundamental importância que haja a demarcação de suas terras, programas de proteção às tribos e preservação do meio ambiente (rios, florestas, fauna) onde vivem. Este trabalho tem sido feito nas últimas décadas pela Funai.

Vida dos Índios

Os índios possuem uma maneira própria de organizar a vida. Entre eles tudo é dividido com o objetivo de fazer a aldeia funcionar em harmonia. A divisão de trabalho, por exemplo, segue basicamente critérios de idade, sexo e acúmulo de conhecimento e cultura. Na grande maioria das aldeias indígenas brasileiras esta divisão funciona como podemos observar abaixo.

Funções e divisão do trabalho entre os índios brasileiros:

- Homem adulto: são responsáveis pela caça de animais selvagens. Devem garantir a proteção da aldeia e, se necessário, atuarem nas guerras. São os homens que também devem fabricar as ferramentas, instrumentos de caça e pesca e a casa (oca).

- Mulheres adultas: cabe às mulheres cuidarem dos filhos, fornecendo-lhes alimentação e os cuidados necessários. As mulheres também atuam na agricultura da aldeia, plantando e colhendo (mandioca, milho, feijão, arroz, etc). As mulheres também devem fabricar objetos de cerâmica (vasos, potes, pratos) e preparar os alimentos para o consumo. Devem ainda coletar os frutos, fabricar a farinha e tecer redes (artesanato).

- Crianças: os curumins da aldeia (meninos e meninas) também possuem determinadas funções. Suas brincadeiras são destinadas ao aprendizado prático das tarefas que deverão assumir quando adultos. Um menino, por exemplo, brinca de fabricar arco e flecha e caçar pequenos animais. Já as meninas brincam de fazer comida e cuidar de crianças, usando bonecas.

- Cacique: é o chefe político e administrativo da aldeia. Experiente, ele deve manter o bom funcionamento e a estrutura da aldeia.

- Pajé: possui grande conhecimento sobre a cultura e religião da tribo. Conhece muito bem o poder das ervas medicinais e atua como uma espécie de “médico” e “curandeiro” da aldeia. Mantém as tradições e repassa aos mais novos através da oralidade. Os rituais religiosos também são organizados pelo pajé.

Diversão

Além de trabalharem, os índios também se divertem. Nas aldeias, eles fazem festas, danças e jogos. Porém, estas formas de divertimento possuem significados religiosos e sociais. Dentre os jogos, por exemplo, destacam-se as lutas. Estas são realizadas como uma forma de treinamento para guerras e também para desenvolver a parte física dos índios.

Reservas Indígenas no Brasil

As reservas indígenas são terras de posse e ocupação dos povos indígenas brasileiros. Elas têm como origem a desapropriação ou compra pela União, como também doações realizadas por terceiros (empresas, pessoas físicas, municípios, instituições e etc.). Vale dizer que as terras das reservas indígenas são destinadas ao uso dos povos indígenas, não podendo ser comercializadas ou emprestadas para outros fins, pois são também patrimônio da União.

Vale ressaltar que estas reservas são previstas e regulamentadas no Estatuto do Índio, conjunto de leis decretadas e sancionadas pelo governo federal do Brasil (Lei 6.001 de 19 de dezembro de 1973).

Reservas indígenas regularizadas e encaminhadas

As reservas indígenas regularizadas são as terras adquiridas pela União com registro em cartório. A posse e o usufruto destas terras são de exclusividade

dos povos indígenas que as habitam. Atualmente (abril de 2015), existem trinta e seis reservas indígenas regularizadas (cerca de 64,5 mil hectares).

Existem também as Encaminhadas com Reserva Indígena, que estão em processo administrativo, ou seja, em vias de aquisição ou desapropriação. Atualmente (abril de 2015), existem 15 áreas nestas condições (cerca de 60 mil hectares).

Importância e objetivos

As reservas indígenas são de extrema importância para os povos indígenas do Brasil. Servem para que estes possam viver, manter suas culturas e garantir meios de subsistência. Desta forma, estes povos podem usufruir os bens e riquezas naturais existentes nestas terras.

Exemplos, localização e etnia que a habita:

- Reserva Indígena Aconã – Traiú-AL – Tingui-Botó
- Reserva Indígena Águas Claras – Major Gercino-SC – Guarani Mbya
- Reserva Indígena Estrada do Mar – Osório-RS – Guarani Mbya
- Reserva Indígena Fazenda Canto – Palmeiras dos Índios-AL – Xucuri-Kariri
- Reserva Indígena Ibotirama – Ibotirama-BA – Tuxá
- Reserva Indígena Takuari – Eldorado-SP – Guarani
- Reserva Indígena Tuxá de Inajá – Inajá-PE – Inajá
- Reserva Indígena Vargem Alegre – Serra do Ramalho-BA – Pankararú

Saúde Indígena

O novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de então a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Entre as atribuições da Sesai estão: criar as condições necessárias para que os distritos tenham autonomia administrativa e financeira e sejam, com isso, transformados em unidades gestoras do SUS; garantir orçamentos próprios e administrados através dos Fundos Distritais de Saúde; ter um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs; assegurar que os chefes ou coordenadores dos distritos sejam aprovados pelos conselhos distritais; garantir que o controle social seja efetivo, com participação indígena legítima em todas as instâncias de decisão; formar um quadro estável de recursos humanos (servidores públicos), adequado às necessidades estratégicas da gestão, através de concurso público diferenciado e que assegure a participação indígena nos processos de seleção; e assegurar que no órgão gestor da saúde indígena os servidores tenham perfil técnico independente das ingerências políticas.

A atenção à saúde indígena no Brasil desde o anúncio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 tem se caracterizado por uma grande inoperância e omissão, agravando ainda mais o cenário da crise interminável que atinge a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas. O Ministério Público Federal (MPF) através da Sexta Câmara de Coordenação e Revisão, responsável pela defesa dos direitos dos povos indígenas e outras minorias étnicas, realizou em dezembro de 2012 o 'Dia D da Saúde Indígena', com a finalidade de chamar a atenção do poder público e da sociedade brasileira para o triste quadro da saúde indígena no Brasil. Segundo o MPF, este não é um problema localizado, pelo contrário, está distribuído de forma absolutamente igual em diferentes estados da Federação: "São comuns os relatos de morte de pacientes nas aldeias em razão da demora nas remoções, ausência de medicamentos básicos nos postos de saúde, inexistência de médicos e odontólogos para o atendimento nas comunidades, falta de estrutura nas Casas de Saúde Indígena (Casai), que muitas vezes estão em situação de completo abandono, e a enorme quantidade de motores e barcos quebrados, entre tantos outros fatores evitáveis de óbito".

Também no final de 2012, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) divulgou carta encaminhada ao Ministro da Saúde manifestando o clamor crescente de lideranças, comunidades e organizações indígenas de todo o Brasil, e sua indignação pelo preocupante quadro de caos e calamidade em que se tornou o atendimento à saúde indígena, em condições semelhantes à época da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). O documento solicitava uma intervenção efetiva na Sesai para que esta venha a cumprir de fato a sua missão, conforme as expectativas nela depositadas desde a sua criação, como fruto da luta dos povos e organizações indígenas do Brasil

Para exemplificar essa triste realidade, pode-se recorrer às informações divulgadas pelo Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) relativas ao período compreendido entre 2010 e 2012. Naquele estado, 118 crianças morreram ao nascer, outras 208 crianças foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida, e 87 morreram antes dos cinco anos. Esses números correspondem a índices muito superiores aos verificados na média nacional, que são de 23 mortes para cada mil nascidos vivos. Lideranças indígenas do Conselho da Aty Guasu denunciam que a mortalidade infantil está inserida no contexto de uma política de Estado que promove o genocídio silencioso dos povos Guarani e Kaiowá. Os dados do próprio governo sobre a baixa execução orçamentária, bem como aqueles sobre a mortalidade infantil, sobre epidemias de doenças e a expectativa de vida, que em algumas regiões do país está abaixo de 40 anos (enquanto a média nacional é superior a 70 anos) são reveladores de que a política de atenção à saúde das populações indígenas é ineficiente, inaceitável e pode ser caracterizada como criminosa . Infelizmente não se trata de uma realidade pontual ou isolada, mas sim de uma grave situação que atinge todos os povos indígenas na atualidade.

Os dois pilares da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deveriam ser a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e o efetivo controle social com gestão participativa. A autonomia administrativa e financeira dos DSEIs foi a principal razão da luta pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena em substituição ao modelo autoritário e burocrático implementado até então pela Funasa. Esta autonomia não pode se resumir a meros procedimentos administrativos na realização de despesas, enquanto as decisões políticas ficam centralizadas nas instâncias centrais da Sesai em Brasília, mas deve promover a democratização da saúde e o fortalecimento do protagonismo e do poder de decisão dos povos indígenas em suas comunidades e regiões. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena desde os seus primeiros passos, no início da década de noventa, sempre esteve imerso em um ambiente institucional burocrático, tecnicista e autoritário. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de conter em seus princípios constitucionais as diretrizes teóricas da democratização e da descentralização das decisões, cada vez mais padece dos mesmos males, a ponto de grande parte dos conselhos e das próprias conferências de saúde terem se tornado hoje simples figuras decorativas nas mãos dos gestores políticos da saúde pública no país. A convocação da quinta Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2013 com o tema “Subsistema de Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, mais uma vez foi fruto de uma intensa mobilização do movimento indígena, inconformado com a morosidade do governo federal em promover a implementação efetiva da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Os povos indígenas e suas entidades representativas, no entanto, estão acompanhando à distância os preparativos e a realização das etapas locais e distritais desta conferência.

As Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena, que deveriam se constituir em espaços primordiais de debates, avaliações e definições de propostas a serem encaminhadas para a etapa nacional, têm acontecido sem a efetiva participação das comunidades e de suas lideranças. Na maioria das regiões do país, as etapas locais e distritais vêm sendo realizadas longe das aldeias, geralmente em hotéis ou sedes da Funasa ou da Sesai, como ocorreu no Rio Grande do Sul por ocasião da conferência local do Distrito Sanitário Indígena do Litoral Sul. Os lugares das reuniões, quando geograficamente distantes das comunidades, são espaços impróprios pela sua artificialidade, uma vez que em nada lembram as realidades onde vivem os povos indígenas. As comunidades, em sua maioria, estão submetidas a condições inadequadas de sobrevivência pela ausência de saneamento básico, assistência médica e de ações preventivas, que poderiam impedir as mortes de crianças por viroses ou doenças relacionadas a verminoses e parasitoses, como ocorre atualmente. O fato de as etapas locais da quinta Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorrerem distante das aldeias é ainda mais grave porque impede que aquelas pessoas que vivenciam cotidianamente os graves problemas decorrentes da desassistência, participem das discussões, avaliações e apresentem suas críticas e propostas.

Somado a isto, têm acontecido com frequência atrasos na liberação dos recursos previstos no orçamento, provocando o esvaziamento destas etapas fundamentais para os objetivos da conferência. O segmento dos prestadores de serviços, como regra, tem estado restrito nestas conferências quase exclusivamente aos servidores da Sesai e dos DSEIs, excluindo todas as entidades do movimento indígena que tiveram um papel determinante na criação do Subsistema de Saúde Indígena, e que prestam efetivos serviços de saúde, como apoio ao controle social, formação e educação em saúde, segurança alimentar, saúde do meio ambiente, e fortalecimento da Medicina Tradicional Indígena. Estes aspectos são componentes essenciais da Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena, mas muito pouco valorizados pela atual gestão da saúde indígena no país.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são essenciais no novo modelo de atenção à saúde. Cada distrito deve estar organizado em uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A constituição da rede de serviços tem como base de organização os serviços de saúde existentes nas aldeias, e deve ser adequada e ampliada de acordo com as necessidades locais. Cada comunidade deve contar com a atuação de um Agente Indígena de Saúde, com atividades vinculadas a um posto de saúde, além de Agentes Indígenas de Microscopia, Agentes Indígenas de Endemias, Agentes Indígenas de Saneamento, Agentes Indígenas de Saúde Bucal, e Técnicos de Enfermagem,

de Laboratório e de Higiene Dental Indígenas, levando em conta a realidade local.

Os processos de reconhecimento e regularização profissional dos Agentes Indígenas de Saúde estão igualmente paralisados desde a criação da Sesai, assim como o compromisso assumido pelo órgão de realização de processos seletivos diferenciados para a sua contratação. A própria exigência de indicação dos Agentes Indígenas de Saúde pelas comunidades, prevista nas deliberações de todas as conferências, está sendo substituída pela aplicação de provas escritas por parte dos técnicos dos distritos para a seleção dos agentes. Entre as medidas mais urgentes que devem ser cobradas do governo federal estão a realização de um Processo Seletivo Diferenciado para a contratação dos profissionais indígenas, e a decisão política de realização no menor prazo possível de um Concurso Público Específico e Diferenciado para a contratação dos profissionais para a atenção à saúde indígena, que assegure a escolha de profissionais com perfil e histórico de comprometimento e respeito pelas comunidades indígenas, bem como a participação efetiva das comunidades no processo de seleção destes profissionais.

Sobre os Índios do Brasil

- A população indígena no Brasil atual é de 897 mil habitantes (dados do Censo de 2010 – IBGE), correspondendo a 0,47% da população brasileira. São, aproximadamente, 305 etnias indígenas.
- Atualmente existem 274 línguas indígenas no Brasil. Não foram contabilizadas as línguas faladas pelas tribos isoladas, pois não há contato entre elas e os homens brancos.
- Quando os portugueses chegaram ao Brasil em abril de 1500, existiam cerca de 1.300 línguas indígenas faladas por diversas nações e tribos.
- Existem várias palavras que foram incorporadas pela Língua Portuguesa que são de origem indígena. Exemplos: açaí, caipira, canoa, mandioca, uirapuru, arapuca, caju, pipoca, tapioca, e canga.
- Existem também vários nomes de bairros, cidades e rios que são de origem indígena. Exemplos: Jundiaí, Mooca, Anhangabaú, Ipanema, Uberaba, Mairiporã, Bangu, Grajaú, Itapemirim, Ibirapuera, Tuiuti, Guarujá e Paraná.
- Exemplos de pratos típicos da culinária brasileira, que são de origem indígena são: tapioca, pirão, beiju, pipoca.

- Quando entraram em contato pela primeira vez com os portugueses, em abril de 1500, os indígenas brasileiros estranharam muito o cheiro, provavelmente ruim, dos visitantes. Enquanto os índios se banhavam até mais do que uma vez por dia, os europeus estavam acostumados a ficar vários dias sem tomar banho.
- Os indígenas, neste primeiro contato, também não gostaram da água que os portugueses ofereceram a eles. Os indígenas estavam acostumados a tomar água sempre fresca das fontes. A água que os europeus levavam nas caravelas ficava muito tempo parada e, por isso, deveriam ter um gosto ruim.
- No Brasil, o órgão federal que cuida das políticas indigenistas é a Funai (Fundação Nacional do Índio. Fundada em 1967, ela é ligada ao Ministério da Justiça.
- Na atualidade, a etnia indígena com maior quantidade de índios é a Ticuna (população estimada de 35 mil).
- O primeiro deputado federal brasileiro de etnia indígena foi Mario Juruna. Nascido numa aldeia xavante do estado de Mato Grosso, Juruna foi deputado entre os anos de 1983 a 1987).
- De acordo com dados divulgados pelo IBGE em abril de 2013, 36% dos índios brasileiros vivem em cidades.
- De acordo com dados do IBGE, atualmente 17,5% dos índios brasileiros não falam a língua portuguesa.
- O estado brasileiro que concentra a maior quantidade de índios é o Amazonas. E a cidade que tem a maior quantidade de índios é São Gabriel da Cacheira (Amazonas) com 29 mil indígenas.
- Existem várias famílias linguísticas indígenas no Brasil como, por exemplo, Jê, Karib, Tupi-Guarani, Aikaná, Tukano, Aurak-maipure, Pano, Mondé, Bororo, Aweti e Makú.
- Com a chegada dos portugueses ao Brasil vieram também os vírus tipicamente europeus (principalmente gripe, varíola e sarampo). Os índios brasileiros não possuíam anticorpos contra estes vírus. O resultado foi a morte de milhares de índios que foram contaminados e desenvolveram estas doenças.

- Em muitas tribos indígenas, a passagem dos meninos da infância para a fase adulta é marcada por provas de coragem e resistência. Preparadas pelos adultos da tribo, os jovens índios devem passar por provas que consistem em ser picados por formigas, subir em grandes árvores, enfrentar animais selvagens, pegar colmeia de abelhas ou casa de marimbondos com as mãos, entre outras.

- A maior reserva indígena do Brasil é a Raposa Terra do Sol com, aproximadamente, 1,66 milhões de hectares. Ela está situada na região noroeste do estado de Roraima.

- Quando os portugueses chegaram ao Brasil no século XVI ficaram assustados com a existência de índios que comiam carne humana. Alguns povos indígenas como, por exemplo, os tupinambás, aimorés e potiguares eram canibais. Eles comiam carne humana dos inimigos (mas só dos valentes), pois acreditavam que assim estariam adquirindo a força e valentia deles. Atualmente, não há mais nenhuma tribo que pratique o canibalismo.

- Em algumas tribos indígenas da atualidade a carne de macaco é muito apreciada. As índias preparam a carne cozida e até o cérebro do animal é degustado com prazer por toda tribo.

- Os antepassados dos índios do Brasil, assim como os dos outros povos indígenas americanos, vieram da Ásia há cerca de 40 mil anos. Eles chegaram ao continente, através de um longo processo migratório, passando pelo estreito de Bering (une o Alasca na América à Sibéria na Ásia). Esta passagem, de acordo com historiadores, pode ter ocorrido durante um período de glaciação.

Saúde dos povos indígenas

Pouco mais de cinco décadas atrás, em 1954, um surto de sarampo vitimou 20% dos índios de várias etnias do Alto Xingu. O índice de mortalidade dos povos da região, em decorrência da precariedade da saúde e da alta transmissão da malária, era assustador. Havia alto risco da varíola, altamente letal e ainda não erradicada no Brasil à época. Para essas novas doenças, introduzidas pelo contato com o homem branco, os métodos de cura adotados

pelos pajés muitas vezes eram impotentes. A falta de assistência sanitária regular acentuava o risco de extinção dos cerca de 1.500 índios, distribuídos em 16 etnias que habitavam os 28 mil km² da região. As epidemias, como as citadas, tiveram efeito muito mais letal e intenso que as grandes guerras ocorridas entre diferentes grupos indígenas e a ação predatória dos colonizadores.

O cenário devastador representava um desafio para médicos, antropólogos, sociólogos, historiadores e cientistas sociais que se preocupavam com o destino das comunidades xinguanas. Uma das respostas foi dada pela Escola Paulista de Medicina (EPM) que, a convite do sertanista e então diretor do Parque Indígena do Xingu (PIX), Orlando Villas Bôas, iniciou a implantação de uma atividade pioneira: um programa intitulado Projeto Xingu, que agora completa cinco décadas de existência. Hoje, sob coordenação da médica sanitarista Sofia Mendonça, a iniciativa conta com uma equipe multidisciplinar formada por 17 pessoas entre médicos, enfermeiros, nutricionista, cirurgião dentista e educador, além de historiador, fotógrafo e o corpo administrativo, que visa levar melhores condições de saúde aos índios do parque. Ao todo, mais de 500 pessoas já participaram das atividades de campo desde a criação do programa.

Dentre as principais conquistas do programa, estão o aumento da expectativa de vida dos índios, queda da mortalidade infantil e a erradicação de doenças como sarampo, catapora, poliomielite e difteria. Além disso, os casos de malária, que era a principal epidemia que assolava esses povos, são muito raros e, quando ocorrem, não evoluem para o óbito.

Atualmente, a maioria dos povos superou as epidemias e o risco de extinção. No entanto, todo cuidado ainda é pouco e os índios já esboçam o que esperam dos próximos 50 anos do programa.

