

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA DAS POLÍTICAS VOLTADAS AOS INDÍGENAS NO BRASIL

Fernanda Casagrande¹, Verônica Gronau Luz²

¹Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFGD – Área de Concentração: Atenção a Saúde Indígena. Email: fer.casagrande@yahoo.com.br.

²Docente da Faculdade de Ciências da Saúde – Curso de Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD/MS. Email: veronicagronauluz@gmail.com.

Resumo: A política voltada para as populações indígenas no Brasil tem origem em 1910 com a criação do SPI – Serviço de Proteção ao Índio, órgão guiado por princípios que visavam integrar e assimilar os indígenas brasileiros à sociedade nacional. O SPI, esteve de mãos dadas com o processo colonial que, ao longo dos anos, foi responsável pelo processo de territorialidade dos povos indígenas, caracterizado pela criação de pequenas reservas e pela retirada das suas terras de ocupação tradicional, motivos da paulatina perda da auto-sustentabilidade e da progressiva insegurança alimentar e nutricional, ações estas que, a partir de 1967, passaram a ser exercidas pela Fundação Nacional do Índio – FUNAI. O presente estudo pretende, a partir de fontes documentais e bibliográficas, analisar a trajetória das políticas de saúde indígena, verificando continuidades e descontinuidades, com enfoque na área de alimentação e nutrição, principalmente na segurança alimentar e nutricional, tendo em perspectiva o contexto econômico, político e social do país, nos momentos históricos em que foram implantadas tais políticas. O final dos anos 1980, com a promulgação da Constituição Federal, marca o florescer de uma nova forma de olhar essas populações atentando para os indígenas como seres com direitos específicos, sendo-lhes reconhecidos as suas formas de organização social, costumes, línguas e acesso às terras de ocupação tradicional, bem como os direitos à autonomia, a consulta prévia, protagonismo e participação nas políticas que lhes afetam. Foi no bojo destas transformações que a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde – assume a saúde indígena, descentralizando os atendimentos de baixa complexidade em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, espalhados pelo país. Hoje, a saúde indígena é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, órgão ligado ao Ministério da Saúde, por meio do Subsistema de Saúde Indígena do SUS. O presente estudo demonstra que o conhecimento das condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas assume uma importância que não se restringe às relações entre a alimentação e os perfis de saúde destes povos. Ele constitui, já de início, uma “janela” para o acompanhamento e o entendimento dos processos de intensas mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais a que estes povos vêm sendo submetidos desde os seus primeiros contatos com não índios e das implicações, sobre seus perfis de saúde e nutrição, daí decorrentes.

Palavras chave: Saúde Indígena; Segurança Alimentar e Nutricional; Políticas Públicas.

GT 4: Saúde Indígena.

Introdução

Escrever e estudar sobre as populações indígenas do Brasil, em pleno século XXI, significa compreender uma diversidade de povos, com características e costumes diferentes dos padrões culturais da sociedade não índia, principalmente no que se refere à história, sistemas sociais e econômicos, línguas, culturas e crenças (VIEIRA, 2013).

Atualmente, de acordo com o Censo IBGE (BRASIL, 2010), o Brasil conta com 896.917 pessoas que se autodeclararam indígenas. São aproximadamente 243 povos indígenas, falantes de 150 línguas diferentes (ISA, 2016), o que representa uma diversidade de saberes e modos de viver. Essa diversidade está distribuída nas cidades e nas Terras Indígenas demarcadas ou não pelo Estado no interior do país, fato que impõe desafios para garantir os direitos desses cidadãos. A incapacidade por parte do Estado para reconhecer as variadas formas de viver em seu interior, faz com que os povos indígenas estejam imersos em situações de desigualdade social que os levam a viver uma desigualdade em saúde (CRUZ, 2015).

A história dos Povos Indígenas no Brasil é uma história marcada por sistemáticos atos de violência de todos os tipos, configurando graves violações de direitos humanos, legitimadas pelo próprio Estado Brasileiro ou com a conivência deste. Profundos danos materiais e imateriais, como a perda de seus territórios ancestrais, a quase extinção da cultura e outras diferentes formas de violência e violação de seus direitos humanos são o resultado de uma política de desrespeito, desamparo, abandono institucional e também de ações que se deram através dos agentes públicos, contrárias às normas garantidoras dos seus direitos (FRANCESCHINI, 2016).

