

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e

Aprendizagem

Felipe Bulzico da Silva

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E EDUCAÇÃO ESCOLAR
INDÍGENA: UMA ANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS**

BAURU

2017

Felipe Bulzico da Silva

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E EDUCAÇÃO ESCOLAR
INDÍGENA: UMA ANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação do Prof. Dr. Kester Carrara.

BAURU

2017

Silva, Felipe Bulzico da.

Política Nacional de Saúde Indígena e Educação
Escolar Indígena: Uma Análise de Contingências /
Felipe Bulzico da Silva, 2017
128 f.

Orientador: Kester Carrara

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2017

1. Saúde indígena. 2. Educação escolar indígena. 3.
Análise do comportamento. 4. Documentos oficiais. 5.
Antropologia. I. Universidade Estadual Paulista.
Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de FELIPE BULZICO DA SILVA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 30 dias do mês de março do ano de 2017, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. KESTER CARRARA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARINA SOUTO LOPES BEZERRA DE CASTRO do(a) Educação Especial / Faculdade de Tecnologia, Ciências e Educação (FATECE) - Pirassununga, Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de FELIPE BULZICO DA SILVA, intitulada **Política Nacional de Saúde Indígena e Educação Escolar Indígena: Uma Análise de Contingências**. Após a exposição, o discente foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. KESTER CARRARA

Prof. Dra. MARINA SOUTO LOPES BEZERRA DE CASTRO

Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE FELIPE BULZICO DA SILVA
DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA - UMA ANÁLISE DE CONTINGÊNCIAS

Política Nacional de Saúde Indígena
e Educação Escolar Indígena - Uma
Análise de Contingências.

Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauri, Prof. Dr. MARINA SOUTO LOPES
BEZERRA DE CASTRO do(a) Educação Especial / Faculdade de Tecnologia, Ciências e Educação
(FATECE) - Pirassununga, Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR do(a) Departamento de Psicologia /
Faculdade de Ciências - UNESP/Bauri, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição
pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE FELIPE BULZICO DA SILVA, intitulada Política
Nacional de Saúde Indígena e Educação Escolar Indígena: Uma Análise de Contingências. Após
a exposição, o discente foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo
recebido o conceito final: aprovado. Nesta mais arguição, foi lida a presente ata, que
foi lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. KESTER CARARA

Prof. Dra. MARINA SOUTO LOPES BEZERRA DE CASTRO

Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR

Para os meus pais, Marineide e
Nathan.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que mais diretamente contribuíram para que este trabalho tomasse sua forma:

Ao Kester Carrara, pela orientação segura, ensinamentos acadêmicos e modelo como pessoa;

Aos meus amigos e às minhas amigas Terena e Kaingáng, parceiros e parceiras de caminhada;

À banca examinadora, Marina Souto Lopes Bezerra de Castro e Jair Lopes Júnior, este último também na condição de docente do programa de mestrado, pelas valiosas contribuições;

Ao Dinael Corrêa de Campos, sem o qual o começo da caminhada não teria a mesma graça;

Aos funcionários da FUNAI/Bauru, presentes desde o início, sobretudo à Patrícia e Nilza;

Ao Diego Mansano Fernandes, pelas conversas sempre proveitosas e algumas sugestões de leitura;

Aos docentes do programa de mestrado, especialmente ao Diego Zilio e à Sandra Calais;

Aos funcionários da secretaria da Pós, sobretudo à Gethiely e ao Matheus, sempre solícitos.

Aos colegas e amigos de mestrado e de GEPEDEC, pelas discussões e momentos de descontração;

À minha avó real, dona Ignês, que, mesmo estando longe, sempre se manteve por perto.

Aos meus avós classificatórios, Mateus e dona Loiry, pelas ajudas de que precisava;

À Sandra, pela companhia;

Aos meus pais, por tudo.

SILVA, Felipe Bulzico da. **Política nacional de saúde indígena e educação escolar indígena: uma análise de contingências**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

RESUMO

O último Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010) com a população indígena brasileira revelou uma ampla diversidade étnica e linguística no país, com estimados 305 povos indígenas e 274 línguas faladas. Apesar dessa diversidade, desde os anos 70, os índios brasileiros têm se mobilizado e assumido um papel cada vez mais proeminente no cenário político, tanto a nível local como nacional. Nesse contexto, a Constituição Federal (CF) de 1988 consolidou o direito dos povos indígenas aos territórios que tradicionalmente ocupam e o reconhecimento de suas especificidades étnico-culturais. A CF/88 estabeleceu a base às legislações indigenistas posteriores de saúde indígena e educação escolar indígena, sobre as quais trata a presente pesquisa. Assim, este estudo objetivou examinar a Portaria nº 254/02 do Ministério da Saúde (MS) – que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) – e o Decreto nº 6.861/09 – que organizou a educação escolar indígena em territórios etnoeducacionais (TEE) – sob a perspectiva das contingências de reforço. Com esse exame, o qual tomou como modelo estudos de outros analistas do comportamento que se debruçaram sobre outros textos legais (CARVALHO, 2013; KUBO; BOTOMÉ, 2002; MARTINS, 2009; SANTOS *et al.*, 2009; TODOROV *et al.*, 2004), pretendeu-se ponderar acerca de alguns dos limites e possibilidades desses documentos, no sentido de quão claras eram suas proposições. Reconheço que o comportamento daqueles em condições de aplicar as recomendações da Portaria e do Decreto presumivelmente não está apenas sob controle do que consta nesses documentos. Contudo, esse reconhecimento não deve diminuir a importância da busca por uma maior clareza na redação desses textos, visto que tais textos também constituem fontes importantes de variáveis a exercer controle sobre o

comportamento daqueles a quem eles se destinam. Da leitura do primeiro texto foram inferidas 37 contingências, as quais foram agrupadas, depois dessas inferências, em cinco categorias: organização infraestrutural do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas; diretrizes concernentes à atuação profissional de membros das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); relações entre os territórios indígenas e a questão da saúde; ações específicas em situações especiais e responsabilidades institucionais. Do segundo texto foram inferidas 13 contingências, as quais foram agrupadas, depois dessas inferências, em três categorias: organização do modelo da educação escolar indígena; escolas indígenas e financiamento. A partir do exame feito, o qual foi incipiente e não se arrogou a pretensão de esgotar o assunto, argumentou-se que, embora os documentos objeto de exame representassem avanços importantes em seus respectivos campos, a Portaria sistematizando as recomendações das I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena e o Decreto propondo uma inovação da organização do modelo de educação escolar indígena, como limites de ambos os documentos, eles são pouco operacionalizados, ocasionalmente carecendo de explicitação dos três termos de uma contingência e empregando termos gerais, vagos e/ou imprecisos, os quais, como ressaltam Santos *et al.* (2009), podem impor dificuldades àqueles a quem se destinam as orientações.

Palavras-chave: Saúde indígena. Educação escolar indígena. Análise do comportamento. Documentos oficiais. Antropologia.

SILVA, Felipe Bulzico da. **National policy of indigenous health and indigenous scholar education: a contingency analysis**. 2017. 128 f. Dissertation (Master in Psychology of Development and Learning) – UNESP, School of Sciences, Bauru, 2017.

ABSTRACT

The last Demographic Census made by IBGE (2010) with Brazilian indigenous people revealed a large ethnic and linguistic diversity, estimating 305 indigenous people and 274 spoken languages. Despite this diversity, since the 70's, Brazilian Indians have been mobilized themselves and assumed a prominent role in the political arena, both in local and national levels. In this context, the Federal Constitution of 1988 has consolidated the indigenous right concerning to the land that indigenous people traditionally occupy and their ethnical specificities. The Federal Constitution of 1988 established the bases for the formulation of later indigenous legislations concerning to indigenous health and indigenous scholar education, themes of this research. In this sense, this research aimed to examine the Ordinance n° 254/02 – which has approved the National Policy of Indigenous Health – and the Ordinance n° 6.861/09 – which organized the indigenous scholar education in terms of ethnoeducational territories – based on contingency analysis. With this examination, which took as a model studies made by other behavior analysts upon other legal documents (CARVALHO, 2013; KUBO; BOTOMÉ, 2002; MARTINS, 2009; SANTOS *et al.*, 2009; TODOROV *et al.*, 2004), it was hoped to consider some limits and possibilities of both documents, in the sense of how clear were their propositions. I recognize that the behavior of those in conditions to apply the recommendations of both Ordinances presumably is not controlled only by what is written on these legal documents. Nevertheless, this recognition is not reason to diminish the importance of legal texts being clear, since these texts constitute important sources of variables which may control the behavior of those for whom these documents are. The reading of the first text allowed infer 37 contingencies, which were

divided, after these inferences, into five categories: infrastructure organization of the model of health attention to indigenous people; guidelines regarding the professional performance of members of the Multidisciplinary Indigenous Health Team; relations between indigenous territories and health; specific actions in special situations, and institutional responsibilities. The second text allowed infer 13 contingencies, divided, after these inferences, into three categories: organization of indigenous scholar education in terms of ethnoeducational territories; indigenous schools, and financing. Based on the exam made, which was incipient and did not arrogate the claim to exhaust the subject, it was argued that, despite both documents represent important advances with respect to their respective areas, the Ordinance n° 254/02 systematizing the recommendations of the I, II and III National Conferences of Indigenous Health and the Ordinance n° 6.861/09 presenting an innovative proposal of organization of the model of indigenous scholar education in terms of ethnoeducational territories, nevertheless, as a limit of both documents, they are little operationalized, occasionally lacking the explanation of the three terms of a contingency and using general, vague and/or imprecise terms, which, according to Santos *et al.* (2009), can impose difficulties on those for whom the guidelines are.