Pesquisadores do projeto atuam intensamente na questão da saúde indígena, principalmente em relação às doenças advindas do contato com o homem branco. Essa é a principal ameaça aos xinguanos, porque estão muito vulneráveis, tanto do ponto de vista biológico, quanto do social e cultural. A equipe realiza campanhas frequentes de imunização e vigilância em saúde, em colaboração com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena e o Ministério da Saúde (Sesai/MS).

O contato cada vez mais frequente com a nossa sociedade trouxe também alterações alimentares e, conseqüentemente, novas doenças às aldeias. A entrada de alimentos industrializados, como açúcar refinado, sal, biscoitos, enlatados, bebidas alcoólicas e refrigerantes, contribuíram para o surgimento de um número cada vez maior de índios com sobrepeso, algo que praticamente

inexistia. Começaram também a aparecer casos de alterações na pressão arterial e de diabetes. Além do uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Atualmente são realizadas, pelo menos, seis viagens anuais com duração de 15 a 35 dias. Além da equipe, alunos e docentes da universidade participam dos trabalhos. Nessas idas a campo, além da imunização que é realizada desde o início do programa, é feita a avaliação das gestantes, dos menores de 5 anos de idade, dos pacientes portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, coleta de citologia cervico-vaginal para controle do câncer do colo uterino, acompanhamento de pacientes com tuberculose, bem como a capacitação da equipe local. Há também as oficinas de saúde, nutrição e culinária que são realizadas com os diferentes povos do PIX. Nelas são promovidas ações conjuntas para melhorar a oferta de alimentos e o acompanhamento das crianças desnutridas, além da promoção e valorização da culinária tradicional indígena. Como os alimentos industrializados já são uma realidade cada vez mais latente nas aldeias, regras de preparo e consumo para uma dieta equilibrada também são abordadas.

“Em tempos de comemoração do Projeto Xingu, é importante lembrar que ainda temos o privilégio de compartilhar com esses povos indígenas, sociedades mais igualitárias, ideias e ideais sobre as relações entre as pessoas, sobre a natureza e sobre a vida. Quero aproveitar e fazer um alerta para as ameaças crescentes aos direitos e à vida da população originária do nosso País”, observa Douglas Rodrigues, que já coordenou a iniciativa e hoje atua como chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente, onde está o programa de extensão desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp.

Apesar dos ganhos à saúde da população do Xingu, no sentido de diminuir os casos de mortes em razão das grandes epidemias que assolavam a região, ainda há necessidade de muitos progressos. Os indicadores médios de mortalidade infantil e materna, assim como as taxas médias de incidência de tuberculose e outras doenças infectocontagiosas são duas a três vezes maiores entre os indígenas do que na população brasileira como um todo. Os recursos para a manutenção do programa ainda são insuficientes. Embora existam parcerias com o Ministério da Saúde, o Instituto Socioambiental, o Instituto Caititu, as organizações sociais (OS) e várias associações indígenas, o objetivo delas é auxiliar no trabalho de campo, mas não no sentido de viabilizar o programa economicamente.

A ampliação de recursos é necessária devido à expansão do programa, que hoje não se restringe apenas ao atendimento aos xinguanos. O trabalho também vem sendo desenvolvido com populações ribeirinhas e comunidades tradicionais. Ou seja, o leque de atividades foi expandido para atender a

diversos conjuntos de povos que constituem a grande diversidade da sociedade brasileira.

Desde 2007, a Unifesp oferece cursos de especialização em saúde indígena. É pioneira na América Latina e uma das poucas instituições que possuem no currículo de graduação médica e de enfermagem essa temática. Na especialização, já formou 350 profissionais e outros 400 estão em processo.

Devido à dimensão do programa, o Hospital São Paulo (HSP/HU/Unifesp) também atua em várias frentes, desde a atenção hospitalar no Ambulatório do Índio, do próprio hospital, para os casos de maior complexidade, até o trabalho de campo no Xingu, com a ida de alunos e residentes, além de toda atividade de pesquisa e extensão.

A Unifesp também promove, desde a década de 1990, a formação de indígenas como agentes de saúde e auxiliares de enfermagem. A primeira turma de agentes de saúde se formou em 1996 e, em 2001, outros 16 auxiliares de diferentes etnias xinguanas receberam o diploma. Essa formação de auxiliares de enfermagem indígenas foi um processo inédito, desenvolvido quase inteiramente no interior do PIX, com reconhecimento da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso, Estado com grande população indígena. Embora o projeto inicial contemplasse apenas o Xingu, o governo estadual decidiu ampliar para todas as áreas indígenas da unidade da federação. Dessa forma a universidade ajudou a montar os cursos em outras áreas, nas quais vivem os povos Xavante, Bororo e Pareci. Conhecido como Projeto Xamã, a iniciativa profissionalizou 120 indígenas que estão em atividade.

No entanto, o programa de formação de agentes de saúde está parado há três anos por falta de investimento e articulação governamental com outros centros formadores. A última turma formou-se em 2012, contemplando 55 agentes das etnias Ikpeng, Kĩsêdjê, Yudjá, Trumai, Kawaiwete, Kamaiurá e Wauja, no Polo Pavuru, do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, no PIX.

O perfil epidemiológico entre os povos indígenas muda muito rapidamente no país. Em consequência disso, o programa precisa de adaptação constante. As atividades desenvolvidas e os cuidados precisam ser adequados e ampliados para que o objetivo de colaborar com a atenção, saúde e qualidade de vida dos povos originários do Brasil seja alcançado. Nesse contexto, as viagens também têm por objetivo a capacitação da equipe local de saúde, realização de encontro de mulheres, oficinas de culinária, encontro de jovens, etc. Também são desenvolvidas pesquisas sobre problemas de saúde relevantes para a população.

Um dos principais papéis da equipe é levar atenção médica aos índios, procurando interferir minimamente na cultura. Eles desenvolveram seus próprios sistemas tradicionais de saúde, constituídos por diferentes atores e práticas, como a pajelança, plantas medicinais, rezas e cantos de cura. Isso está ligado ao modo como compreendem o mundo e, conseqüentemente, o processo de adoecimento. Por essas razões, o desafio consiste em desenvolver a escuta, para entender o outro e o que é diferente da nossa cultura.

“Nós mesmos, como profissionais de saúde, temos que nos despir de nosso olhar etnocêntrico, que nos leva a achar que apenas o conhecimento científico e biomédico tem valor. É estratégico entender e valorizar o conhecimento tradicional, para que os modos de ver possam dialogar e as práticas possam ser articuladas, em benefício daqueles que procuram tanto a nós, médicos científicos, quanto aos médicos tradicionais”, comenta Sofia Mendonça, coordenadora do programa.

Por vezes é mais difícil conseguir essa articulação, especialmente em casos mais graves ou naqueles cuja etiologia, para os indígenas, envolve a dimensão espiritual e para a qual eles sabem que a Biomedicina tem menor eficácia. Esses momentos são difíceis, mas sempre é possível o diálogo e o trabalho articulado. Além disso, a maior parte das mortes que ocorrem, especialmente nas crianças, são mortes evitáveis. São situações nas quais uma boa atenção básica pode diminuir significativamente, reduzindo assim as chances de ocorrerem essas situações mais difíceis. Nas raras situações em que não há entendimento, prevalece a decisão da família, que pode seguir uma ou outra orientação, como é de direito.

Os profissionais do Projeto Xingu atuam além das fronteiras do PIX e tentam acompanhar povos em condição de semi-isolamento, ou seja, etnias nas quais as relações com a sociedade do entorno ocorrem de forma intermitente.

Atualmente, a equipe acompanha os Panará – oficialmente o primeiro contato ocorreu em 1973 –, no Mato Grosso; os Txapanawa, que residem no alto do rio Elvira, no Acre; os Zo'é, na Serra do Cuminapanema, no Pará; e os Korubo, no vale do rio Javari, no Amazonas.

De acordo com Douglas Rodrigues, o primeiro contato sempre é uma situação tensa, tanto para a equipe quanto para os indígenas. “Pouco sabemos uns dos outros e por isso não sabemos exatamente como vão reagir”, afirma. “Nem mesmo os índios, pois na maioria das vezes recordam-se de encontros pouco amistosos com os ‘brancos’”.

O médico sanitário também explica que, desde o final dos anos 1980, a Fundação Nacional do Índio (Funai) está revendo sua política de proteção com relação aos grupos indígenas isolados e, a partir de 2000, houve uma mudança radical nesse sentido. “Antes, acreditava-se que era preciso o primeiro contato para protegê-los. Hoje, é preconizada a interdição da área e as Frentes de Proteção Etnoambiental, de responsabilidade da Funai, sendo feitas incursões cuidadosas no território para obter o máximo de informações sobre esses povos e identificando potenciais ameaças, bem como estabelecendo estratégias de proteção”.

Os contatos, nesses casos, ocorrem quando os indígenas buscam aproximação por vontade própria, aparecendo nos arredores das aldeias indígenas já contatadas ou em vilarejos no interior da Amazônia, ou quando é preciso a intervenção do Estado em virtude das ameaças à integridade dessa população em consequência de invasões de seus territórios por madeireiros, narcotraficantes, grileiros ou garimpeiros.