Historicamente, as políticas indigenistas implementadas pelo Estado brasileiro caracterizaram-se por forte discurso assimilacionista, no sentido de que os povos indígenas iriam desaparecer como sociedades culturalmente diferenciadas, amalgamando-se com a sociedade nacional brasileira. A partir dos anos 80, observam-se mudanças substanciais nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas. Essa nova perspectiva, expressa na Constituição Federal de 1988, garante o reconhecimento e o respeito à sociodiversidade indígena no Brasil (SANTOS, 2012).

A nova Constituição garantiu aos povos indígenas acesso universal aos serviços de saúde, atenção à saúde que respeite suas especificidades culturais e práticas tradicionais e participação. Em 1999 foi aprovado o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena no Brasil e novas fronteiras de ação e comunicação foram criadas pelo Estado Brasileiro, visando a

inclusão dos povos indígenas no planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas e ações nas Terras Indígenas (DIEHL e LANGDON 2015).

Desde o final de 2010, entretanto, esse subsistema passou a ser subordinado diretamente ao Ministério da Saúde, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na estrutura do Ministério da Saúde. A criação da secretaria representa apenas um passo inicial para um longo processo de efetivação do modelo em ações práticas e resolutivas dos problemas de saúde (CARDOSO, 2014).

À luz destas considerações e para estimular um debate sobre a situação atual de saúde da população indígena, o presente estudo pretende, a partir de fontes documentais e bibliográficas, analisar a trajetória das políticas de saúde indígena no Brasil durante os últimos 100 anos, verificando continuidades e descontinuidades, com enfoque na área da alimentação e nutrição, principalmente na segurança alimentar e nutricional, tendo em perspectiva o contexto econômico, político e social do país, nos momentos históricos em que foram implantadas tais políticas.

Ademais, pretende mostrar como, mesmo sob essa nova perspectiva, a saúde indígena persiste com reproduções de práticas e ideais colonizadoras.

Antecedentes Históricos

A população indígena, no Brasil, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos) (BRASIL, 2002).

Despovoamento, portanto, eis o primeiro traço da história indígena no Brasil, como, de fato, ocorreu em toda a América em proporções gigantescas. Destaca-se que essa longa história foi, na verdade, uma história de “mal entendidos”, em que houve pouco esforço na tentativa de conhecer e respeitar o “outro”, portador da diferença, da alteridade. A tentativa dos europeus, desde o início, sempre foi a de dominar, de colocar as populações nativas a serviço do grande projeto de colonização e cristianização dessas terras (VIEIRA, 2013).

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a

expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que se destinava a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional, assegurando a implementação de uma estratégia de ocupação territorial do país (BRASIL, 2002).

Com isso a Igreja deixou de ter a hegemonia no tocante ao trabalho de assistência junto aos índios, de modo que a política de catequese passou a coexistir com a política de proteção por parte do Estado. Além disso, buscou-se centralizar a política indigenista, reduzindo o papel que os estados desempenhavam em relação às decisões sobre o destino dos povos indígenas (FUNAI, 2016).

A política de administração dos índios pela União, nessa época, estabelecia sua relativa incapacidade jurídica e o poder de tutela ao SPI. Estes recursos, entretanto, partiam de uma noção genérica de índio. Não foram desenvolvidos critérios objetivos que pudessem dar conta da diversidade de situações vividas pelos povos indígenas no Brasil. Na base ideológica desse órgão estava a ideia de que o índio era um ser em estado transitório. Seu destino seria tornar-se trabalhador rural ou proletário urbano, além da premissa da integração pacífica dos índios a sociedade nacional. Desse modo é possível dizer que o SPI foi formado em continuidade com premissas coloniais. Seu modo de atuação, formado a partir de doutrinas positivistas, incorporou técnicas missionárias tais como: distribuir presentes, vestir os índios e ensinar-lhes a tocar instrumentos musicais ocidentais. (ISA, 2016).

Ao longo de sua atuação, o SPI não ofereceu uma estrutura organizada voltada especificamente para o tema da saúde indígena. Os registros de surtos epidêmicos, falta de assistência às populações indígenas e a fragilidade do SPI, constavam nos relatórios e inquéritos realizados nos interior desse Serviço, desde suas origens até os últimos anos de atuação (BRITO, 2011).