Key words: Indigenous health. Indigenous scholar education. Behavior analysis. Official documents. Anthropology.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
CASAI – Casa do Índio
CDSI – Conselhos Distritais de Saúde Indígena
CF – Constituição Federal
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CLS – Conselho Local de Saúde
CNEEI – Comissão Nacional de Educação Escolar Indígena
CNPI – Comissão Nacional de Política Indigenista
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS – Equipe Volante de Saúde
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MEC – Ministério da Educação
MI – Ministério do Interior
MPF – Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
PFAIS – Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNTEE – Programa Nacional dos Territórios Etnoeducacionais
PSF – Programa Saúde da Família
SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI – Secretaria Especial da Saúde Indígena
SIASI – Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena

SIL – Summer Institute of Linguistics

SPI – Serviço de Proteção aos Índios

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TEE – Territórios etnoeducacionais

T. I. – Terras Indígenas

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena.....	53
Figura 2. Organização do DSEI e modelo assistencial.....	54
Figura 3. Contingência 1-S: Proposição do modelo atual de saúde indígena.....	57
Figura 4. Contingência 2-S: Delimitação territorial de um DSEI	58
Figura 5. Contingência 3-S: Contratação dos membros das EMSI	61
Figura 6. Contingência 4-S: Referenciamento à rede do SUS	64
Figura 7. Contingência 5-S: Instituições de saúde vinculadas ao SUS	65
Figura 8. Contingência 6-S: CASAI.....	66
Figura 9. Contingência 7-S: Escolha de representantes para os CLS.....	67
Figura 10. Contingência 8-S: Formalização da indicação dos representantes	68
Figura 11. Contingência 9-S: Atribuições dos Conselheiros dos CDSI.....	69
Figura 12. Contingência 10-S: Organização do Sistema de Vigilância em Saúde....	70
Figura 13. Contingência 11-S: Construção de indicadores para avaliação da saúde	71
Figura 14. Contingência 12-S: Fatores determinantes da saúde.....	71
Figura 15. Contingência 13-S: Alocação de recursos e orientação pragmática	72
Figura 16. Contingência 14-S: Avaliação do SASI por meio do SIASI.....	73
Figura 17. Contingência 15-S: Planejamento de ações de saúde pela EMSI	77
Figura 18. Contingência 16-S: Realização da atenção básica à saúde	78
Figura 19. Contingência 17-S: Caracterização da atenção básica à saúde	78
Figura 20. Contingência 18-S: Atribuições dos Gestores dos DSEI.....	79
Figura 21. Contingência 19-S: Participação dos AIS no PFAIS	79
Figura 22. Contingência 20-S: Pesquisas em comunidades indígenas.....	80
Figura 23. Contingência 21-S: Inserção de indígenas nas universidades.....	81
Figura 24. Contingência 22-S: Competências dos Gestores dos DSEI.....	82
Figura 25. Contingência 23-S: Avaliação dos protocolos de intervenção.....	83
Figura 26. Contingência 24-S: Promoção de ações educativas em saúde.....	84
Figura 27. Contingência 25-S: Problemas prementes na saúde indígena.....	85
Figura 28. Contingência 26-S: Contatos entre indígenas e sociedade envolvente	86
Figura 29. Contingência 27-S: Gestão territorial e ambiental de T. I.	87
Figura 30. Contingência 28-S: Ações de saneamento básico.....	88
Figura 31. Contingência 29-S: Ações das EMSI frente a povos isolados	88
Figura 32. Contingência 30-S: Ações das EMSI frente a povos de fronteira.....	89

Figura 33. Contingência 31-S: Situações onde há projetos de desenvolvimento.....	90
Figura 34. Contingência 32-S: Ações de prevenção e controle de agravos à saúde..	90
Figura 35. Contingência 33-S: Agravos de violência.....	91
Figura 36. Contingência 34-S: Doenças sexualmente transmissíveis	92
Figura 37. Contingência 35-S: Programa de Segurança Alimentar.....	92
Figura 38. Contingência 36-S: Desenvolvimento de projetos habitacionais.....	93
Figura 39. Contingência 37-S: Financiamento da saúde indígena	95
Figura 40. Contingência 1-E: Proposição do modelo de educação escolar indígena em territórios etnoeducacionais	97
Figura 41. Contingência 2-E: Delimitação territorial de um TEE.....	98
Figura 42. Mapa dos Territórios Etnoeducacionais Pactuados.....	99
Figura 43. Contingência 3-E: Elaboração do Plano de Ação	100
Figura 44. Contingência 4-E: Aprovação do Plano pelas comunidades indígenas ...	102
Figura 45. Contingência 5-E: Apoio técnico e financeiro por parte do MEC.....	102
Figura 46. Contingência 6-E: Acompanhamento da execução do Plano de Ação	103
Figura 47. Contingência 7-E: Formação de professores indígenas	104
Figura 48. Contingência 8-E: Produção de material didático e paradidático	105
Figura 49. Contingência 9-E: Análise das propostas de material didático	106
Figura 50. Contingência 10-E: Alimentação nas escolas indígenas	107
Figura 51. Contingência 11-E: Propostas para o ensino médio integrado à formação profissional	108
Figura 52. Contingência 12-E: Atribuição do Poder Executivo	108
Figura 53. Contingência 13-E: Competências do MEC	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Legislação referente à saúde indígena no Brasil	33
Quadro 2. Legislação referente à educação escolar indígena no Brasil	36
Quadro 3. Fases do processo em que se encontram as Terras Indígenas	124

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Fases do processo demarcatório em que se encontram as Terras Indígenas	124
ANEXO 2. A insuficiência do verbo planejar na descrição de contingências: um caso enxadristico.....	126

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. <i>Os povos indígenas no Brasil</i>	1
1.2. <i>Contexto histórico: os séculos XX e XXI</i>	9
1.3. <i>Análise do Comportamento e documentos oficiais.....</i>	21
2. MÉTODO	32
2.1. <i>Procedimentos de busca e seleção de documentos</i>	32
2.1.1. <i>Saúde Indígena</i>	32
2.1.2. <i>Educação Escolar Indígena.....</i>	35
2.2. <i>Procedimentos de análise dos documentos</i>	37
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
3.1. <i>Saúde Indígena</i>	43
3.1.1. <i>A PNASPI</i>	43
3.1.2. <i>Raízes históricas da política atual de saúde indígena</i>	44
3.1.3. <i>Organização infraestrutural do modelo</i>	58
3.1.4. <i>Profissionais de saúde</i>	73
3.1.5. <i>Territórios indígenas e suas relações com a saúde</i>	84
3.1.6. <i>Ações específicas em situações especiais</i>	88
3.1.7. <i>Responsabilidades institucionais e financiamento</i>	94
3.2. <i>Educação Escolar Indígena.....</i>	96
3.2.1. <i>Organização infraestrutural do modelo</i>	98
3.2.2. <i>Escolas indígenas</i>	103
3.2.3. <i>Responsabilidades institucionais e financiamento</i>	108
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
5. REFERÊNCIAS.....	116
6. ANEXOS.....	124
6.1. <i>Anexo 1. Fases do processo demarcatório em que se encontram as Terras Indígenas</i>	124
6.2. <i>Anexo 2. A insuficiência do verbo planejar na descrição de contingências: um caso enxadrístico</i>	126

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo examinar, por meio das contingências de reforço, dois documentos oficiais: a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a qual aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); e o Decreto nº 6.861, de 27 de maio de 2009, o qual dispôs sobre a educação escolar indígena e a organizou em termos de territórios etnoeducacionais (TEE). Trata-se de um exame incipiente, o qual não se arroga a pretensão – e nem poderia – de esgotar o assunto. Pretendo que esta pesquisa constitua o passo inicial para o estabelecimento de uma articulação – ora quase inexistente, salvo os trabalhos de Bernard Guerin (2010, 2015) com povos indígenas de outras partes do globo – entre a Análise do Comportamento e questões indígenas. Para tanto, pauto-me na breve, intermitente, porém valiosa experiência que tenho tido junto aos Terena e Kaingáng da aldeia Kopenoti, Terra Indígena Araribá, Avaí, SP, parte da qual descrita em Bulzico e Campos (2015), bem como em textos de autores da Etnologia e Antropologia principalmente brasileiras.

1.1. Os povos indígenas no Brasil

Segundo o último censo demográfico realizado com a população indígena (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), no Brasil havia 817.963 indivíduos autodeclarados indígenas, correspondendo a 305 etnias distintas e 274 línguas faladas. Esse contingente representava 0,4% do total da população brasileira. Entretanto, quando tomado em comparação com as estimativas anteriores da população indígena brasileira, observa-se que esta tem aumentado desde 1957, ano em que o número de índios no Brasil chegou ao seu ponto mais crítico, apenas 70 mil.

Esse último censo demográfico também revelou que há presença indígena em todas as Unidades da Federação, sendo o estado do Amazonas o que demonstrou o maior número de indivíduos autodeclarados indígenas (168.680) e o estado do Rio Grande do Norte o que tem o menor número de autodeclarados (2.597). Do total da população indígena, estimou-se que 315.180 indígenas vivessem em contextos urbanos e 502.783 em contextos rurais. Configura-se importante ressaltar que no montante da população indígena brasileira, não foram incluídos os índios chamados “isolados”, aqueles com os quais o órgão indigenista oficial, a FUNAI, não estabelece contatos regularmente. Tampouco foram incluídos os indígenas em processo

de reafirmação étnica, ou seja, aqueles que, dadas certas contingências históricas, ainda não se autodeclararam como tais¹.