Um dos últimos povos a serem contatados, mais especificamente em julho de 2014, sete jovens (duas mulheres e cinco homens) da etnia Txapanawa – atualmente reduzidos a pouco mais de 50 pessoas – apareceram em uma aldeia dos Ashaninka, povo que vive próximo ao rio Elvira (AC). Todos estavam doentes, com infecção respiratória aguda, febre, tosse e dor de garganta. A mais nova do grupo, com aproximadamente 13 anos, apresentava uma conjuntivite severa. “Os sintomas nos índios isolados são sempre exacerbados, já que essas doenças são desconhecidas para eles. Nossos analgésicos são mágicos para eles, pois aliviam os sintomas rapidamente. É preciso delicadeza, cuidado, uma vez que nossa assimetria tecnológica pode, ainda que não intencionalmente, afogar os sistemas tradicionais indígenas de cura. Na maioria dos contatos, o grupo ou está doente ou adoece com o contágio e é aí que a assistência médica pode fazer toda a diferença”

Síntese do trabalho em saúde com povos indígenas por região (1965-2015)	
Região Centro-Oeste	
Parque Indígena do Xingu-MT (16 etnias)	Formação de indígenas de nível técnico para o trabalho em saúde; apoio à gestão local de saúde e participação social; ações matriciais em saúde da mulher, imunização, oftalmologia, dermatologia, controle da tuberculose; encontros de mulheres indígenas; oficinas de culinária e rastreamento de doenças metabólicas e

	capacitações de profissionais universitários e apoio técnico
Kayapó - Mato Grosso	Capacitações em imunização, tuberculose e apoio técnico
Bororo - Mato Grosso	Capacitações de equipe técnica e oficina sobre saúde e sobre a vida: perspectivas para o futuro
Xavante- Mato Grosso	Capacitações da equipe técnica, vigilância nutricional e prevenção de diabetes
Panará- Mato Grosso	Abordagem inicial para grupo isolado, vigilância à saúde e saúde da mulher e controle de tuberculose
Região Norte	
Korubo - Vale do Javari no Acre	Capacitação de profissionais de saúde e indigenistas na elaboração de plano de contingência para situações de contato com grupos isolados e trabalho de saúde com grupos indígenas de recente contato
Alto Rio Negro - AM (21 etnias)	Supervisão de campo do trabalho de profissionais de saúde e formação de técnicos de enfermagem indígenas
Txapanawa - Acre	Abordagem inicial para grupo isolado e vigilância à saúde
Kayapó - Pará	Capacitação de profissionais em imunização e apoio técnico e em tuberculose
Wajãpi - Amapá	Apoio para formação de agentes indígenas de saúde
Zo'é - Pará	Abordagem inicial de saúde para grupo indígena isolado
Região Sudeste	

<p>Município de Guarulhos Etnias: Tupi, Pankararé, Wassu Cocal, Kaimbé, Pankararu, Xucuru, Xavante, Pataxó, Fulni-ô e Guajajara</p>	<p>Apoio matricial e capacitação de profissionais para atendimento de indígenas em atenção primária de saúde e na organização de serviço de referência para indígenas moradores da cidade</p>
<p>Município de São Paulo Aldeias Guarani (Tenondé Porã, Tekoa Ity, Tekoa Pyau</p>	<p>Acompanhamento de pacientes e famílias segundo grupos de risco, oficinas e atividades de promoção da saúde nas aldeias, capacitação de equipes de saúde e preparação de agentes indígenas de saúde, além de apoio às lideranças nas demandas sociais e de saúde</p>
<p>Município de Bertioga - Aldeia Rio Silveiras</p>	<p>Capacitação de equipes de saúde e preparação de agentes indígenas de saúde, viagens de intercâmbio cultural ao Parque do Xingu e Sul da Bahia (etnia Tupinambá) e apoio às lideranças nas demandas sociais e de saúde</p>
<p>Município de Aracruz (ES) Etnias Guarani e Tupi</p>	<p>Capacitação de profissionais para atendimento de indígenas em atenção primária de saúde</p>
<p>Ambulatório do Índio do HSP\HU\Unifesp</p>	<p>Referência nacional em atendimento médico terciário para indígenas; capacitações de equipes, estágios de graduação em Medicina e Enfermagem, residência em saúde da família; acolhimento de pacientes indígenas e famílias na cidade de São Paulo</p>
<p>CASAI- SP (Casa de Saúde do Índio da SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena- MS)</p>	<p>Capacitação profissional das equipes de saúde, promoção da saúde com indígenas e acolhimento de pacientes indígenas e famílias</p>
<p>Região Sul</p>	
<p>Tríplice Fronteira (ARG- BRA- PAR) Guarani</p>	<p>Capacitação de profissionais da gestão e das equipes locais em saúde indígena e apoio matricial para organização local de serviços</p>

	de atenção primária
Outros	
Ministério da Saúde – FUNASA e SESAI (Brasília)	Assessoria para elaboração de material didático para formação profissional de agentes indígenas de saúde; oficinas de trabalho em linhas de cuidado, antropologia da saúde, saúde bucal, assessoria para elaboração de planos de contingência para situações de contato com grupos isolados e para epidemias em grupos de recente contato
Universidade Aberta do Brasil (UAB) e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)	Parceria para oferta de curso de especialização em saúde indígena à distância, com formação de 350 especialistas e 400 alunos, em curso, em todas as regiões do Brasil: Amazonas: Manaus, Maués, Lábrea, Coari • Pará: Belém, Marabá • Tocantins: Palmas • Pernambuco: Recife • Paraíba: João Pessoa • Mato Grosso: São Félix do Araguaia, Juara, Cuiabá, Lucas do Rio Verde • São Paulo: São Paulo e Cubatão.

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

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

A Portaria do Ministério da Saúde, nº 2.656 de 17 de outubro de 2007, estabelece um marco regulatório à saúde dos indígenas brasileiros, o que representa um verdadeiro divisor de águas, para a política indianista brasileira.

A regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas promoverá um significativo aporte de recursos ao sistema. E vai estabelecer mecanismos de controles para os repasses feitos aos estados e às prefeituras que pactuarem o atendimento aos índios, fortalecendo o controle social sobre os benefícios e os gastos.

A Fundação Nacional de Saúde no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) soma esforços no sentido de imprimir melhorias na qualidade de vida dos brasileiros.

O Departamento de Saúde Indígena no exercício de sua competência de gestão nacional definiu como prioridade a organização dos serviços de saúde bucal direcionado aos povos indígenas, por meio da elaboração de diretrizes para a execução das ações de controle das doenças bucais e da promoção da saúde.

O programa de Formação inicial ora apresentado tem como objetivo valorizar, fortalecer e qualificar o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em todo o Brasil e propiciar àqueles que estão sendo contratados, novas bases para seu processo de formação e inserção na equipe de saúde que atua nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A estrutura curricular está organizada em módulos temáticos, sob os princípios da interdisciplinaridade e intersectorialidade, enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas. Recomenda-se que o Módulo Introdutório, com 120 horas de concentração e 60 horas de dispersão seja o primeiro a ser aplicado, por introduzir o contexto das relações interculturais e suas implicações no processo saúde-doença e na mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos Dsei. O critério epidemiológico indica a escolha dos módulos subseqüentes. As competências e habilidades previstas no processo de formação serão desenvolvidas ao longo destes seis módulos.

O Módulo Promovendo a Saúde do Adulto e Atendendo Urgências busca qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para atuarem em suas comunidades atendendo às necessidades de saúde dos adultos e principalmente aqueles que já são idosos, enfocando suas atividades fundamentalmente na promoção da saúde, buscando resolução precoce e livre de riscos para esta população.

O período de concentração, caracterizado pela reunião dos AIS das diversas aldeias em local estratégico que possibilite momentos de reflexão/teorização, tem uma carga horária de 120 horas e o período de dispersão, momento em que os AIS retornam às suas aldeias para a realização das atividades previstas como parte de seu próprio trabalho, conta com 60 horas a serem

supervisionadas pelos instrutores/supervisores, que são os profissionais de nível superior das equipes de saúde que atuam na área indígena. Nesse momento, ele supervisiona as ações dos AIS previstas nas avaliações curriculares, assim como a organização e funcionamento dos serviços de saúde da área.

O Módulo Promovendo a Saúde e Prevenindo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele busca qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), para atuarem em suas comunidades identificando os problemas de saúde relacionados às parasitoses intestinais e doenças de pele, decorrentes da mudança do perfil epidemiológico nas comunidades indígenas.

O período de concentração, caracterizado pela reunião dos AIS das diversas aldeias em local estratégico que possibilite momentos de reflexão/teorização, tem uma carga horária de 120 horas e o período de dispersão, momento em que os AIS retornam às suas aldeias para a realização das atividades previstas como parte de seu próprio trabalho, conta com 60 horas a serem supervisionadas pelos instrutores/supervisores, que são os profissionais de nível superior das equipes de saúde que atuam na área indígena. Nesse momento, ele supervisiona as ações dos AIS previstas nas avaliações curriculares, assim como a organização e funcionamento dos serviços de saúde da área.

O Módulo Promovendo a Saúde e Prevenindo as Doenças Endêmicas busca qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), para atuarem em suas comunidades identificando os problemas de saúde relacionados às doenças endêmicas, decorrentes das mudanças do perfil epidemiológico nas comunidades indígenas.

O período de concentração, caracterizado pela reunião dos AIS das diversas aldeias em local estratégico que possibilite momentos de reflexão/teorização, tem uma carga horária de 120 horas e o período de dispersão, momento em que os AIS retornam às suas aldeias para a realização das atividades previstas como parte de seu próprio trabalho, conta com 60 horas a serem supervisionadas pelos instrutores/supervisores, que são os profissionais de nível superior das equipes de saúde que atuam na área indígena. Nesse momento, ele supervisiona as ações dos AIS previstas nas avaliações curriculares, assim como a organização e funcionamento dos serviços de saúde da área.

O Módulo Promovendo a Saúde e Prevenindo as DST/Aids busca qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), para atuarem em suas comunidades identificando os problemas de saúde relacionados às DST/Aids e hepatites

virais de transmissão sexual e hematogênica, decorrentes das mudanças do perfil epidemiológico nas comunidades indígenas.

O período de concentração, caracterizado pela reunião dos AIS das diversas aldeias em local estratégico que possibilite momentos de reflexão/teorização, tem uma carga horária de 104 horas e o período de dispersão, momento em que os AIS retornam às suas aldeias para a realização das atividades previstas como parte de seu próprio trabalho, conta com 60 horas a serem supervisionadas pelos instrutores/supervisores, que são os profissionais de nível superior das equipes de saúde que atuam na área indígena. Nesse momento, ele supervisiona as ações dos AIS previstas nas avaliações curriculares, assim como a organização e funcionamento dos serviços de saúde da área.

O Módulo Promovendo a Saúde da Mulher, da Criança e a Saúde Bucal busca qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para atuarem em suas comunidades identificando os problemas de saúde nas diversas fases do ciclo biológico e desenvolvendo ações de promoção à saúde da mulher, criança e saúde bucal.