A disseminação de doenças e a ocorrência de epidemias para as quais os povos em guerra ou dominados tinham baixa imunidade contribuiu para a conquista dos povos indígenas do Brasil na época colonial. O contágio da varíola, gripe, tuberculose, pneumonia, coqueluche, sarampo e outras viroses dizimaram milhares de índios. Nas primeiras décadas do século XX, essa realidade não foi alterada: nos grupos recém-contatados pelo SPI, aldeias inteiras foram destruídas por doenças pulmonares. Ao causar alta mortalidade, o pós-contato iniciava o desequilíbrio das condições de sobrevivência de um povo que já enfrentava doenças

endêmicas como verminoses e malárias, passando a conviver com a desnutrição, a dificuldade de produção de alimentos e a falta de cuidados sanitários (FUNAI, 2016).

Algumas décadas após a criação do SPI é que foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma regular. A iniciativa mais próxima nesse sentido resultou da atuação do médico Noel Nutels, introduzido à realidade da saúde indígena pela expedição Roncador-Xingu, na década de 1940 (SANTOS, 2012).

Em 1952, Nutels elaborou um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, no qual destacou a importância de serem criadas barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas. Ele frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas como: malária, tuberculose, hanseníase, entre outras, que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas. O plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas, que não se restringiam a intervenções médico-curativas nem eram exclusivas para os povos indígenas (SANTOS, 2012).

Entretanto o plano de Nutels foi posto em ação somente em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), cujo objetivo enfatizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas. Apesar dos esforços do pequeno grupo de idealistas liderados por Nutels, o SUSA, inclusive pela própria extensão territorial do país, insuficiência de recursos e complexidade da questão da saúde nacional, não conseguiu reverter a gravidade do quadro de saúde da população rural em geral e da indígena em particular. (SANTOS, 2012).

Permanentemente carente de recursos, o SPI acabou por envolver pessoas que não possuíam qualquer preparação ou interesse pela proteção aos índios. Sua atuação frente aos Postos Indígenas de todo o país acabaram por gerar resultados essencialmente opostos a esta proposta. Casos de fome, doença e escravidão eram permanentemente denunciados. Sob acusações de genocídio, corrupção e ineficiência o SPI foi investigado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) e em 1967 em meio a crise institucional e ao início da ditadura, o SPI foi extinto e substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (ISA, 2016).

Quando o SPI foi extinto e criada a FUNAI, uma divisão de saúde foi implementada dentro da nova instituição. Os serviços de saúde da FUNAI foram organizados em torno do conceito, que surgiu com o SUSA, de “Equipes Volantes de Saúde” (EVS). Em tese cada EVS deveria se constituir com médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de

meios de transporte para levá-la a visitas regulares às aldeias. O suporte na cidade seria oferecido pelas Casas do Índio, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade. Ligadas aos postos da FUNAI, nas aldeias havia pequenas estruturas, designadas enfermarias que, com algumas exceções, na prática não passavam de precárias farmácias com estoque irregular de medicamentos. Os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente de baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, era necessário fretar aviões e helicópteros. As equipes, que frequentemente não tinham medicamentos nem o equipamento médico mais básico, também sofriam com uma insuficiência de pessoal (SANTOS, 2012).

As precárias condições de vida enfrentadas pelos funcionários nos postos da FUNAI, juntamente com os baixos salários, desencorajavam pessoas mais qualificadas a seguir carreira no órgão. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais de saúde. Não raro, tratamentos de longa duração eram interrompidos, às vezes por muitos meses, até que um funcionário pudesse ser repostado (SANTOS, 2012).

Nas décadas de 1980 e 1990, a FUNAI passou por uma fase de grande instabilidade, com frequentes mudanças políticas e estruturais. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Desde a criação da FUNAI, diferentes instituições e órgãos governamentais se responsabilizaram pelo atendimento aos índios. As diretrizes foram alteradas diversas vezes, mas, com exceção de alguns casos, em nenhum momento a situação sanitária nas aldeias foi realmente satisfatória (SANTOS, 2012).

Fica evidente que não havia uma política de saúde indígena no país. As iniciativas planejadas e executadas eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população brasileira em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços e, na maioria das vezes, os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam o atendimento aos indígenas, já que a FUNAI centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas (SANTOS, 2012).