As estimadas 274 línguas indígenas no Brasil são classificadas segundo as famílias e troncos a que pertencem. Geralmente, essas classificações são feitas por linguistas, embora se apoiem também em dados arqueológicos, antropológicos e etno-históricos. São classificações feitas a partir de vieses teóricos distintos e, portanto, suscitam divergências. Na breve apresentação que se segue, não abordarei essas sutilezas teóricas, mas apenas pontuarei alguns dos principais troncos e famílias indígenas no Brasil e suas localizações aproximadas no território nacional. Antes, contudo, vale elucidar a importância de se classificar os povos indígenas segundo suas filiações linguísticas.

A primeira razão, apontada por Julio Cezar Melatti (1983/2007), consiste em que classificar os povos indígenas segundo suas filiações linguísticas permite ao cientista supor que grupos indígenas falantes de línguas da mesma família linguística e/ou do mesmo tronco tenham uma origem comum ou tenham estabelecido conexões no passado, podendo apresentar, portanto, semelhanças sociais e culturais. A segunda razão, ainda de acordo com Julio Melatti (*op. cit.*), é que a análise léxico-estatística, através do cálculo da porcentagem de radicais cognatos nucleares que duas línguas distintas mantêm em comum, permite datar o momento em que elas se destacaram de uma única língua, o que interessa, em especial, na busca por conexões entre culturas arqueológicas com povos indígenas atuais. Postas essas considerações, passarei à apresentação.

No Brasil, os dois principais troncos linguísticos indígenas são o Tupi e o Macro-Jê, embora, como afirma Ruth Monserrat (1994), haja divergências entre os autores quanto a conferir *status* de tronco ao Macro-Jê. O primeiro comporta famílias tais como o Munduruku, Tupari, Aweti, Tupi-Guarani, Mawé etc. O segundo abriga famílias como o Bororo, Jê, Rikbaktsa, Maxakali, Botocudo e outras. Além disso, há também famílias linguísticas que não estão inseridas em qualquer tronco, mas abrigam uma série de línguas distintas. São elas: o Aruák, Karib, Pano, Arawá, Tukano, Maku etc. Por fim, há ainda línguas sobre as quais análises léxico-estatísticas não revelam semelhanças suficientes para integrá-las a qualquer tronco ou família linguística conhecidos. São as ditas línguas isoladas, dentre as quais se podem citar o Trumai, Tikuna, Irantxe e outras. No entanto, a despeito dessa grande diversidade linguística, conforme nos diz Raquel Teixeira (1995), um dado um tanto quanto preocupante consiste no fato de que são poucas as línguas indígenas no Brasil faladas por

¹ O leitor interessado em informações mais detalhadas a respeito do Censo Indígena de 2010 pode acessar o site do próprio IBGE: indigenas.ibge.gov.br.

mais de cinco mil pessoas. Ao contrário, a maioria das línguas tem menos de 400 falantes, em alguns casos chegando a um número tão baixo que torna a situação particularmente delicada.

Para fins de que o leitor tenha uma ideia sobre a concentração/dispersão das famílias e troncos linguísticos no território nacional, uma descrição sucinta dos territórios ocupados por grupos falantes de mesma família linguística ou tronco se faz pertinente.

No Brasil, os grupos da família Pano estão concentrados principalmente nas regiões oeste e sul do Acre, mas também habitam parte de Rondônia e o sudoeste do estado do Amazonas; além disso, estendem-se até o Peru e a Bolívia. No estado do Amazonas, ao norte da rodovia transamazônica e ao sul do rio Solimões, há a predominância dos Ticuna, povo cuja língua é considerada isolada, mas que conta com mais de 30 mil falantes. Ao noroeste desse mesmo estado, na região entre os rios Uaupés, Negro e Japurá, estendendo-se também à Colômbia, encontram-se grupos Maku, que estão localizados um pouco mais ao sul em relação aos grupos Tukano Oriental.

Na região dos rios Juruá e Purus, também no estado do Amazonas, são encontrados grupos Arawá. Por outro lado, no sudeste desse estado, na bacia do rio Madeira, há uma predominância de grupos Tupi, embora estes também ocupem vários outros estados e uma grande extensão territorial pela América do Sul, em diversos países. À margem direita do mesmo rio Madeira, encontram-se também grupos da família Mura.

Em Roraima, bem como no estado do Amazonas, estendendo-se também à Venezuela, na região de interflúvio dos rios Orinoco e Amazonas, são encontrados grupos da família Yanomami.

Em Rondônia, na região sudeste, estendendo-se também ao noroeste de Mato Grosso, encontram-se grupos da família Nambikwara. Ainda em Rondônia, mas ao oeste, estendendo-se ao sul do estado do Amazonas, há grupos da família Txapakura, cujas línguas foram pouco estudadas. Por sua vez, no estado do Pará, o sudoeste é ocupado predominantemente por índios Munduruku, cuja língua integra a família Munduruku, embora a maioria deles esteja no estado vizinho, Amazonas. No sudeste desse mesmo estado, encontram-se os Kayapó, povo jê e que apresenta vários subgrupos: Kubenkranken, Txucarramãe, Mekranotire, Kubenkrangnotire, dentre outros.

Grupos do tronco Macro-Jê, sobretudo os da família Jê, uma das famílias mais coesas e abrangentes desse tronco, estão concentrados nos campos de cerrado, desde o sul do Pará e Maranhão, passando pelos estados do Tocantins, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, até os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Espalhados também por diversos estados e chegando mesmo a estender-se para outros países, estão os grupos Karib e Aruák. Os primeiros ocupam principalmente a costa setentrional da América do Sul, desde a foz do Amazonas, passando pela Guiana Francesa, Suriname, Guiana, até à Guiana Venezuelana. No Brasil, localizam-se principalmente ao norte do rio Amazonas, nos estados de Roraima, Amapá, Pará e Amazonas. Contudo, alguns grupos ocupam mais ao sul, no estado de Mato Grosso, principalmente ao longo do rio Xingu. Os segundos também se localizam na costa setentrional da América do Sul, mas se estendem também ao interior da Amazônia e chegam a atingir o estado do Mato Grosso do Sul. No estado de São Paulo, na atualidade, há um povo Aruák, os Terena, que começaram a migrar para este estado em 1932, embora a grande maioria deles continue vivendo em Mato Grosso do Sul, local que habitam desde o século XVIII.

Povos cujas línguas integram a família Guaikuru habitam a região do Chaco Paraguai e Argentino. No Brasil, essa família é representada pela língua dos índios Kadiwéu, que se localizam na região da Serra do Bodoquena, ao norte do grande pantanal.

Na região Nordeste, primeira a ser colonizada, a maioria dos povos indígenas perdeu completamente a língua nativa, falando apenas o português. Uma exceção notável são os Fulni-ô de Pernambuco, povo cuja língua pertence à família chamada Yatê.

Por último, na região Sudeste, no estado de Minas Gerais, em sua região oriental, encontram-se os Krenak e os Maxakali, povos cujas línguas integram o tronco Macro-Jê. No noroeste desse mesmo estado, encontram-se os Xakriabá, da família linguística Jê. No estado de São Paulo, além de grupos Jê, há também grupos Aruák, Guarani e Tupi-Guarani. No sul do estado do Rio de Janeiro, nas encostas da Serra do Mar, há grupos Guarani. Por fim, no estado do Espírito Santo, segundo Roque Laraia (1995), encontram-se os remanescentes Tupiniquim, um grupo da família linguística Tupi-Guarani, e alguns Guarani vindos do Sul do país em busca da chamada Terra sem Males.²

Embora a classificação linguística dos povos indígenas seja importante porque permite ao cientista aferir semelhanças sociais e culturais entre grupos indígenas que falam línguas da mesma família e/ou tronco, as filiações linguísticas constituem unidades supraétnicas e, portanto, também mascaram diferenças. Neste estudo, será adotada a definição de Darcy Ribeiro (1970/2000, p. 503) de acordo com a qual as etnias são “categorias relacionais entre

² Esse panorama das línguas indígenas e de suas localizações aproximadas é apenas superficial. Não se arroga a pretensão de ser minucioso e muito menos completo, tendo em vista que não constam todas as famílias linguísticas e línguas isoladas existentes no Brasil.

agrupamentos humanos, compostas antes de representações recíprocas e de lealdades morais do que de especificidades culturais e raciais”.

A disciplina científica que tem focado os estudos étnicos ou, intercambiavelmente, conforme nos diz o antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira (1978), as relações interétnicas, tem sido a Etnologia³. Embora a Etnologia não se restrinja à pesquisa das relações interétnicas estabelecidas entre os diversos povos indígenas brasileiros e as sociedades regionais, serão essas as relações enfocadas na próxima seção.

Do conceito de etnia abordado, pode-se extrair que a definição de um grupo étnico não é feita do ponto de vista do cientista, mas do ponto de vista dos próprios nativos, os quais se identificam como membros de um grupo diferenciado dos demais grupos humanos e mesmo dos demais animais, com uma história pré-colombiana e colonial específica. Para o antropólogo Cardoso de Oliveira (1978), a etnia pode ser decomposta em dois elementos fundamentais: o da identidade étnica e o da estrutura social.

O primeiro elemento compõe a noção de etnia se aplicado a grupos ditos minoritários, atuais ou históricos. A essa identidade minoritária se contrapõe uma identidade majoritária, a qual, segundo Cardoso de Oliveira (1978), está associada a grupos dominantes. Neste caso, porém, à identidade majoritária não se associa o conceito de etnia.

O segundo elemento se refere ao fato de que grupos minoritários podem ser simples ou complexos. No primeiro caso, trata-se de grupos os quais possuem formas tribais de organização. No segundo, trata-se de segmentos inseridos em sociedades nacionais e, conseqüentemente, apresentam similitudes quanto à sua organização com essas sociedades.