O período de concentração, caracterizado pela reunião dos AIS das diversas aldeias em local estratégico que possibilite momentos de reflexão/teorização, tem uma carga horária de 116 horas e o período de dispersão, momento em que os AIS retornam às suas aldeias para a realização das atividades previstas como parte de seu próprio trabalho, conta com 80 horas a serem supervisionadas pelos instrutores/supervisores, que são os profissionais de nível superior das equipes de saúde que atuam na área indígena. Nesse momento, ele supervisiona as ações dos AIS previstas nas avaliações curriculares, assim como a organização e funcionamento dos serviços de saúde da área.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o gozo e exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, a rede de serviços nas terras indígenas, deve superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas e rotinas de serviços padrões.

A Fundação Nacional de Saúde é uma instituição que tem como missão a promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como o atendimento

integral à saúde dos povos indígenas, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

São diretrizes da Política de Saúde Indígena: organizar o subsistema de saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, sob a forma de Distrito Sanitário Especial Indígena - Dsei; assegurar ações de atenção básica nas aldeias; criar mecanismos de participação social por intermédio de conselhos distritais e locais; respeitar os aspectos etno-culturais dos povos indígenas; operacionalizar as ações de saúde dos povos indígenas, preferencialmente, por intermédio de órgãos e entidades públicas e privadas que detenham experiência no setor.

A presente norma operacional foi estruturada com o objetivo de fornecer subsídios técnicos e conceituais para a implantação da vigilância alimentar e nutricional como estratégia e prática de saúde permanente integrante da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Embora a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) tenha ocorrido em 1999, até o presente, ações sistematizadas relativas a alimentação e nutrição ainda não foram implementadas.

A legislação vigente sobre a realização de concursos públicos inviabiliza a realização de um concurso público diferenciado para a saúde indígena, que leve em conta a especificidade de cada povo, seus locais de moradia, seus costumes, e o respeito aos sistemas tradicionais de saúde indígena. Para que este concurso possa alcançar os objetivos almejados é preciso criar os mecanismos legais adequados, inclusive com a regulamentação das categorias profissionais de Agente Indígena de Saúde e demais profissionais indígenas, para que os mesmos possam também ser contemplados na realização deste concurso.

No que tange à política de atenção à saúde dos povos indígenas, nas últimas décadas observa-se a ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado e, por outro lado, a estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se revertem em práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas. Não há uma política orgânica, que respeite os preceitos constitucionais e permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa para com seus modelos e concepções de cura.

Os orçamentos para a execução das ações aos povos indígenas são insuficientes e deficitários, situação que se agrava pela falta de planejamento e

vontade política na sua aplicação. A precariedade da atenção à saúde indígena reflete-se em situações dramáticas como aquela reiteradamente denunciada pelos povos indígenas do Vale do Javari, no Amazonas, onde, segundo inquérito sorológico da Fundação de Medicina Tropical, 87% da população apresenta algum tipo de hepatite, o que tem provocado uma mortalidade sistemática. Os povos do Vale do Javari sofrem com a falta de atendimento, de medicamentos, de profissionais em saúde, o que tem comprometido a vida e o futuro das comunidades que, de acordo com dados oficiais dos órgãos de assistência, sofrem um acentuado decréscimo populacional.

Os povos, comunidades e as organizações indígenas devem estar mobilizados e articulados para exercer o controle social do novo modelo, bem como atuar nas discussões, planejamentos e na execução das ações e serviços. Caso não aconteça a participação efetiva das lideranças indígenas (povos e comunidades) como protagonistas neste processo de estruturação do novo modelo de atenção à saúde, eles receberão apenas, como sempre aconteceu no Brasil, atenção através de serviços paliativos e emergenciais. Estarão na dependência da boa ou má vontade das equipes de saúde prestadoras de serviços terceirizados ou das secretarias dos municípios

A Lei Arouca determinou que fosse estruturado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Através do Decreto 6.878 de 18 de junho de 2009 foi definido que o novo modelo assegurará que os DSEIs serão unidades gestoras com autonomia administrativa e financeira. Essas determinações são fundamentais para que a nova política tenha um rumo seguro, ou seja, que as ações e serviços sejam efetivamente executados a partir das realidades e necessidades de cada região e povo. Mas há muita resistência dos gestores da saúde pública a essa proposta e por causa disso o novo modelo ainda não saiu do papel.

Os povos indígenas e suas comunidades não podem aceitar que a política continue a ser terceirizada, ou seja, executada através de parcerias e de convênios estabelecidos pela Sesai com entidades, ONGs e prefeituras. Essa política já foi questionada administrativamente e judicialmente, porque ela não respeita a Lei Arouca; não respeita as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena; não respeita as propostas e as necessidades dos povos indígenas; porque se mostrou ineficaz quanto à gestão e execução das ações; quanto à formação dos agentes indígenas de saúde; quanto à prevenção das doenças; quanto ao controle social e a participação indígena no âmbito da política a ser desenvolvida em cada povo ou região.

O Ministério da Saúde passará ainda por outras mudanças na estrutura. A atual Secretaria de Atenção à Saúde será dividida em duas, com a criação de uma pasta específica para a atenção básica, área que responde pelo atendimento nas unidades de saúde, e outra para atenção hospitalar. Já a

atual Sgep (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa), responsável pela ouvidoria do ministério, deve deixar de existir nos próximos meses.

A equipe também terá alguns nomes da gestão de Michel Temer mantidos, caso de Toccolini e do atual secretário de atenção à saúde, Francisco Assis, que assumirá a gestão da saúde hospitalar no ministério. Já para a secretaria nacional de atenção básica, são cotados os nomes do ex-secretário municipal de saúde do Rio de Janeiro, Daniel Soranz, e de Erno Harzheim, atual secretário de saúde de Porto Alegre - este último assume inicialmente a Sgep.

Também devem fazer parte da equipe do novo ministério o ex-secretário de saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis (secretaria executiva); a médica pediatra Mayra Pinheiro (gestão de trabalho e educação em saúde), que ficou conhecida pelas críticas ao Mais Médicos; o cardiologista Denizar Vianna (ciência, tecnologia e insumos estratégicos) e o doutor em epidemiologia Wanderson Kleber (Vigilância em Saúde), que já faz parte do quadro do ministério e coordenou a resposta da pasta aos casos de zika e microcefalia.

Alimentação Indígena

Os índios têm uma alimentação bastante natural, pois consomem os alimentos que eles próprios plantam e retiram da natureza. A alimentação indígena é saudável, já que está isenta da presença de agrotóxicos.

A base da alimentação indígena é reforçada pela mandioca, macaxeira ou aipim, pelo milho, por carne de caças e peixes, por raízes, frutas silvestres, palmito, castanhas, coco e folhas verdes. Dos produtos da natureza, os índios também procuram extrair óleos, bebidas e farinhas.

Entre as frutas, cajus, bananas, mangaba, ingá, araçá, jabuticaba, mamão, guabiraba e maracujá são as mais consumidas. A castanha do Pará e o mel de abelha também estão entre os alimentos fundamentais da dieta do índio brasileiro.

Para os temperos, os índios apostam no limão, na pimenta, em ervas silvestres e no palmito de pindoba. Já para as bebidas, os índios usam técnicas de fermentação do milho, da macaxeira, do caju, do jenipapo, da jabuticaba e da mangaba, para fabricar vinhos.

Na aldeia, o preparo dos alimentos é de responsabilidade das mulheres. Os homens são responsáveis pela caça e pela pesca.

Os primeiros habitantes do Brasil, utilizando o que a natureza e a floresta lhes ofereciam, se alimentavam basicamente de mandioca, macaxeira ou aipim, milho, carne de caças, peixes, raízes, frutas silvestres, palmito, castanhas, “cocos” de palmeiras e algumas folhas. Esse costume perdura até hoje com os índios que não têm muito contato com os homens brancos e que conseguem dessa forma preservar melhor a sua cultura.

As inúmeras palmeiras da flora brasileira, entre as quais o babaçu, a carnaubeira, o buriti ou miriti, a ouricuri, a inajá, foram bastante usadas pelos indígenas na sua alimentação. Delas extraíam frutos, óleos, bebidas, farinhas e palmitos. Muito importante também era o caju, fruta brasileiríssima, que além de ser ingerido in natura, serve para fazer suco, doce, vinho, licor, farinha e bolo com as suas castanhas. Segundo Orlando Parahym (1970, p. 67) havia guerras violentas entre os cariris e os tapuias para se apoderarem dos cajueiros existentes em áreas litorâneas. Ao vencedor... os cajus.

A castanha do Pará (conhecida hoje como castanha do Brasil) e o mel de abelha eram também alimentos fundamentais na dieta do índio brasileiro. Quando ainda não conheciam a cana-de-açúcar – que chegou ao Brasil em 1502, proveniente da Ilha da Madeira –, os indígenas retiravam o mel dos favos das colmeias, após afugentarem as abelhas com fogo, e ainda comiam as abelhas assadas sobre pedras. Sabiamente, tinham o cuidado de deixar um pouco de mel para assegurar a continuação do trabalho das abelhas, o que garantiria a obtenção permanente do alimento.

De uma maneira geral, as hortaliças não faziam parte dos hábitos alimentares do indígena. Cultivavam a mandioca – o pão do índio –, a macaxeira ou aipim, o milho, o amendoim. O plantio e a colheita de qualquer cultura agrícola eram feitos pelas mulheres (cunhãs), cabendo aos homens às atividades da caça e da pesca.

Entre as frutas silvestres que lhes serviam de alimento estão a mangaba denominada de bato-i (*Hancornia speciosa*); o ingá (*Inga edulis*) que eles chamavam de y-igá; o araçá (*Psidium araçá*); a jaboticaba (*Myrthus jaboticaba*); o abiu (*Lucuma caimito*); a guabiraba (*Campomanesia guabiraba*, *Abbelillea maschalantha*); o oiticoró (*Moquilea rufa*); o mamão pequeno (*Caryca papaya*); o maracujá (*Passiflora edulis*, *Passiflora bahiensis*, *Passiflora alata*); a sapucaia também chamada cumbuca-de-macaco (*Lecythis urnigera*), da qual comiam a carne e as sementes e moqueavam ou

assavam a castanha, considerada uma das delícias indígenas; o jenipapo (*Genipa americana*), cuja polpa e as sementes eram saboreados sendo a casca utilizada para pintar o corpo de preto; o pequi (*Caryocar brasiliense*), aproveitando a amêndoa para a extração de um óleo rico em carotenos. A palavra pe-qui, na língua tupi, significa casca espinhosa, característica da fruta que é cheia de espinhos miúdos e finos.