Nos anos 1980, com a democratização do país, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas passou a ter mais destaque. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco na política de saúde no país e também para a saúde indígena. A Conferência aprovou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas. Este encontro objetivava avaliar a situação de saúde dos índios e criar uma política efetiva para as populações indígenas frente à municipalização da saúde. Até a I Conferência, não existia uma política sobre saúde indígena e nunca chegaram a ser estabelecidos serviços

realmente adequados de atendimento à saúde do índio (MARQUES, 2003; LANGDON, 1999).

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas contou com a participação de representantes indígenas, indigenistas, de organizações governamentais e não governamentais, que formularam os pressupostos para o futuro Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (MARQUES, 2003).

Outro grande avanço em prol da cidadania para os povos indígenas foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 que institui a saúde como resultante de diversas condições, tais como alimentação, educação, trabalho, renda, acesso aos serviços de saúde, dentre outras, sendo um direito garantido por meio da implantação de políticas econômicas e sociais, que devem promover a integração de diversos setores de governo (CUSTÓDIO, *et al.* 2011).

A Constituição também estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O reconhecimento dos direitos indígenas e o caráter pluricultural dos Estados está também presente na Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, aprovada em 1989 pela Organização Internacional do Trabalho – OIT. Este documento “foi o primeiro instrumento jurídico internacional concebido especificamente com o objetivo de salvaguardar os direitos indígenas”. O que é significativo desta Convenção é a eliminação do caráter integracionista, e o reconhecimento que a diversidade étnico-cultural dos povos indígenas deve ser respeitada em todas as suas dimensões, reforçando os seus direitos, incluindo aspectos tais como emprego, educação, e saúde entre outros. (LANGDON, 1999).

No ano de 1990 ocorre a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no Ministério da Saúde e começa a organização dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), entendidos como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária, com controle social. Uma unidade organizacional da FUNASA, que assume a responsabilidade de executar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio. Para implementação dos distritos, a FUNASA firma convênio com organizações governamentais e não governamentais prestadoras de serviços (BRASIL, 2016).

Apesar das Conferências, não houve na década de 1990 uma política de saúde adequada que definisse ações e serviços para os povos indígenas. A responsabilidade pela saúde indígena flutuou entre a FUNAI e a FUNASA, sem recursos adequados e contando com algumas missões religiosas e universidades para a prestação de cuidados de saúde às comunidades indígenas específicas (DIEHL e LANGDON, 2015).

Em 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas a qual contou pela primeira vez com a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas. A II Conferência formulou também o modelo de atenção à saúde indígena pautado em abordagem diferenciada e global, contemplando assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação e meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. As diretrizes apontaram o DSEI como modelo de atenção. (MARQUES, 2003).

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. Como o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária enfatizava a ideia de um único sistema de saúde, vingou a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo assim uma vinculação hierárquica entre essas instâncias. Sob essa configuração o Subsistema de Saúde Indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca (GARNELO, 2003).

Essa Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os DSEI. A partir desta Lei, foram criados 34 DSEIs, que estão espalhados em quase todo território brasileiro (MARQUES, 2003).

Para garantir estes direitos frente à diversidade cultural indígena, o Subsistema foi estabelecido sob a bandeira da ‘atenção diferenciada’, ou seja, a provisão de serviços de saúde através de uma estrutura separada, porém parte integrante do SUS, que articulam com, ou incorporam, as práticas tradicionais das comunidades. Vários espaços de participação foram criados para as organizações e comunidades indígenas nos níveis nacional, regionais e locais (DIEHL e LANGDON, 2015).

Após ter sido instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e terem sido implantados os DSEI no país, foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, com o objetivo de analisar os obstáculos e avanços na implantação dos DSEI no âmbito do SUS, bem como propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social (MARQUES, 2003).

Finalmente, em 31 de janeiro de 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi aprovada pelo Ministério da Saúde reafirmando os 34 DSEI já implantados. A política tem como propósito:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essas populações mais vulneráveis aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

Mais recentemente, em 2010, o governo federal criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde, de modo a conferir maior eficácia ao Subsistema de Saúde Indígena do SUS. Na última década, a proteção e a promoção dos direitos dos povos indígenas se tornou a base fundamental de atuação do Estado, e os esforços centraram-se na superação de paradigmas conceituais de tutela e assistencialismo que historicamente referenciaram as ações governamentais com os povos indígenas no Brasil (FUNAI, 2016).