Aqui, não serão abordadas as nuances teóricas que circunscrevem o conceito de etnia. O que vale ressaltar consiste em que os referentes empíricos com base nos quais as unidades étnicas são cognoscíveis aos cientistas se tratam do que os analistas do comportamento chamam de operantes verbais, ou seja, de como os membros de um grupo se autodesignam em oposição a termos que usam para designar membros de outros grupos. Enquanto operantes verbais, portanto, não se deve entendê-las como imutáveis, mas função de contingências históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais.

Dessa maneira, embora se tenha dito, por exemplo, que há semelhanças socioculturais entre os grupos de língua Jê, não obstante, os Suyá, um dos povos de língua Jê, reconhecem a si mesmos como um povo diferenciado de todos os outros, mesmo daqueles que integram sua família linguística. A esse respeito, é ilustrativa a descrição feita por Anthony Seeger (1978)

³ Uma descrição da história da Etnologia Brasileira e suas influências teóricas pode ser encontrada em Julio Cezar Melatti (1983/2007).

sobre a mitologia dos índios Suyá. De acordo com o que diz esse antropólogo, para os Suyá, sua sociedade adquiriu a sua forma a partir da adoção de traços bonitos e úteis oriundos de diversos animais e de outros povos.

Assim, da onça-pintada os Suyá dizem ter conhecido o fogo e aprendido a cozinhar alimentos. Com os camundongos, conhecido o milho e a prática de plantar roças. De um povo inimigo que vivia debaixo da terra⁴, teriam herdado seu sistema de nomeação. De outro povo, muito parecido com eles mesmos, teriam adotado as práticas de furar os lábios dos meninos para dotá-los de discos e de cicatrizar os corpos dos matadores de índios inimigos. Assim, adotando traços bonitos e úteis de povos considerados inimigos, amigos e mesmo dos demais animais, os Suyá se tornaram o povo distinto que são.

Entretanto, há antropólogos, como, p. ex., Viveiros de Castro (2006), que preferem a expressão “povos indígenas” no lugar de “etnias”, dada a forte carga conceitual que advém quando se emprega a segunda expressão. Para fins de esclarecimento, neste estudo será adotada a mesma definição de povos indígenas empregada na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (1989/2011, p. 15), de acordo com a qual os povos indígenas assim são considerados pelo fato de

Descenderem de populações que viviam no país ou na região geográfica na qual o país estava inserido no momento da colonização ou do estabelecimento de suas fronteiras atuais e que, independente de sua condição jurídica, mantêm algumas de suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas ou todas elas.

Na apresentação seguinte, apontarei alguns dos povos indígenas brasileiros e suas localizações aproximadas, começando pelas famílias e troncos explicitados. Essa apresentação se justifica não apenas porque cada povo indígena apresenta peculiaridades no que diz respeito às suas concepções cosmológicas, organização sociopolítica, mitos, língua, relações de parentesco, entre outros aspectos, mas também porque permite ao leitor ter uma ideia a respeito de suas localizações no território nacional:

1. *Povos de língua Pano*: Arara Shawáda (AC), Katukina Pano (AC), Kaxararí (RO), Kaxinawá (AC e Peru), Korubo (AM), Kulina Pano (AM), Marubo (AM), Matís

⁴ Aracy Lopes da Silva (1994) aponta algumas características em comum dos mitos e das cosmologias Jê. Dentre elas, consta o fato segundo o qual para esses povos, o Cosmos geralmente é percebido como habitado por diferentes humanidades, sendo que a celeste, a subterrânea, a terrestre e a subaquática existem desde sempre.

- (AM), Matsés (AM e Peru), Maya, Nukiní (AC), Puyanáwa (AC), Shanenáwa (AC), Yaminawá (AC, AM, Peru e Bolívia) e Yawanawá (AC, Peru e Bolívia).
2. *Povos de língua Maku*: Maku, Dâw (AM), Hupda (AM e Colômbia) e Nadeb (AM).
 3. *Povos de língua Tukano*: Arapaso, Bará, Barasana, Desana, Karapanã, Kubeo, Makuna, Miriti-Tapuya, Pira-Tapuya, Siriano, Tukano, Tuyuka, Yuruti e Wanana (AM e Colômbia).
 4. *Povos de língua Arawá*: Banawá (AM), Dení (AM), Jamamadí (AM), Jarawára (AM), Kanamantí (AM), Kulina Madijá (AM e Peru), Paumari (AM) e Zuruahã (AM).
 5. *Povos de língua Mura*: Mura e Pirahã (Rio Madeira, AM).
 6. *Povos de língua Yanomami*: Ninam (RR), Sanumá (RR), Yanomám (RR) e Yanomami (RR e AM).
 7. *Povos de língua Txapakura*: Kujubim (RO), Migueleno (RO), Oro Win (RO), Torá (AM) e Wari' (RO).
 8. *Povos de língua Nambikwara*: Alaketesu (MT), Alantesu (RO), Halotesu (MT), Hahaintesu, Kithaulu (MT), Lakondê, Latundê (RO), Mamaindê (MT), Manduka (MT), Nambikwara, Negarotê (MT), Sabanê (RO), Sarare (MT), Sawentesu (MT), Tawandê (RO), Waikisu (MT), Wakalitesu (MT) e Wasusu (MT).
 9. *Povos de língua Karib*: Apalaí (PA), Galibi do Oiapoque (AP, Guiana Francesa, Suriname e Venezuela), Hixkaryana (PA e AM), Ingarikó (RR, Guiana e Venezuela), Karafawayána (PA), Kapon Patamona (RR, Guiana e Venezuela), Katuena, Kaxuyana (PA e AM), Makuxi (RR), Naravute, Taulipang (RR), Tiriyo (AP, PA e Suriname), Tunayana (PA e AM), Xereu (RR), Waimiri-Atroari (AM), Waiwai (AM, PA, RR e Guiana), Wayana (AP, PA, Guiana Francesa e Suriname), Yaipiyana, Ye'kuana (RR e Venezuela), Arara (PA), Bakairi, Kalapalo, Kuikuro, Matipu, Nahukwá e Txikão (Parque Nacional do Xingu, MT).
 10. *Povos de língua Aruák*: Apurinã (AM, MT e RO), Ashaninka (AC e Peru), Baniwa (AM, Colômbia e Venezuela), Baré (AM e Venezuela), Kaixana (AM), Kinikinau (MS), Kuripako (AM, Venezuela e Colômbia), Mawayána, Mehinako (Parque Nacional do Xingu, MT), Palikur (AP e Guiana Francesa), Paresí (MT e RO), Manchineri (AC, Peru e Bolívia), Salumã ou Enawenê-nawê (MT), Tariana (AM e Colômbia), Terena (MS e SP), Wapixana (RR, Guiana e Venezuela), Warekena (AM e Venezuela), Waurá e Yawalapiti (Parque Nacional do Xingu, MT).
 11. *Povos de língua Jê*: Akwen [Xavante (MT), Xacriabá (MG) e Xerente (TO)], Apinajé (TO), Kaingáng (SP, PR, SC e RS), Kayapó (MT e PA), Kreen-Akarore (MT e PA),

Suyá ou Kisêdjê (Parque Nacional do Xingu, MT), Tapayuna (Parque Nacional do Xingu, MT), Timbira [Apaniekrã (MA), Ramkokamekrã (MA), Parkatejê (PA), Pukobyê (MA), Krahô (TO) e Krikati (MA)] e Xokleng (SC).

12. *Povos de língua Tupi-Guarani*: Amondáwa, Asurini do Tocantins (TO), Surui do Pará (PA), Parakanã (PA), Amanayé (PA), Anambé (PA), Apiaká (MT e PA), Araweté (PA), Asurini do Xingu (PA), Avá-Canoeiro (TO e GO), Diahói (AM), Guajá (MA), Guarani [(Mbya, Kaiowá e Nhandevá em MS, SP, PR, SC, RS, RJ, ES, PA, TO), Argentina, Bolívia e Paraguai], Juma (AM), Kamayurá (Parque Nacional do Xingu, MT), Kambéba, Karipuna de Rondônia (RO), Kawahíb, Kayabi (Parque Nacional do Xingu, MT), Kokama (AM, Colômbia e Peru), Parintintin (AM), Tamoio, Tapirapé (MT e TO), Tembé (MA e PA), Tenetehara (MA), Tenharim (AM), Turiwára (PA e AM), Uru-Eu-Wau-Wau (RO), Urubu Kaapor (MA e PA), Wajãpi (AP, PA e Guiana Francesa), Xetá (PR) e Zo'é (PA).

13. *Alguns povos cujas línguas não integram nenhuma família e/ou tronco*⁵: Aconã (AL), Aikanã (RO), Anacé (CE), Aranã (MG), Arapiuns (PA), Atikum (PE e BA), Borari (PA), Irantxe (MT), Jaricuna (RR), Jeripancó (AL), Kaimbé (BA), Kalabaça (CE), Kalankó (AL), Kariri-Xocó (AL), Katokinn (AL), Nawa (AC), Pankararu (PE, MG e SP), Pataxó Hã-Hã-Hãe (BA), Potiguara (CE, PB e RN), Truká (BA e PE) e Xukuru-Kariri (AL e BA).

Muitos dos nomes descritos acima foram atribuídos a esses povos, mas não correspondiam com a forma pela qual se autodesignavam (a esse respeito, veja, por exemplo, a origem provável do termo “Parintintin” de acordo com o etnólogo Curt Nimuendajú (1924))⁶.