Os seus temperos eram basicamente o sal e a pimenta ou uma mistura pilada dos dois. Eles abusavam da pimenta, qualquer que fosse a variedade: redonda, comprida, verde, vermelha, pequenas ou grandes. Alguns utilizavam também o limão, ervas silvestres, palmito de pindoba e o bredo ou caruru para temperar seus alimentos. O sal era obtido por meio da evaporação da água do mar, no caso das tribos que habitavam a região litorânea, em salinas naturais (areias impregnadas de sal) ou a partir da queima de madeira, de onde era retirado o sal das cinzas, bastante rico em potássio.

Por meio do processo de fermentação do milho, da macaxeira, do caju, do jenipapo, da jabuticaba e da mangaba, os índios fabricavam bebidas, uma espécie de vinho chamado genericamente na língua tupi de cauim ou cahoi.

Desde o século XVI, viajantes e cronistas estrangeiros em terras brasileiras falam de usos e costumes indígenas, sua alimentação e técnicas de cozinha.

O primeiro registro feito pelos colonizadores portugueses está na carta de Pero Vaz de Caminha, em 1500:

[...] Dizem que em cada casa se recolhiam trinta ou quarenta pessoas, e que assim os achavam; e que lhes davam de comer daquela vianda, que eles tinham a saber, muito inhame e outras sementes que na terra há e eles comem [...] (Pero Vaz de Caminha, citado por LODY, 2000).

O inhame citado por Caminha, trazido posteriormente da África para o Brasil, era na verdade a mandioca, confundida pelo português devido à semelhança entre as duas raízes.

O viajante francês Jean de Léry, em 1557, no seu livro, História de uma viagem feita à terra do Brasil, descreve diversos costumes indígenas sobre a alimentação e modo de preparar os alimentos e bebidas:

[...] os indígenas americanos têm nas suas terras duas espécies de raízes, a que chamam aipim e mandioca, as quais em três ou quatro meses crescem no solo e ficam tão grossas como a coxa de um homem, com o comprimento de pé e meio, mais ou menos: quando as arrancam, as mulheres (pois os homens não se ocupam disso) secando-as ao fogo no moquém, tal como logo descreverei, ou tomando-as ainda frescas, as ralam à força em pontas de pedras miúdas fixadas e arrançadas em uma peça chata de madeira (como ralamos e raspamos o queijo e a noz moscada), e as reduzem a farinha alva como a neve. [...] (LÉRY, 1889, p. 194).

[...] a raiz do aipim não só é boa transformada em farinha, mas também pode comer-se assada inteira no borrarho ou no fogo; pois assim fica tenra, abre-se, e torna-se farinácea como a castanha nas brasas, cujo gosto é quase igual.

Entretanto, o mesmo não acontece com a raiz da mandioca, pois serve somente para fazer farinha, e é venenosa se a comermos de outro modo (LÉRY, 1889, p. 196).

[...] quanto ao modo de cozinhar e preparar a carne, nossos selvagens a fazem, moquear, na forma de seu costume. [...] infincam em suficiente profundidade na terra quatro forquilhas [...]

formam uma grande grelha de madeira, que na sua linguagem chamam de moquem. [...] E por que não salgam suas viandas para guardá-las, como cá nós fazemos, não têm outro meio de as conservar senão fazendo-as assar. (LÉRY, 1889, p. 207).

O moquém serve principalmente para conservar os alimentos, desidratando-os, mas conservando seu sabor. É um processo que lembra o fumeiro usado pelos europeus. A carne fica meio assada, sendo necessário normalmente levá-la novamente ao fogo para o consumo.

Outra tradição indígena no preparo de alimentos é o biaribi – um forno construído em um buraco no chão, forrado com folhas. Coloca-se a carne,

também envolta em folhas e cobre-se com terra. Sobre o forno acende-se uma fogueira para assar a carne. Há também o processo de espetar a carne e o peixe em varetas de madeira e colocá-los diretamente no fogo, verificando-se pelo olhar e pelo olfato quando estavam no ponto desejado.

Existem, atualmente, mais de duzentos grupos indígenas conhecidos no território brasileiro. Cada um com seus hábitos alimentares, preferências gastronômicas e alimentos que não conseguem ingerir. Iguarias para alguns são alimentos repulsivos para outros.

Para muitos deles, a mandioca é a base da alimentação, sendo o milho também importante para muitas tribos. Alguns, como os Timbira, de Tocantins e Maranhão, e os Nambikwara, de Rondônia, coletam alimentos disponíveis na floresta, sem se dedicar muito a plantações, ao contrário dos Caiapó, de Mato Grosso e do Pará, que possuem grandes roças, contando inclusive com especialistas para avaliar o local do melhor solo para as suas culturas agrícolas nas aldeias.

Há grupos que consomem carne de animais como antas e jabotis – caso dos índios Caiapó, que preferem carnes gordas –, e os que se alimentam mais de peixes e carne de macacos, como os da região do Alto Xingu.

A caça era uma das principais fontes de alimento para o indígena. Animais como porco-do-mato, paca, veado, macaco, javali, capivara, cotia, tatu, gato-do-mato e anta eram preparados com pele e vísceras.

Outra importante fonte de alimento eram os peixes, tartarugas, moluscos e crustáceos. Entre os peixes mais consumidos estavam os pirarucus, carapebas, curimãs, tucunarés, comorins, cavalas, traíras, beijupirás, surubins, tambaquis, garoupas, sardinhas, agulhas, piranambus e jaús. Eram inúmeros os peixes de água salgada e de água doce, conhecidos e consumidos pelos índios brasileiros. Os que tinham pele ou couro eram chamados de pirá e os de escamas cará. Os maiores eram preparados assados ou moqueados; os menores eram cozidos, sendo o caldo utilizado para fazer pirão.

Além da farinha de mandioca também fazem parte da culinária tradicional do índio outros tipos de farinha, como as de peixe seco, inhame (cará), amendoim e banana.

Com os peixes moqueados eles faziam farinha de peixe e paçoca, alimentos que se conservavam por muito tempo. Chamavam de muqueca o peixe envolvido em folhas de bananeira e mixira o peixe assado.

Da carne de tartaruga as mulheres índias preparavam o sarapatel, com os miúdos cozidos no próprio casco do quelônio, ou serviam sua carne assada, picada em pequenos pedaços, com farinha-d'água (ou farinha com água), também conhecida como chibé ou jacuba, um dos mais populares e tradicionais alimentos da região amazônica.

Sopa de aviu, um camarão minúsculo, engrossada com farinha de mandioca, era outro prato bastante consumido pelos índios.

Assim como as culturas agrícolas, entre os indígenas brasileiros o preparo da comida também é uma atividade exclusiva das mulheres.

Há uma grande quantidade de alimentos de origem indígena, assim como a forma de prepará-los e de consumi-los, que foram assimilados pela culinária brasileira, entre os quais podem ser destacados: o uso da farinha de mandioca em beijus, tapiocas e no pirão; alimentos cozidos ou assados em folhas de bananeira; comidas de milho e a paçoca, uma espécie de farofa feita com peixe ou carne pilados com farinha.

Os povos indígenas passam por modificações nos costumes alimentares nativos, a caminho da ocidentalização de seus hábitos alimentares. São transformações nutricionais que levam ao empobrecimento da dieta, crescimento da ingestão de gorduras e açúcares e simplificação da diversidade alimentar. Por consequência, a quantidade de vitaminas e minerais ingeridos pelos índios brasileiros tem diminuído significativamente.

Identificam-se atualmente carências nutricionais, quadro de desnutrição, anemia, sobrepeso e a obesidade entre eles.

Contraditoriamente, a culinária do Brasil é resultante da mistura de sabores da culinária europeia, africana, oriental e, ainda que pouco valorizada, e ofuscada pela cultura alimentar trazida pelos imigrantes, a culinária indígena em ocidentalização.

Alimentos Indígenas Mágicos

São aqueles reservados para os espíritos. Em diferentes aldeias, o pajé separa uma parte do alimento que está sendo preparado e a deposita em um

determinado local, a fim de que os espíritos também se alimentem daquela comida. Essa porção de alimentos para os espíritos é de partes específicas de uma caça, por exemplo.

Também são considerados, por Abguar Bastos, mágicos os alimentos que os índios consomem a fim de obterem algo, os Kraó, por exemplo, ingerem infusões de certos vegetaisantes saírem para caçar, a escolha do vegetal depende da espécie de animal que desejam obter.

Alimentos Indígenas de Resguardo

São os que devem ou não ser consumidos durante um determinado período, em que há um rito de passagem. Ritos de passagem são cerimônias que determinam a passagem de um estado social de um grupo ou pessoa para outro, como funeral, nascimentos, matrimônios, gestação.

Os índios acreditam que o consumo de alimentos em um período inapropriado pode trazer graves consequências para a pessoa que os ingeriu e/ou para seus familiares. Entre os índios Bororo, que vivem no Mato Grosso, por exemplo, as mulheres, após darem à luz não comem carne de tatu ou de tartaruga, pois acreditam que esses alimentos tornam seus bebês raquíticos, e os pais devem ficar de três a cinco dias após o parto sem comer ou beber água fresca. No Maranhão, as índias Urubu-Kaapor que estão próximas de terem a menarca tomam sopa de aipim e podem comer apenas tartaruga branca, os peixes mandi e aracu e chibé, que é uma farinha seca diluída em água. Entre os índios Tupinambá, quando nascia um bebê, o pai ficava proibido de comer carne, peixe ou sal durante três dias, alimentando-se apenas de uma espécie de farinha nesse período.