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena representa um avanço na efetivação dos direitos dos povos indígenas a atenção diferenciada, que é, há tantos anos, objeto de luta dos militantes da causa indígena. No momento atual tem-se os primeiros passos na reformulação do subsistema com a nova Secretaria, mas não há, ainda, clareza sobre os rumos futuros da política de saúde indígena (GARNELO, 2012).

Além disso, a multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema gera uma dinâmica de gestão muito complexa, pois a disparidade de interesses, prioridades e formas de funcionamento dos atores institucionais envolvidos dificulta uma interação harmoniosa entre eles (GARNELO, 2012).

Saúde, alimentação e nutrição e a imensa diversidade sociocultural

Quando nos referimos aos povos indígenas no Brasil estamos falando de mais de 200 etnias distintas. São muitos povos, cada um com um conjunto igualmente diverso de concepções sobre sua saúde e alimentação. Além disso, tem saberes tradicionais, pautados em sua cultura, entretanto o sistema de saúde atual, focado no modelo biomédico se sobrepõe aos conhecimentos tradicionais, deslegitimando seus saberes e práticas. O modo como os profissionais de saúde entendem as relações entre a saúde e alimentação, e mesmo o que eles entendem por alimentação e saúde, é, geralmente, muito diferente das diversas formas pelas

quais os muitos povos indígenas do país podem compreendê-las. E é o conjunto atual de saberes biomédicos sobre alimentação e saúde que orienta os serviços oficiais que hoje atendem aos povos indígenas (MENDONÇA, 2010).

Por isso é preciso que falemos em “saúdes” e “alimentações” indígena visto a imensa diversidade sociocultural dessas populações. Além disso, é fundamental que se reconheça a legitimidade dos saberes e práticas tradicionais (GARNELO, 2012).

A nutrição é uma possível perspectiva quando se fala em alimentação indígena. O perfil nutricional pode ser visto como um indicador das condições de vida da população, e por isso deve ser conhecido e acompanhado. Os dados hoje disponíveis apontam um cenário preocupante no que se refere às condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas do país.

Há um conjunto de evidências bastante consolidado de que os povos indígenas de nosso país são hoje, particularmente, vulneráveis à ocorrência de problemas nutricionais, como a desnutrição e a obesidade. Isso acontece em decorrência de uma série de transformações em seus modos de vida, desde os primeiros contatos com não índios (LEITE, 2012).

Tem se observado uma grande mudança no tipo de alimentação dos povos indígenas, de modo que ela fica cada vez mais semelhante à alimentação dos não índios. A partir do contato, passam a consumir alimentos até então desconhecidos ou não utilizados na alimentação. Além disso, o modo de obtenção dos alimentos também passou por mudanças. Hoje, o acesso a alimentos costuma se dar mediante aquisição comercial, doações de caráter emergencial, alimentação escolar e outros.

Com relação a composição da dieta, as mudanças se manifestam em um aumento do consumo de carboidratos (açúcares), gorduras e sódio (sal). Ao mesmo tempo, diminuem as quantidades de vitaminas, minerais e fibras da dieta, como resultado do processamento industrial de grande parte dos alimentos disponíveis para aquisição comercial. Em outras palavras, podemos dizer que acontece um empobrecimento da dieta, uma ocidentalização da dieta. A preocupação se justifica na medida em que tal mudança na alimentação favorece o ganho de peso e o surgimento de doenças a ele associadas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, além de também favorecer a ocorrência de problemas carenciais (desnutrição, anemia, hipovitaminoses) (LEITE, 2012).

Importante destacar o que Leite escreve sobre as diferentes concepções de saúde:

Não devemos esquecer, no entanto, que referimo-nos aqui a um ponto de vista específico, o da medicina ocidental, que irá avaliar e dizer o que

considera problemas de saúde e nutrição. A população não terá necessariamente o mesmo entendimento, ou seja, poderá não considerar preocupante o caso de um indivíduo diagnosticado por um profissional de saúde não índio como obeso, ou como desnutrido. Este é um dado fundamental a ser considerado pelos serviços de saúde, e reflete tão somente a existência de pontos de vista distintos sobre uma situação, assim como as visões de mundo e sistemas médicos daqueles que os pronunciam. São ambos, logicamente, corretos e legítimos (LEITE, 2012).

Compreender a situação de alimentação e nutrição é fundamental para que a atuação dos profissionais de saúde se traduza em uma atenção diferenciada à saúde indígena.