⁵ Alguns dos povos listados falam apenas o português. Entretanto, serão considerados aqui porque o falam à sua maneira, segundo suas próprias categorias culturais. Um exemplo de como o português pode ser entendido como uma língua indígena, no sentido amplo de que é falado por índios, é o relatado pela antropóloga Ana Cecília Venci Bueno (2008) em relação aos índios Irantxe, que usam os termos *tios/tias* e *titios/titias* sob circunstâncias diferentes, estabelecendo uma distinção entre parentes cruzados e paralelos.

⁶ O leitor que desejar informações mais detalhadas sobre as línguas e os povos indígenas brasileiros pode consultar a quatro fontes. As três primeiras, citadas no corpo do texto, são Laraia (1995), Monserrat (1994) e Teixeira (1995), embora sejam um pouco mais antigas. A mais recente se refere ao próprio site do IBGE, no que se refere especificamente às 305 etnias/povos indígenas: indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/povos-etnias.

1.2. Contexto histórico: os séculos XX e XXI

Antes de proceder a uma descrição do contexto histórico, quero apontar as razões por que o faço. Em primeiro lugar, essa descrição pretende revelar ao leitor o pano de fundo sobre o qual se desdobram as discussões atuais de saúde indígena e de educação escolar indígena, temas centrais da presente pesquisa. Em segundo lugar, no que diz respeito especificamente aos analistas do comportamento, essa descrição também permitirá uma aproximação com as contingências históricas referentes às relações interétnicas entre os diversos grupos indígenas brasileiros e as diferentes sociedades regionais.

O recorte temporal adotado é amplo, de tal modo que, neste espaço, o que se segue não é mais do que uma introdução ao assunto. O leitor interessado em se aprofundar no tema pode estudar o excelente livro de Ribeiro (1970/2000), o qual aborda as relações de contato que se deram principalmente na primeira metade do século XX entre vários grupos indígenas brasileiros e o que o autor chamou de frentes de expansão. Esse livro será tomado como base para a contextualização que se segue, embora outros autores também tenham sido consultados para cobrir especialmente as décadas posteriores.

Além disso, a última observação preliminar concerne ao fato de que, ocasionalmente, ao longo da contextualização, serão feitas algumas observações referentes à educação escolar indígena, à saúde indígena e à própria Análise do Comportamento, com vistas a cumprir com as razões que me levaram a fazer tal contextualização.

Há determinadas regiões do território nacional, como a costa litorânea nordestina, cuja Mata Atlântica foi devastada para servir como combustível aos engenhos coloniais de cana-de-açúcar, que foram abertas à colonização há pelo menos quatro séculos e meio. Portanto, os contatos entre os grupos indígenas que viviam nessas regiões e as frentes colonizadoras são de longa data. Por outro lado, outras regiões do território nacional, em especial algumas partes do Centro-Oeste, região de transição entre os campos de cerrado e a densa floresta amazônica, foram abertas à colonização somente no século XX, sobretudo por iniciativas do próprio governo federal interessado em expandir e controlar as fronteiras nacionais. Nesse sentido, os grupos indígenas que habitavam essas regiões experimentam contatos muito menos longínquos com as frentes colonizadoras, sob circunstâncias bem diferentes dos primeiros.

Não abordarei a história de contato com cada grupo indígena específico não só porque extrapolaria os limites de um mestrado, como também porque fugiria completamente aos propósitos desta pesquisa. Além disso, como pontua a arqueóloga Mariana Cabral (2014) em

relação aos Wajãpi, nem sempre a historiografia ocidental sobre o contato corresponde inequivocamente à história que os próprios indígenas contam.

Portanto, começarei pelas três frentes de expansão descritas por Ribeiro (1970/2000): a extrativista, a pastoril e a agrícola, sendo que a primeira atingiu os grupos indígenas da Amazônia em dois ciclos: o primeiro, desde o início do século XIX, dos cauchais (*Castilloa elastica*); o segundo, cujo auge ocorreu na década de 1910, dos seringais (*Hevea brasiliensis*).

O conceito de frentes de expansão, tal como apresentado por Ribeiro (1970/2000), tem como referente empírico a própria história de ocupação e de colonização do território que hoje é o Brasil, sendo um conceito que nos permite compreender a natureza dos conflitos fundiários nos quais estão imersos vários povos indígenas⁷. De um lado, aqueles indivíduos cujos interesses econômicos nas Terras Indígenas os impelem a ver os índios como selvagens a serem liquidados. De outro, os próprios indígenas, que fazem de tudo para não perderem os territórios de que lhes são de direito⁸. Embora o antropólogo tenha analisado detalhadamente somente as três frentes de expansão explicitadas, pode-se pensar que o conceito também possa ser estendido a outros tipos de atividades socioeconômicas, tais como os garimpos, por exemplo.

No início do século XX, no Brasil, vários povos indígenas ainda impediam o avanço das frentes de expansão sobre seus territórios. Eram as chamadas “tribos arredias” ou “tribos hostis”. No estado de São Paulo, os Kaingáng resistiam contra as investidas da cultura do café. No território compreendido entre os rios Araguaia e Tapajós, os Kayapó lutavam contra duas frentes: a pastoril e a extrativista. Em Santa Catarina, os Xokleng resistiam às tentativas dos colonos eslavos, italianos e alemães de invadirem suas terras para criar pequenas propriedades de agricultura intensiva. No médio rio Madeira, encontravam-se os Parintintin que, segundo estimativas de Curt Nimuendajú (1924), não contavam com mais de 250 indivíduos, mas conseguiam controlar por meio de suas correrias um território de 22.000 km², impedindo o avanço dos seringais.

Nessas situações de conflito aberto, a opinião pública, especialmente nas grandes cidades, distantes dos conflitos e que, dessa forma, se permitia entender os índios de uma maneira romantizada, à la José de Alencar, começa a reivindicar do Estado soluções frente às

⁷ Como veremos mais adiante, a relação dos povos indígenas com seus territórios assume várias dimensões importantes, tendo implicações diretas no campo da saúde indígena.

⁸ Desde o Alvará Régio de 1º de Abril de 1680, aos índios é reconhecido o direito de posse das terras que ocupam. Na legislação vigente, esse direito foi reiterado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 231, de acordo com o qual “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

atrocidades cometidas contra os índios. Nesse contexto é que surge, em 1910, o SPI – extinto em 1966 e substituído pela FUNAI pela Lei nº 5.371/67.

Recém-criado, o SPI, portanto, apresentava dois objetivos principais. Em primeiro lugar, assegurar aos índios a posse da terra. Em segundo, dar cabo dos conflitos. À frente do SPI estava o prestigioso Marechal Rondon, militar adepto da filosofia positivista de Auguste Comte e que defendia que o Exército devesse ser utilizado para a construção de obras civis e fins humanísticos, como a proteção dos povos indígenas.

Antes de presidir o SPI, entretanto, Rondon trabalhara para o governo na construção de linhas telegráficas pelos sertões do Centro-Oeste e Norte brasileiros, regiões até então inexploradas. Nessas expedições, Rondon e os membros de sua Comissão entraram em contato com vários povos indígenas, adquirindo uma rica experiência. Um desses povos era os Nambikwara, dos quais pouco se sabia exceto sobre seus ataques contra aqueles que tentavam invadir seus territórios. A experiência de Rondon e dos membros de sua Comissão com os Nambikwara foi decisiva para a constituição do que viria a ser conhecida como a política de “pacificação” conduzida pelo SPI.

Em meio a situações de conflito aberto, para dar cabo delas, essa política consistia em tentativas por parte dos funcionários do SPI e, depois, da FUNAI, em estabelecer relações pacíficas e amistosas com os índios ditos arredios ou hostis. As técnicas empregadas para a concretização desse objetivo foram minuciosamente descritas por Ribeiro (1970/2000, p. 172-175), que iam desde a escolha de um lugar estratégico em pleno território da “tribo arredia” até a fase chamada de confraternização.

Vários foram os grupos indígenas pacificados pelo SPI, embora seja muito importante ressaltar que do ponto de vista desses grupos, os brancos é quem foram pacificados. Em todos os projetos de pacificação, os funcionários do SPI seguiam a máxima rondoniana “Morrer se preciso for; matar nunca!”. Com efeito, houve alguns casos em que membros das turmas de pacificação morreram ao tentar estabelecer relações com grupos “hostis”, como foi o caso da turma de 1941 em relação aos Xavante do rio das Mortes.

As pacificações foram acontecimentos repletos de consequências importantes para os povos indígenas. Essas consequências foram brilhantemente analisadas por Ribeiro (1970/2000) por ocasião dos capítulos em que trata a respeito das compulsões bióticas-ecológicas, das coerções socioeconômicas e das coerções ideológicas ou simbólicas⁹.

⁹ Informações específicas sobre o desenvolvimento desses conceitos podem ser encontradas da página 294 a 486.

Neste ponto, vale destacar uma observação relativa à Análise do Comportamento. Essa abordagem científica, conforme Carrara (2015a), toma como seu objeto de estudo o comportamento em suas relações com o ambiente. De início, a estratégia metodológica usada para se investigar esse objeto consistiu em arranjar condições experimentais bem controladas em laboratórios, o que permitiu desvelar alguns princípios os quais, gradativamente, mostraram-se eficazes à compreensão do comportamento de organismos de diversas espécies, incluindo seres humanos.

A Análise do Comportamento dispõe de um conceito muito valioso: as contingências de três termos¹⁰. De modo geral, trata-se de um conceito usado pelo cientista para se referir a interações entre um organismo e o ambiente quando, ao se comportar sob determinadas condições e não outras, o organismo produz consequências no ambiente e por elas é modificado.