Alimentos Indígenas Interditos

São os alimentos proibidos de serem ingeridos por toda uma comunidade indígena. No sul do Brasil há os índios Kaingang, que, assim como os Rikbaktsa, do norte do Mato Grosso, não comem tamanduás. Para os Kaingang foi o tamanduá quem ensinou a eles cantos e danças, e, por isso, devem gratidão a esse animal. Os índios Xirin, do Pará, não comem o jaú (peixe); os Karajá, do Tocantins, não comem tatu; os Tapirapé, do Mato Grosso, não comem bicho-preguiça. De uma maneira geral, o que impede uma comunidade indígena de consumir a carne de determinado animal são

as lendas, que contam que determinado ser já foi um humano em tempos remotos, por exemplo.

Alimentos Indígenas Compensatórios

São aqueles que os índios recebem como recompensa antes ou após uma tarefa árdua, como a caça ou a construção. Os índios Bakairi têm o hábito de pedir e ganhar alimentos de toda a aldeia antes e depois de saírem para caçar. No grupo Krahò, localizado no Tocantins, cada homem oferece para uma mulher, que não seja esposa, um alimento que encontrou na mata, em retribuição, essa mulher oferece uma comida por ela preparada. Dessa forma, a amizade entre as famílias é constantemente fortalecida.

Alimentos Indígenas Privativos

Alguns alimentos podem ser consumidos exclusivamente por determinados indivíduos ou grupos. No Mato Grosso há os índios Suyá, apenas os homens dessa comunidade podem comer os miúdos da anta. Entre os Erigpagtsá, somente os homens podem comer a cabeça de macacos e de porcos do mato.

Alimentos Indígenas Sagrados

Os alimentos que são influenciados espiritualmente antes do consumo, Abgvar Bastos define como sagrados. Kariana é um rito de passagem feminino relativo à puberdade, nele o beiju com molho de pimenta, o peixe cozido e a cabeça de peixe a serem consumidos pelas meninas são benzidos e defumados pelos pajés. O leite materno dos índios Wanana, habitantes da parte noroeste da Amazônia, também é benzido por pajés para ser oferecido para as crianças durante o batismo. No sudoeste do Amazonas estão os índios Marubo, quando alguém do grupo está doente, os pajés cantam sobre um pote de mingau, que será oferecido ao enfermo. Esse canto é considerado sagrado e capaz de curar doenças. A mesma situação pode ser observada entre os índios Baniwa, do norte do Amazonas.

Costumes Alimentares e Receitas indígenas

Existem, atualmente, mais de duzentos povos indígenas conhecidos no território brasileiro. Cada um com seus hábitos alimentares, preferências gastronômicas e alimentos que não conseguem ingerir. Iguarias para alguns são alimentos repulsivos para outros.

Das larvas e insetos vivos

Aos povos da Amazônia, como em partes da África e da Ásia, há comidas que não se encontram tipicamente nas culinárias de povos de descendência europeia ou africana. Porém, isso não significa selvageria, falta de civilização, ou falta de higiene.

As larvas e lagartas são, por isso mesmo, amplamente provisionadas como alimento, não só entre os índios, como entre as populações rurais. Nas regiões altas, as larvas do gorgulho dos buritizeiros eram muito apreciadas (Martius). Muito requestadas por outros grupos humanos eram as larvas de um inseto que contaminava as frutas da palmeira uauaçu (*Attalaya esportabilis*, Mart.).

Cabe aqui uma referência pitoresca. Entre os Atché do rio Uruguai, a larva chamada "coró" constitui, para quem a encontra minando algum pau podre, verdadeiro tesouro, de vez que, só por esse fato, a mulher de outro poderá largá-lo para viver com o felizardo que descobriu uma nova fonte de coró.

As larvas de besouros colhidos em paus ocos são fritas na própria gordura, quando não comidas cruas

Gafanhoto

Dos anopluros (Piolhos)

Parasitas também fazem parte de algumas dietas indígenas;. De acordo com Abguar Bastos os viajantes não-indígenas, com suas diferenças culturais, ficavam estupefatos ao verem as mulheres aborígenes mastigarem piolhos, escrevendo: "[...] os cabelos [...] muito maltratados e cheios de piolhos, que mutuamente se catam, com uma faca da ponta, trincando-os, depois, nos dentes, como vimos".

Os Crichaná, segundo Barbosa Rodrigues consideram essa prática "vulgar": "O costume de comer bichos de cabeça é vulgar entre eles, como em muitas outras tribos da região amazônica".

Diz Stradelli que o piolho do indígena (Kiyua-rana) é diferente do que infesta a cabeça dos brancos. São mais gordos e munidos de palpos "com que se seguram".

É possível que os índios observassem o comportamento de certos pássaros e os imitassem quanto ao aproveitamento de anopluros, como o carrapato.

A origem dos piolhos estaria no velho Krã-Kamdjuaré (mito kaiapó), que mandava as moças catá-los e, como tinha dentes na cabeça, mordia-lhes os dedos e chupava o sangue e as matava, pois era antropófago. Um dia conseguiram matá-lo, mas ficaram os piolhos como praga para atormentar os mortais. O costume de consumir piolhos não se encontra somente entre povos

indígenas brasileiros, mas também em outros povos: "As mulheres de Java, diz Bristowe, catam a cabeça das amigas, trincando os piolhos com os dentes".

Das lagartas e insetos expostos ao fogo

Segundo o relato de Bastos, não somente as larvas miúdas, de frutas ou não, eram procuradas como alimento. As maiores (lagartas) tinham, igualmente, grande aceitação: "Larvas e lagartas só os vi comer de determinadas espécies, que possivelmente vêm das grandes castanheiras. Cozinham-nas em pratos compostos, misturados com cará e castanha da Amazônia (*Bertholletia excelsa*) ralada. Às vezes juntavam bananas maduras e carne de aves".

O mesmo autor refere-se aos Erigpagtsá (Canoeiros), índios que habitam o alto Juruena, em Mato Grosso. Sobre os pratos com variadas misturas, o autor volta a falar: "Preparavam-nos, juntando farinha de mandioca, castanhas raladas, batata doce ou cará cozido e pilado, misturando com grande punhado de lagartas (de borboleta) de castanheira que os homens traziam da mata, embrulhadas em folhas verdes. Era um prato muito apreciado. Estas lagartas estavam presas numa teia de fios finos como seda, da qual tinham de ser retiradas. Lavavam as lagartas e juntavam, quando os outros ingredientes já estavam quase cozidos".

Como vemos, as lagartas consumidas eram colhidas em seu estado de crisálida e, quanto ao seu sabor, só os Erigpagtsá saberiam explicar, porquanto as ditas lagartas também eram misturadas ao inhambu-galinha cozido, pelo que pareciam entrar nos alimentos como condimento especial.

Não se diga, no caso dos Canoeiros, que havia falta de outros alimentos. Tinham, além da caça e da pesca, grande variedade de vegetais: castanhas, bananas, cará, abóbora, feijão, mandioca, milho, de vez que exercitavam a agricultura. De onde se conclui que as larvas deviam representar um pitéu especial.

Entre os Tukano do rio Tiquiê, afluente do Uaupés, as lagartas também eram petisco bem festejado, como relata Bastos:

"Nas cabeceiras do rio Tiquié, Papuri e outros afluentes onde escasseiam os peixes, os índios alimentam-se também de lagartas, que aparecem de agosto a novembro nas árvores cumuri, da família das euforbiáceas. São lagartas de cor escura, com pontos brancos e do tamanho de um dedo. Para apanhá-las, limpam a mata embaixo da árvore, cobrem o chão com folhas de bananeira da mata, a modo de lençol, depois sacodem os galhos, fazendo-as cair em grande quantidade. Apanham-nas, torram-nas e guardam-nas em paneiros como a farinha de mandioca. Quando aparecem lagartas, os índios largam os trabalhos e lá vão famílias inteiras a cata desses bichos. Se as lagartas já se encerraram

no casulo, ao redor dos galhos e na bifurcação dos mesmos, bem apinhadas, como os bichos da seda, os índios cortam os galhos e os levam, para comer as crisálidas torradas ou cruas. Vem, então, homens, mulheres e crianças, cada qual com um galho na mão, a rasgar com as unhas os casulos e a comer as crisálidas com a maior avidez". Quanto às lagartas, há certas regras, como a de se lhes arrancar a cabeça e tirar os intestinos, sem o que pode resultar envenenamento.

Mangaba

Das Frutas e Legumes

De uma maneira geral, as hortaliças não fazem parte dos hábitos alimentares dos indígenas.

Entre os frutos silvestres que lhes servem de alimento estão a mangaba denominada de bato-i (*Hancornia speciosa*); o ingá (*Inga edulis*) que eles chamam de y-igá; o araçá (*Psidium araçá*); a jaboticaba (*Myrthus jaboticaba*); o abiu (*Lucuma caimito*); a Guabiraba (*Campomanesia guabiraba*, *Abbelillea maschalantha*); o oiticoró (*Moquilea rufa*); o mamão pequeno (*Caryca papaya*); o maracujá (*Passiflora edulis*, *Passiflora bahiensis*, *Passiflora alata*); a sapucaia também chamada cumbuca-de-macaco (*Lecythis pisonis*), da qual comem a carne e as sementes e moqueiam ou assam a castanha, considerada uma das delícias indígenas; o jenipapo (*Genipa americana*), cuja polpa e as sementes são saboreados, sendo a casca utilizada para pintar o corpo de preto; o pequi (*Caryocar brasiliense*), aproveitando a amêndoa para a extração de um óleo rico em carotenos. A palavra pe-qui, na língua tupi, significa casca espinhosa, característica da fruta que é cheia de espinhos miúdos e finos.

Para muitos índios, a mandioca é a base da alimentação, sendo o milho também importante para muitas tribos. Alguns, como os Timbira, de Tocantins e Maranhão, e os Nambikwara, de Rondônia, coletam alimentos disponíveis na floresta, sem se dedicar muito a plantações, ao contrário dos Caiapó, de Mato Grosso e do Pará, que possuem grandes roças, contando inclusive com especialistas para avaliar o local do melhor solo para as suas culturas agrícolas nas aldeias.

Os Temperos

Os seus temperos são basicamente o sal e a pimenta ou uma mistura pilada dos dois. Eles utilizam diversos tipos de pimenta: redonda, comprida, verde, vermelha, pequenas ou grandes. Alguns utilizam também o limão, ervas silvestres, palmito de pindoba e o bredo ou caruru para temperar seus alimentos. O sal é obtido por meio da evaporação da água do mar, no caso das tribos que habitam a região

litorânea (litoral), em salina natural (areias impregnadas de sal) ou a partir da queima de madeira, de onde é retirado o sal das cinzas, bastante rico em potássio. O tempero sempre é colocado após o preparo e até mesmo comido junto com o alimento, colocando-se um naco de comida na boca e em seguida o tempero.