Segurança alimentar e nutricional e povos indígenas

Há poucas e dispersas informações sobre a segurança alimentar e nutricional em sociedades indígenas. Além disso, as preocupações com o tema em sociedades indígenas são recentes. A III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, deliberou, como um dos principais desafios para o governo brasileiro, em parceria com as organizações indígenas e indigenistas, pela garantia da segurança alimentar com a implementação de uma política específica de Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas (SALGADO, 2007).

Segurança Alimentar e Nutricional consiste em garantir a todos condições de acesso a alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana. Esse conceito foi desenvolvido na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar realizada em 1994, em Brasília (BRASIL, 1996).

No ano de 2002, no “Primeiro Seminário Nacional para Articulação de uma Política Pública de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável para os Povos Indígenas”, em suas deliberações finais, foi aprovada uma proposta de realização de oficinas regionais para discussão e aprofundamento da questão. Após a realização de 17 oficinas regionais, foi realizado, em novembro de 2003, com a participação de 680 lideranças indígenas, o “Primeiro Fórum Nacional para a Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil” que definiu diretrizes e recomendações para a formulação de uma política pública, com as seguintes considerações:

Constatamos que os problemas de auto-sustentação estão presentes na maioria das Terras Indígenas. Os problemas de fome e carência alimentar manifestam-se em todas as regiões, com alto índice de

mortalidade infantil, principalmente nas terras invadidas e impactadas pelos grandes projetos e intrusão de fazendeiros, garimpeiros, madeireiros e posseiros, sendo agravados pela seca que assola principalmente os povos indígenas do Nordeste. Esses fatores ocasionam um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, retratando o descaso da sociedade envolvente e de diversos governos para com os povos indígenas. Diante dessa situação, apresentamos as diretrizes e propostas, acerca dos temas discutidos nas oficinas: território, atividades produtivas, recursos naturais, alimentação e nutrição, saúde, educação e controle social, que são pertinentes e fundamentais para a construção dessa política, tendo como prioridade a garantia da terra com os seus territórios regularizados como eixo central para nossa segurança alimentar e nutricional e desenvolvimento sustentável das nossas comunidades (BRASIL, MDA. Fórum, 2003, p.2).

Historicamente, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) vem sendo fortalecido, ampliado e refletido na intersetorialidade das políticas públicas federais (CUSTÓDIO *et al.*, 2011).

Entretanto a segurança alimentar e nutricional das sociedades indígenas é tratada pelo Estado, ainda sem o efetivo atendimento dessas reivindicações e sem uma política pública definida de enfrentamento efetivo da fome e da miséria (SALGADO, 2007).

A perda do território, da mata enquanto espaço vital, e o confinamento prejudicaram enormemente o modo de viver destes povos, que, desde que foram expulsos de suas terras, vivem – seja em áreas de retomadas, nas próprias reservas ou na beira de estradas – sem condições dignas de vida, submetidos à fome, à violência e às demais violações aos seus direitos humanos (FRANCESQUINI, 2016).

Nas áreas de retomada, como é o caso de algumas comunidades, não há espaço para plantar seus alimentos, não há acesso a políticas públicas adequadas e não há condições dignas de produção e de renda, o que gera a gravíssima situação de insegurança alimentar e nutricional. Além disso, a quebra da sua relação ancestral e sagrada com a terra gera efeitos graves sobre a saúde destes povos ao submete los a condições degradantes de vida. Para os povos indígenas, existe uma forte relação entre a terra e a saúde: para estes povos, a terra é que lhes traz saúde. Assim, o confinamento em diminutos pedaços de terra e as péssimas condições de vida, de moradia, a fome, a falta de saneamento básico, os fortes indícios de estarem consumindo e utilizando água contaminada por agrotóxicos, a discriminação, o medo cotidiano, as ameaças e a violência são fatores que têm influência direta no estado de saúde destas comunidades (FRANCESQUINI, 2016).

Considerações finais

Os povos indígenas no Brasil vêm enfrentando um contínuo processo de transformação ao longo do tempo, o que em larga medida é decorrente da interação com a sociedade não indígena. Essas transformações repercutem em diferentes âmbitos, dentre os quais pode-se destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relações políticas travadas interna e externamente às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam (BASTA, ORELLANA e ARANTES, 2012).