Um organismo é alterado de diversas formas por meio das interações que estabelece com o ambiente. Pode ser modificado somaticamente, como é o caso dos pés das bailarinas profissionais em função dos treinos a que são expostas. Ou ainda como no caso das mãos de um violonista, o qual começa a fazer acordes que exigem uma boa abertura da mão e pestanas, terror de qualquer iniciante, depois de exposição a algumas horas de treino. Ou então como ocorria com os meninos Jê, que tinham seus lábios e orelhas deformados por discos.

As interações também modificam um organismo em termos fisiológicos. Assim o é quando alguém faz exercícios e sente a respiração ofegante, o coração palpitando mais rápido e o suor escorrendo pelo rosto. Também é o caso do índio Munduruku que exhibe todas as respostas emocionais de medo ao se deparar com um *boto*, ser de acordo com o qual, na cosmovisão Munduruku, pode causar doenças (SCOPEL, 2013).

Nesse sentido, são várias as dimensões em que um organismo é alterado ao interagir com o ambiente. Os analistas do comportamento, no entanto, por razões a serem encontradas na história de constituição de sua ciência, têm enfatizado e privilegiado não o que ocorre dentro do organismo em função de suas interações com o ambiente, mas sim os resultados dessas modificações evidenciados na probabilidade que um organismo tem de responder de determinada maneira sob determinadas circunstâncias.

¹⁰ Contingências de três termos não se resumem a contingências de reforço, visto que as consequências podem ter outros efeitos sobre o comportamento que não o aumento de sua probabilidade de ocorrência, tais como no caso da punição. Nesta pesquisa, porém, adotarei as duas expressões de forma intercambiável.

Retornando à contextualização histórica, quando Ribeiro (1970/2000) trata a respeito dos episódios de pacificação e dos contatos estabelecidos entre os diversos grupos indígenas brasileiros e as frentes de expansão, seu referente empírico consiste nas interações entre indivíduos pertencentes a culturas distintas e etnicamente distintos uns dos outros. De forma análoga aos analistas do comportamento, o antropólogo também não estava especialmente interessado no que ocorria dentro dos organismos em função dessas interações, mas, diferentemente do interesse primevo dos analistas do comportamento em organismos individuais, interessava-se, sobretudo, pelas consequências que essas interações produziam aos sistemas socioculturais indígenas enquanto totalidades¹¹.

Talvez uma das principais consequências, explicitadas pelo antropólogo, que surgiu com a pacificação e o subsequente contato mais intenso entre os grupos indígenas pacificados e as várias sociedades regionais diga respeito às epidemias de doenças antes desconhecidas pelos primeiros, especialmente daquelas que atacam as vias respiratórias¹². Por sua vez, o alto número de mortes ocasionadas por essas doenças, para as quais esses grupos incólumes eram muitos mais sensíveis, também teve vários efeitos deletérios. A esse respeito, tome-se como exemplo o caso dos Kaingáng paulistas.

De acordo com Ribeiro (1970/2000), há estimativas de que, anos após a pacificação dos Kaingáng, seu contingente populacional havia sido reduzido pela metade. Essa redução, por si só, teve como efeito a desestruturação de todo o sistema social Kaingáng. Ainda de acordo com Ribeiro (*op. cit.*), os Kaingáng, assim como todos os povos da família linguística Jê, apresentam uma organização social extremamente complexa. No caso dos Kaingáng, essa organização era pautada em metades patrilineares, exógamas e não localizadas. Essa divisão dualista era ainda completada por um sistema de clãs que regulava a atribuição dos nomes pessoais, determinava certas incumbências cerimoniais e regulamentava o matrimônio. Os indivíduos de uma metade denominavam-se *kai-kê*, isto é, pessoa com a qual não se pode casar. Os indivíduos da outra metade eram os *getukê*, aqueles com os quais o matrimônio era permitido. O matrimônio ou mesmo qualquer tipo de relacionamento amoroso-sexual

¹¹ Aqui é preciso explicitar um viés teórico importante. O livro de Ribeiro (1970/2000) tinha como objeto de investigação um fenômeno chamado por ele de transfiguração étnica. Entretanto, seu interesse – e aqui se encontra o viés teórico – estava voltado para o lado indígena da interação, isto é, para as consequências que o contato – quer fosse com o SPI nos episódios de pacificação, quer fosse com as frentes de expansão recém-chegadas – produzia nos grupos indígenas incólumes. Disso não decorre que os grupos indígenas fossem meramente passivos a esses contatos.

¹² O que, evidentemente, implicou em novas demandas no campo da saúde indígena, visto que os remédios e práticas tradicionais relativos aos processos de saúde, doença e atenção não eram eficazes contra os novos vírus e bactérias.

envolvendo indivíduos pertencentes à mesma metade ou a segmentos específicos de metades opostas eram entendidos como incestuosos e punidos com a morte.

As primeiras epidemias afetaram diferencialmente os vários segmentos da organização social Kaingáng, fazendo com que uns se tornassem muito reduzidos e outros chegassem a desaparecer. Mediante as regras tradicionais relativas ao matrimônio, muitos indivíduos se viram diante da situação em que não dispunham de parceiros ou parceiras em potencial. Gradativamente, o sistema social começou a desorganizar-se.

Em alguns casos, a assistência do SPI foi decisiva para reverter o processo de redução drástica pela qual passavam grupos indígenas recém-pacificados. Aqui, salienta-se a figura do médico e indigenista Noel Nutels, com seus programas de vacinação e pela idealização do chamado Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), criado na década de 1950 e que tinha como principal objetivo fornecer assistência sanitária aos povos indígenas brasileiros e às comunidades rurais de difícil acesso.

Entretanto, conforme ressalta o próprio Ribeiro (1970/2000), as pacificações acabaram servindo mais ao projeto colonizador do que aos povos indígenas propriamente ditos. Isso porque, dentre outras coisas, a redução drástica dos contingentes populacionais dos grupos indígenas recém-pacificados acarretou a perda de boa parte de seus territórios ancestrais, simplesmente em decorrência de não poderem mais levantar obstáculos aos avanços das frentes de expansão. Tampouco o SPI, em muitos dos casos, conseguiu fazer valer os direitos dos índios aos seus territórios, por razões descritas e analisadas em detalhes e de maneira muito clara por Ribeiro (*op. cit.*).

Diante desse contexto histórico, faz-se necessário ressaltar que o Brasil chega aos anos de 1950 e 1960 com boa parte dos povos indígenas vivendo em condições deploráveis. Espoliados de suas terras, compelidos a trabalharem em fazendas, castanhais e em vários outros tipos de indústrias ocidentais em regime de quase escravidão, e alvo de preconceitos que geravam barreiras intransponíveis entre eles e membros de sociedades regionais, os povos indígenas não viam um futuro muito promissor.

Antes de prosseguirmos com as décadas subsequentes, cabe discutir por um momento a filosofia subjacente à política indigenista do SPI e mesmo da FUNAI, anteriormente à Constituição de 1988. Os povos indígenas eram classificados em isolados, em contato intermitente, em contato permanente, e integrados, com base no grau de contato que estabeleciam com a sociedade envolvente. Uma crença comum, oriunda da influência do positivismo comtiano na política indigenista, era a de que os índios brasileiros deixariam a condição de bárbaros nas quais se encontravam para atingir a condição de civilizados, em um

grau superior da escala evolutiva da humanidade. Dessa maneira, a assimilação dos índios à sociedade nacional era inevitável, cabendo ao SPI simplesmente assistir a esse processo de assimilação para que ele ocorresse a salvo das mudanças bruscas e traumáticas pelas quais os índios vinham passando. Nesse sentido, entendia-se que os índios não eram propriamente índios, mas estavam índios ou, como salienta Ribeiro (1970/2000), iriam de sua condição de indianidade à de brasilidade, tornando-se indiferenciados da massa dos trabalhadores nacionais.

Neste ponto, é importante tecer uma observação em relação à educação escolar indígena. Antes, contudo, esclareço que neste estudo será adotado o conceito de educação escolar indígena de acordo com o qual ela se refere às situações formais de ensino, contrapondo-se à educação indígena, que ocorre na vida cotidiana, seja nas atividades de subsistência, na vida ritualística ou em quaisquer outros espaços não formais.

Posta essa questão, passo à observação. Ferreira (1992 *apud* Silva, 2000) caracteriza a história da educação escolar indígena no Brasil em quatro fases distintas: a primeira, que remonta ao início do processo de colonização, conduzida pelos missionários jesuítas; a segunda, iniciada com a fundação do SPI, estende-se até às ações da FUNAI, do Summer Institute of Linguistics (SIL) e outras entidades missionárias; a terceira, nas décadas de 1970 e 1980, decorrente do surgimento de entidades indigenistas e de organizações indígenas; a quarta, da década de 1990 até atualmente.

Neste espaço, não será tratada em detalhes cada uma das fases acima mencionadas. A observação que se segue diz respeito às consequências que as concepções filosóficas subjacentes à política indigenista do SPI tiveram na escolarização indígena.

Em seu regulamento de criação, o SPI tinha como princípio o respeito aos modos indígenas de ser, reconhecendo aos povos indígenas o direito de serem eles próprios. Esse princípio, por si só, representava um avanço muito importante, contrastando com toda a legislação indigenista anterior que, como afirma Ribeiro (1970/2000, p. 158), entendia o índio como uma “espécie de matéria bruta para a cristianização compulsória e só era admitido enquanto um futuro não-índio”. Além disso, seu regulamento de criação apresentava outros princípios inovadores, dentre os quais se destaca a proibição do desmembramento das famílias indígenas, prática esta amplamente utilizada durante o período colonial e que ficou conhecida como “descimento”, em virtude da qual crianças indígenas eram levadas de suas aldeias por missionários a aldeias-missões, onde recebiam a educação dos civilizados, longe dos costumes de seu povo.