Bebidas

Por meio do Processo de Fermentação do Milho, da Macaxeira, do Caju, do Jenipapo, da Jabuticaba e da Mangaba, os índios fabricam bebidas, uma espécie de Vinho chamado genericamente na Língua tupi de Cauim ou cahoi.

O Caxiri é uma bebida feita à base de mandioca produzida pelos índios Macuxi em Roraima. Conforme a tradição indígena, somente as mulheres podem preparar o caxiri. O preparo se inicia com a escolha e a colheita da Mandioca brava. Após isso, o ingrediente base do caxiri passa por um processo de limpeza, com o descarte da casca.

A Mandioca é passada no ralo para que se obtenha a massa pastosa e misturada com água.

Segundo a tradição, a massa deve ser cozida em Panela de barro, no Fogão a lenha e ser mexida constantemente. O cozimento dura de 24h a 48h, pois a mandioca tem uma substância que, quando ingerida crua, pode provocar Intoxicação.

O Teor alcoólico da bebida vai depender desse tempo de fermentação. É indicado que, depois de cozida, a massa da mandioca descanse por apenas três dias.

Outros alimentos não-convencionais

Paca

A verdade é que o indígena transforma a selva num empório gigantesco de animais, vegetais e minerais comestíveis, sem preconceitos de paladar, o que lhes dá, sem dúvida, maiores disponibilidades alimentícias nos momentos difíceis. De repente pode faltar-lhes a caça, o peixe, a mandioca, o cará, o inhame, o milho, o mendobi, a abóbora, a castanha, a banana, o buriti, o açaí, o mel de abelha ou de pau, o feijão ou o palmito. Então é preciso invadir a área das larvas, das lagartas, dos besouros, das cobras, dos lagartos, das saúvas.

Dos inúmeros animais silvestres, ele copia os costumes e os utiliza. No pau podre, no âmago das frutas, nos tufos das palmeiras, na tabatinga ou nas praias, pode encontrar recursos à satisfação fisiológica da fome. Sacia-se.

As caças mais requintadas são, pelo tamanho: a anta, os veados, a capivara, o queixada e o caititu. Participam; também, da culinária rural e urbana: a paca, a cutia, o tatu e a maioria das aves.

Aprecia o macaco e a preguiça. Nem sempre rejeita a onça, como acontecia entre os Txukahamã: "Lançam mão de todo tipo de caça e qualquer peixe, arraias etc. Comem ainda onça, gavião e da caça grossa nada perdem, nem mesmo as tripas".

Os Guaicurus não só se alimentavam de palmito e coquilhas da macajuba, também comiam cobras, jacarés, onças, veados, antas, capivaras. Apenas as mulheres casadas não comiam anta, nem capivara.

Castanha-do-pará

Além de se alimentarem com frutas assadas e cozidas, os Krichaná faziam manteiga.

A castanha do Pará (conhecida hoje como castanha do Brasil) e o mel de abelha eram também alimentos fundamentais na dieta do índio brasileiro. Quando ainda não conheciam a cana-de-açúcar – que chegou ao Brasil em 1502, proveniente da Ilha da Madeira –, os indígenas retiravam o mel dos favos das colmeias, após afugentarem as abelhas com fogo, e ainda comiam as abelhas assadas sobre pedras. Sabiamente, tinham o cuidado de deixar um pouco de mel para assegurar a continuação do trabalho das abelhas, o que garantiria a obtenção permanente do alimento.

Receitas (Delícias) Indígenas

Sapo na Taboca

Este prato pode ser preparado com homo (espécie de jia) ou com kaawa (canoeiro). A peculiaridade desta forma de preparo está no gosto especial que a taboca dá à carne, realçado pela palha do poreki (termo regional: açafião). Retiram-se as tripas do sapo, lavando-o em seguida. Tempera-se a carne com sal, coloca-se no cano da taboca e adiciona-se uma quantidade de água que não derrame ao ferver. Tampa-se o cano com a palha de poreki, afasta-se a brasa e escora-se o cano da taboca (verticalmente) com um graveto, de modo que só pegue o calor mas não fique em contato direto com o fogo. Depois que começar a ferver, deixa-se por mais ou menos dez minutos, e está pronto. Come-se quente ou morno, acompanhado de macaxeira cozida ou banana-grande assada.

Peixe com banana verde ralada

Limpa-se o peixe, que em seguida deve ser cortado em pedaços. Coloca-se o peixe em uma panela com água para ferver já com o sal. Enquanto cozinha, rala-se a banana. Quando o peixe estiver cozido, coloca-se a banana ralada aos poucos, mexendo sempre. Deixa-se a banana cozinhando até engrossar o caldo.

Linguiça de Macaco Preto

Tira-se o estômago do macaco, que deve ser limpo e em seguida lavado em água fervente. Cortam-se o fígado, um pouco de carne e toda a gordura. A mistura deverá ficar como se tivesse sido moída. Esta receita leva pequena quantidade de carne, e seu sabor característico é o resultado da combinação da gordura com o fígado. Tempera-se a mistura com sal, pimenta-malagueta ou outra pimenta forte e batade de poreki ralada. Coloca-se a mistura dentro do estômago do macaco e costura-se com linha de algodão, para que não saia. Cozinha-se com água por cerca de uma hora. Depois de cozido, coloca-se para moquear; após mais ou menos uma hora, estará pronto para comer.

Tracajá cozido no casco com ovos

Limpa-se o tracajá, retirando todo o fato. Corta-se a carne e reserva-se. Afastam-se as brasas (formando um círculo) e coloca-se o casco do tracajá no meio. Adiciona-se um pouco de água à carne, que deve ser colocada dentro do casco. Quando estiver cozido, tempera-se com sal. Cortam-se umas quatro ou cinco bananas-grandes sobre a carne, mexendo sempre. Colocam-se de seis a dez ovos de tracajá dentro do cozido; em seguida retira-se o casco do fogo - está pronto.

Pato no Tucupi

Em uma panela pequena, com água até um pouco mais da metade, cozinhe o pato junto com um tomate e uma cebola picados, colorau, um dente de alho, algumas folhas de alfavaca e chicória e uma pitada de sal. Cozinhe até que a carne esteja macia. Retire o pato e leve ao forno para assar em fogo alto. Depois de assado, corte-o ao meio e nas juntas. Reserve. Em outra panela ferva o tucupi, as folhinhas de chicória e as de alfavaca, os dentes de alho e o sal. Junte o pato e os maços de jambu. Deixe ferver por mais 10 minutos. Sirva com arroz branco e farinha d'água.

Receitas brasileiras de origem indígena

Com seus ingredientes e técnicas, a culinária indígena juntamente com a culinária africana formam a base da culinária do Brasil .

Há uma variedade de itens no cardápio diário do brasileiro que são de origem indígena, assim como existem diversas formas de preparo e de consumo

indígenas que foram assimilados pela culinária do Brasil .Entre os quais podem ser destacados:

Mandioca

O uso da farinha de mandioca em beijus, tapiocas e pirão;

Alimentos cozidos ou assados em folhas de bananeira;

Milho

Refeições à base de milho;

E consumo de paçoca, uma espécie de farofa feita com peixe ou carne pilados com farinha.

Culinária Regional do Norte

Biju

A culinária regional do norte do Brasil recebeu grande influência dos costumes indígenas.

De acordo com o ecólogo Adéilson Lopes da Silva, da equipe do programa Rio Negro, do Instituto Socioambiental (ISA), elementos da culinária indígena do alto do Rio Negro têm grande potencial gastronômico, como o tucupi preto, os óleos de palmeiras, o mel de abelhas nativas e os cogumelos comestíveis.

Ingredientes da culinária indígena

Tipos de peixes de água doce: acari, auanã-dourado, cascudo, surubim, pirapitinga, piranambu (Brachyplathystoma filamentosum), tucunaré, tambaqui, pirarucu, tainha, camurupim, ituí-cavalo, judiá, xaréu, curimatá, cangati, piranha e entre outros;

Tipos de tartarugas: juruá-açu, capitari, tracajá, matamatá, cabeçudo, pitiú;

Vegetais e frutas da floresta: açáí, bacaca, buriti, taperebá, ginja, pupunha, murici, uamari, cupuaçu, bacuri, camapu, uxi, angá, piquiá, camutim, cutitiribá, grumixama, cubiu, guaraná e outros;

Especiarias locais: pimentas cajurana, mata-frade, murupi, camapu, murici, olho-de-peixe, ova de aruana, pimenta de-cheiro, olho-de-pomba e outros.

Receitas mais populares

Entre os alimentos líquidos indígenas encontra-se a origem do tacacá, do tucupi, da canjica e da pamonha.

Tacacá

O tacacá surge a partir do sumo da mandioca cozida, chamado manipueira, no processo de fabricação de farinha de mandioca, misturado com caldo de peixe ou caldo de carne, alho, pimenta e sal.

Tucupi

O tucupi, surge a partir da fervura mais demorada do sumo da mandioca cozida.

Canjica

A canjica era uma pasta de milho puro até receber o leite, o açúcar e a canela dos portugueses, ganhando adaptações de acordo com o preparo, como o mungunzá, nome africano para o milho cozido com leite, e o curau, feito com milho mais grosso.

Pamonha

A pamonha era um bolo mais grosso de milho ou arroz envolvido em folhas de bananeira. Fabricavam também bebidas alucinógenas para reuniões sociais ou religiosas como a jurema no Nordeste.

Jiquitaia

A jiquitaia é um uma mistura de diferentes tipos de pimentas secas ao sol e piladas com sal, essa mistura, elaborada pelos índios Baniwa, é vendida na cidade de São Paulo e utilizada por chefs de cozinha.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um programa do governo do Brasil que visa a fornecer atendimento médico a comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a Lei Nº 8.080/90, criando-o no Sistema Único de Saúde. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas(DSEI).