A intenção deste capítulo é promover uma análise da trajetória da saúde indígena e das políticas de saúde indígena com foco na área da alimentação e nutrição, sem a pretensão de esgotar o tema e demonstrar que a situação de saúde, verificada entre os grupos nativos no Brasil contemporâneo, está intrinsecamente relacionado às transformações acima destacadas. Uma vez que os fatores determinantes do processo saúde-doença são altamente diversificados, o perfil delineado pode variar substancialmente de um grupo para outro, e muitas vezes dentro de uma mesma etnia.

O conhecimento das condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas do país assume uma importância que não se restringe às relações entre a alimentação e os perfis de saúde destes povos. Ele constitui, já de início, uma “janela” para o acompanhamento e o entendimento dos processos de intensas mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais a que estes povos vêm sendo submetidos e das implicações, sobre seus perfis de saúde e nutrição. Nesse sentido, deve se reconhecer como inaceitável a própria escassez de informações e dados que ainda hoje prevalece, e que constitui mais uma evidência marcante destas distâncias como uma barreira a ser superada no caminho da redução das desigualdades.

A política nacional de saúde indígena necessita ser mais indígena que nacional, pois é para os indígenas, mas ainda hoje esta assentada nos conceitos e aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e organizativos da sociedade nacional.

A extensão da cobertura nas aldeias e a manutenção de uma rede resolutiva e culturalmente sensível de atenção à saúde são caminhos insubstituíveis para a promoção da desejada equidade que pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e sanitárias que hoje incidem pesadamente sobre os povos indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIEIRA, CMN. Sociodiversidade Indígena no Brasil e em Mato Grosso do Sul. Em: Culturas e Histórias dos Povos Indígenas em Mato Grosso do Sul. Antonio H. Arguilera Urquiza, organizador. – Campo Grande, MS: Ed. UFMS. 2013.

IBGE – Indígena. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <<http://indigenas.ibge.gov.br/>> Acesso em setembro de 2016.

ISA – Instituto Socioambiental. <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quantos-sao/o-censo-2010-e-os-povos-indigenas>> Acesso em: setembro de 2016.

FUNAI – Fundação Nacional do Índio < <http://www.funai.gov.br/>> Acesso em setembro de 2016.

SESAI – Secretaria Especial de Atenção a Saúde Indígena. < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai> > Acesso em setembro de 2016

CRUZ, L.G.M.M. Percepções de pacientes indígenas sobre o processo de hospitalização no Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília/UnB. 2015.

FRANCESCHINI, Thaís. O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo / Thaís Franceschini – Brasília: FIAN Brasil, 2016. 87 p.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

SANTOS, R.V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. 2012.

DIELH e LANGDON, L. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. Universitas Humanística no.80 julio-diciembre de 2015 pp: 213-236 bogotá - colombia issn 0120-4807.

CARDOSO, M.D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad. Saúde Pública vol.30 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2014.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. Em GarneLO e Pontes (Orgs.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tema* (pp. 18-59). Brasília: MEC-SECADI/UNICEF. 2012.

GARNELO, L. SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):311-317, jan-fev, 2003.

LEITE, MSF. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. Em GarneLO e Pontes (Orgs.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tema* (pp. 18-59). Brasília: MEC-SECADI/UNICEF. 2012.

MENDONÇA, SBM. Saúde Indígena: Distancias que Aproximam. Brasil. Em: Cadernos Humaniza SUS. Volume 2 – Atenção Básica. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 2010.

BASTA, PC, ORELLANA, JDY e ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. Em Garnelo e Pontes (Orgs.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tema* (pp. 18-59). Brasília: MEC SECADI/UNICEF. 2012.

BRITO, Carolina Arouca Gomes. Medicina e antropologia: atenção à saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956) / Carolina Arouca Gomes de Brito. – Rio de Janeiro: s.n., 2011. 115 f.

MARQUES, IMSF. A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso. Mestrado em Saúde Pública/Subárea Políticas Públicas e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.

CUSTÓDIO, M. B., FURQUIM, N. R. SANTOS, G. M. M. e CYRILLO, D. C. Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 18(1): 1-10, 2011.

PALHETA, RP. Política Indigenista de Saúde no Brasil – Questões da nossa época. São Paulo. Cortez, 2015. Volume 55.

SALGADO, CAB. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. *Revista de Estudos e Pesquisas*, FUNAI, Brasília, v.4, n.1, p.131-186, jul. 2007.