Apesar dos avanços em seu regulamento, entretanto, o SPI era um órgão organizado segundo os preceitos integracionistas que assumia. Conforme nos conta Ribeiro (1970/2000), partindo-se dos núcleos de atração das ditas “tribos arredias” ou “hostis”, passava-se às povoações destinadas a indígenas que estavam em vias de integração para, por fim, chegar às colônias agrícolas, onde os índios recebiam um pedaço de terra para ocupar junto aos sertanejos. Nesse sentido, como indica o próprio Ribeiro (*op. cit.*), a orientação principal da educação escolar indígena durante o período do SPI consistia em tornar o índio um índio “melhor”, ensinando-lhes a ler e a escrever, a empregar técnicas mais eficazes de produção agrícola, porém, resguardando e respeitando todas as suas instituições ancestrais. Com o tempo, inevitavelmente, deixariam a condição de bárbaros em que estavam.

Retornado à contextualização histórica, mesmo nos anos subsequentes à extinção do SPI, a política integracionista e tutelar persistiu no indigenismo oficial brasileiro. Portanto, a orientação à escolarização indígena não mudou radicalmente, embora, desta feita, o ensino bilíngue passou a ser obrigatório nas escolas indígenas, como se observa pelo artigo 49 da Lei nº 6.001/73, conhecida como Estatuto do Índio. Nesse período, também se destacam as ações do SIL, órgão de orientação missionária que tinha por objetivo realizar traduções da bíblia para as línguas indígenas brasileiras, mas que reunia muitos cientistas, os quais produziram um vasto conhecimento sobre essas mesmas línguas.

Contudo, conforme diz o historiador Elias Bigio (2007), seria um equívoco igualar a política indigenista dos militares à época de Rondon à política indigenista durante o período militar no país. Rondon e os militares de seu tempo eram extremamente engajados na causa indigenista e haviam adquirido uma vasta e valiosa experiência junto aos povos indígenas por ocasião de suas expedições aos sertões e, portanto, sabiam das compulsões e coerções pelas quais os índios passavam. É verdade que fracassaram em assegurar os direitos territoriais indígenas, mas sob algumas circunstâncias em que se fizeram presentes, ao menos conseguiram inibir algumas das atrocidades que vinham sendo cometidas contra os índios, além de, em alguns casos, reverterem o processo de redução do contingente populacional de grupos indígenas recém-contatados.

Por outro lado, os governos militares dos anos de 1970 e 1980 não apenas careciam da experiência que tinham os militares da época de Rondon, como também seus interesses estavam muito alheios às causas indigenistas, às vezes, francamente contrários. Nesse período, como aponta Bigio (2007), a política indigenista é subordinada à doutrina da segurança nacional e aos chamados projetos de desenvolvimento social e econômico. É por

esse motivo que, desde sua criação até 1990, a FUNAI integrava o Ministério do Interior (MI).

Dentre os projetos de desenvolvimento, constam a construção da rodovia transamazônica (de 1968 a 1974), o Programa de Integração Nacional (1970), o Programa de Redistribuição de Terras (1971), o I Plano de Desenvolvimento da Amazônia (1972-1974), o projeto RADAM-Brasil (1975), em virtude do qual os Yanomami veem seus territórios sendo invadidos por grandes levas de garimpeiros encantados com a ampla divulgação feita pelo governo sobre a existência de ricas jazidas de cassiterita nas Terras desses índios, dentre outros, todos eles com consequências deletérias para os povos que viviam nessas regiões, em especial, os amazônicos.

Além disso, durante o período militar, a classificação dos povos indígenas segundo o grau de contato que mantinham com a sociedade envolvente também foi amplamente utilizada para negar o reconhecimento dos direitos territoriais indígenas, sob a alegação de que índio verdadeiramente índio era tão somente o que vivia nos confins da floresta, caçando com seu arco e com sua flecha, adornado com contas feitas de dentes de algum animal selvagem, usando penas de alguma ave silvestre e, preferencialmente, sem ter tido contato direto com membros de sociedades não indígenas.

Desse estereótipo se depreende uma das implicações políticas da adoção do conceito de etnia tal como o definimos anteriormente. Quando Ribeiro (1970/2000), assim como a Antropologia brasileira de sua época, defendem a tese de que o ponto central do conceito de etnia diz respeito às representações recíprocas entre agrupamentos humanos e às lealdades morais em detrimento das especificidades culturais e raciais, o que eles estão dizendo é justamente que os índios não deixam de ser índios porque vestem calças, usam celulares, dirigem carros, pilotam aviões, bebem coca-cola ou ainda porque seus traços fenotípicos são essencialmente caucasoides ou negroides. São índios porque além de se identificarem como tais e assim serem identificados por membros de sociedades não índias, entendem a si mesmos como membros de grupos etnicamente diferenciados, com uma história pré-colombiana e colonial específica.

Além disso, vale notar que, de acordo com Ribeiro (1970/2000), na maior parte dos casos que abordou em seu livro, não houve verdadeiramente uma assimilação dos índios à sociedade regional como pressupunham os humanistas rondonianos. Ao contrário, para além das representações recíprocas e lealdades morais que formam grupos etnicamente diferenciados, entre índios e membros de sociedades regionais persistia a barreira intransponível do preconceito, a qual assinalava conclusivamente suas diferenças.

Se, por um lado, as políticas desenvolvimentistas, cujas consequências foram deletérias aos grupos indígenas por elas afetados, marcam os governos militares, a despeito do reconhecimento dos direitos territoriais dos indígenas assegurado no Estatuto do Índio, cuja promulgação mais parece ter sido feita por critério de conveniência do que por interesse às causas indigenistas, como sugerem as traduções que dele foram feitas para o inglês e francês (cf. BIGIO, 2007), por outro lado, os mesmos anos 1970 e 1980 são palco de movimentos contrários a essas políticas no âmbito da sociedade civil.

Conforme ressalta a educadora Rosa Helena Dias da Silva (2000), é nesse período que surgem várias entidades indigenistas: a OPAN (Operação Anchieta), fundada em 1969, o CIMI (Conselho Indigenista Missionário), fundado em 1972, a ANAÍ (Associação Nacional do Índio), criada em 1977, a CPI (Comissão Pró-Índio), em 1978, o CTI (Centro de Trabalho Indigenista), em 1979, dentre outras. Mas, principalmente, esse também é o período em que despontam no cenário nacional várias lideranças indígenas, tais como Mario Juruna, Aílton Krenak, Tuíre Kayapó, Raoni e Marcos Terena.

À parte dessas lideranças indígenas e entidades indigenistas, nas décadas de 1980 e 1990 houve o surgimento de organizações e associações criadas pelos próprios indígenas. Com base em uma tipificação feita por Marta Azevedo e Maria Helena Ortolam (1993), Rosa Helena da Silva (2000) nos diz que havia cinco tipos de organizações indígenas: 1) por povo, tais como o CGTT (Conselho Geral da Tribo Ticuna) e a Comissão Indígena Xerente; 2) por mais de um povo, tais como a ACIRX (Associação das Comunidades Indígenas do Rio Xié), o CIR (Conselho Indígena de Roraima) e a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo; 3) por categoria (por exemplo, estudantes, professores, mulheres, agentes indígenas de saúde), tais como o Grupo de Mulheres Bordadeiras Xokó, a COPIAR (Comissão dos Professores Indígenas do Amazonas, Roraima e Acre) e a APBKG (Associação dos Professores Bilíngues Kaingáng e Guarani); 4) articulação de organizações, tais como a FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro) e a COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira); 5) a nível nacional, tais como o CAPOIB (Conselho de Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil), o GRUMIM (Grupo de Mulheres e Educação Indígena) e a UNI (União das Nações Indígenas), criada em 1980 e que perdurou por dez anos¹³.

¹³ É importante ressaltar que a formação de unidades indígenas supraétnicas nem sempre se dá de forma tranquila. A esse respeito, é digno de nota o relato de Seeger (1978) sobre os esforços administrativos feitos pelos diretores do Parque Nacional do Xingu, primeiro Cláudio Villas-Boas e, posteriormente, Olympio Serra, para formar uma unidade entre os povos indígenas – alguns dos quais antigos inimigos de guerra – desse

Há dois pontos importantes a serem ressaltados em relação aos movimentos indígenas dos anos 70 em diante. Em primeiro lugar, diferentemente das décadas anteriores em que a política indigenista era formulada e conduzida alheia às vozes indígenas, a partir da década de 1970, os índios, por meio de suas organizações e lideranças, começam a ter mais representatividade em discussões que tratem sobre questões que lhe digam respeito. Em segundo lugar, embora os movimentos indígenas assumissem várias facetas, com objetivos dos mais diversos possíveis, havia um elemento, conforme explicita Silva (2000), que unificava todos eles: a luta pelo território.

Dessa forma, devido a esses movimentos indígenas e indigenistas, o mais recente ordenamento jurídico-constitucional brasileiro, a Carta Magna de 1988, traz avanços importantes no que diz respeito à filosofia e política indigenistas. Supera-se, pelo menos do ponto de vista de seu texto, a política integracionista que até então vigorava. Isso não significa dizer, entretanto, que a classificação dos povos indígenas segundo o grau de contato que mantém com a sociedade envolvente deixou de ser importante juridicamente. Pelo contrário, a FUNAI tem, por exemplo, uma política específica para povos isolados, política esta que, diferente do que acontecia antes do final da década de 1980, agora prevê que à constatação de índios isolados não se deve seguir o contato, tendo em vista não apenas as experiências históricas que demonstram as consequências deletérias do contato, mas também – e principalmente – porque os próprios povos isolados, em sua grande maioria, permanecem isolados porque assim o desejam. À FUNAI compete, depois da eventual constatação, proteger o território desses povos.

O Estado Brasileiro, em sua organização político-administrativa, constitui uma confluência de interesses diversos (VIVEIROS DE CASTRO, 1981). Assim, se por um lado, movimentos indígenas e indigenistas conseguiram consolidar direitos na Constituição, por outro, certas influências no legislativo tentam promulgar Projetos de Emenda à Constituição que atentam contra esses mesmos direitos, tais como a PEC 215/00. Se por um lado, no artigo 67 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias constava que o prazo para a demarcação de Terras Indígenas a partir da promulgação da Carta de 1988 era de cinco anos¹⁴, por outro, o Decreto nº 1.775, de janeiro de 1996, o qual dispõe sobre o procedimento administrativo para demarcar as Terras Indígenas, prevê em seu art. 2º §8º o chamado “princípio do contraditório”, segundo o qual aos interessados abre-se a possibilidade de

Parque. Com essa unidade, os diretores queriam criar uma forte articulação dos índios contra a frente de expansão recém-chegada.

¹⁴ Com efeito, já no art. 65 da Lei nº 6.001/1973 era previsto um prazo de cinco anos para a demarcação das Terras Indígenas.

pleitear indenizações e demonstrar vícios, parciais ou totais, no relatório circunstanciado feito por um grupo técnico especializado, relatório este que apresenta informações sobre a área a ser demarcada. Como resultado, há Terras Indígenas cujos processos de demarcação estão travados.

Afora os ataques “legais” aos direitos indígenas, o assassinato de indígenas, assim como ataques às suas comunidades, sobretudo, mas não somente, em Mato Grosso do Sul, continua sendo uma realidade, como mostra um recente relatório do Conselho Indigenista Missionário (2015). A omissão – ou seria conivência? – do Estado frente a essa situação, bem como sua morosidade em proceder à regularização fundiária das Terras Indígenas, agrava a situação.

Por último, há ainda estratégias verbais, as quais não se revestem mais com a roupagem da segurança nacional, tal como à época do regime militar-ditatorial, mas cujas funções são exatamente a mesma: negar aos índios o reconhecimento de seus direitos territoriais em função de interesses econômicos. Assim ocorre, por exemplo, quando se diz que há muita terra para pouco índio; ou então que índio não produz; ou ainda, como disse Kátia Abreu, quando estava na posição de Ministra da Agricultura, em entrevista à Folha de São Paulo, de 05 de janeiro de 2015, que conflitos entre fazendeiros e povos indígenas começaram a ocorrer porque os últimos “saíram da floresta e passaram a descer nas áreas de produção”.

Apesar desses ataques, são inegáveis os avanços dos movimentos indígenas e indigenistas. Como dito, a Constituição de 1988 estabeleceu um marco na legislação indigenista. Orientada não mais pela filosofia integracionista e tutelar, mas sim pelo reconhecimento e fortalecimento dos vários modos indígenas de ser, ela constituiu a base sobre a qual se assentaram e continuam se assentando todas as legislações indigenistas subsequentes, incluídas as referentes à saúde indígena e educação escolar indígena.

Nesse sentido, a breve contextualização histórica que se fez estabelece alguns elementos que nos permite compreender algumas das tendências atuais da saúde e educação escolar indígenas. No âmbito da primeira, as atuais reivindicações se voltam no sentido de que se garanta atenção à saúde de qualidade aos povos indígenas, compatibilizando-a com as especificidades sociais, culturais e étnicas de cada povo em questão.

No âmbito da segunda, desde a década de 1970 até atualmente, procura-se construir, consolidar e desenvolver um novo modelo para a escola indígena, de acordo com o qual a perspectiva muda em relação àquela que caracterizou os períodos anteriores, ou seja, a

orientação mudaria da escola dos brancos para os índios à escola dos índios para os índios, segundo os seus próprios costumes, crenças, tradições e valores.

À luz dessa contextualização, esta pesquisa, de natureza documental, tem por objetivo examinar a Portaria nº 254, que aprovou a PNASPI, e o Decreto nº 6.861, o qual dispôs sobre a política atual de educação escolar indígena em termos de TEE. Antes de proceder à descrição do caminho metodológico que me levou a esses documentos, entretanto, neste capítulo, apresento ainda uma seção adicional sobre Análise do Comportamento, procurando evidenciar ao leitor possíveis contribuições dessa abordagem à análise de documentos oficiais, bem como, especificamente, a pertinência de examinar os documentos objetos desta pesquisa por meio das contingências de reforço.

1.3. Análise do Comportamento e documentos oficiais

Como exposto, a Análise do Comportamento dispõe de um conceito muito valioso que é o de contingências de reforço, conceito este historicamente formulado a partir de exaustivas e sistemáticas observações do comportamento em situações experimentais de laboratório. Gradualmente, conforme explica Souza (2000), as relações comportamento-ambiente que os analistas do comportamento têm estudado assumem contornos cada vez mais complexos, de tal forma que, embora o paradigma dos três termos de uma contingência continue sendo essencial, o conceito tem sido refinado, tal quando, p. ex., é usado para analisar relações condicionais entre estímulos.

Pode-se dizer que uma contingência de reforço é uma unidade de análise empregada pelo cientista para analisar e, eventualmente, manipular o comportamento em suas relações com o ambiente. Consiste na relação recorrente e indissociável entre três termos: contexto antecedente, comportamento e consequência. Assim, uma explicação de por que um organismo se comporta do modo que se comporta requer analisar, por meio de observações sistemáticas, as relações que o comportamento mantém com seus contextos antecedente e consequente, relações as quais podem ser mais ou menos evidentes.

No que concerne ao comportamento social dos seres humanos, por exemplo, parece haver certo consenso entre autores distintos na Análise do Comportamento de que tal comportamento é muito difícil de ser analisado, pois com frequência suas relações com os contextos antecedente e consequente são sutis (cf., por exemplo, ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 2005; GUERIN, 1992, 1995, 2004; SAMPAIO; ANDERY, 2010; SKINNER, 1953/2011).

Embora uma contingência de reforço seja uma unidade, é possível, analiticamente, desmembrá-la para que se compreendam as relações entre seus termos. Santos *et al.* (2009), baseados em Botomé (2001), indicam características inerentes ao funcionamento de contingências de três termos:

1. No que se refere à relação entre o contexto antecedente – aquilo que acontece antes ou concomitante ao que um organismo faz – e o comportamento, tal contexto pode, dentro de um *continuum* probabilístico de 0 a 1, facilitar ou dificultar a apresentação do comportamento.
2. Outro tipo de relação diz respeito ao fato de que um evento ocorre concomitante ou imediatamente depois daquilo que um organismo faz. Nesse caso, o evento não é necessariamente consequente, mas apenas subsequente.
3. O terceiro tipo de relação especifica que a produção de certos eventos por aquilo que um organismo faz é sinalizada por algum aspecto do contexto antecedente.
4. No que concerne à relação entre o comportamento e o evento subsequente, este último pode ter efeitos sobre a probabilidade de ocorrência do comportamento. Assim, não se trata apenas de um evento subsequente, mas, também, consequente.
5. No quinto tipo de relação, características do contexto antecedente sinalizam a consequência a ser produzida caso o organismo se comporte de uma dada maneira.
6. No que tange à relação entre contexto antecedente e consequência, é justamente a consequência produzida pelo comportar-se do organismo que faz com que aspectos do contexto antecedente adquiram propriedades sinalizadoras ou discriminativas para o comportamento em questão. Nesse caso, quanto mais semelhantes ao primeiro forem os contextos antecedentes futuros, maior a chance de apresentação do comportamento.
7. O sétimo tipo de relação consiste no conjunto de todos os tipos anteriores.

Essas características evidenciam a impossibilidade de se definir qualquer dos três termos de uma contingência sem referência aos demais: trata-se de uma unidade. B. F. Skinner, fundador da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical, produziu uma obra muito rica e vasta no ramo experimental de sua ciência, ramo no qual, como dito, o conceito de contingências foi formulado, apresentando os dados de seus estudos e sistematizando-os.

Entretanto, os dados produzidos e sistematizados na pesquisa básica nunca foram tomados como um fim em si mesmo pelos analistas do comportamento de maneira geral e por B. F. Skinner de modo particular. A pesquisa básica constitui o método, cujos conhecimentos fornecem a base sobre a qual os analistas do comportamento analisam e intervêm sobre seus fenômenos de interesse. Nesse sentido, valendo-se de uma metáfora, pode-se dizer que pesquisa básica e atuação profissional caminham juntas, cada qual contribuindo para o avanço da outra.

Dentre a enorme variedade de tipos de pesquisa básica e atuação profissional que têm sido feitos no âmbito da Análise do Comportamento e de sua filosofia, o Behaviorismo Radical, alguns analistas do comportamento têm se dedicado ao exame de alguns documentos oficiais (cf., p. ex., CARVALHO, 2013; KUBO; BOTOMÉ, 2002; MARTINS, 2009; SANTOS *et al.*, 2009; TODOROV *et al.*, 2004).

Todorov *et al.* (2004, p. 45-46), lançando mão do modelo das contingências de reforço, examinaram, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), apresentando as seguintes definições dos três termos da unidade de análise que adotaram nesse exame:

Antecedentes: descrevem contextos, condições e circunstâncias para a ocorrência de comportamentos.

Comportamentos: estabelecem ação esperada de um sujeito, a qual pode ser definida implícita ou explicitamente.

Consequências: são consequências diretas de comportamentos definidos nas contingências.

Conforme explicitam os autores (*op. cit.*), o ECA se trata de um documento organizado na forma de artigos, os quais são agrupados sob diferentes temas. Tendo em vista esse tipo de organização, Todorov *et al.* (2004) se valeram da estratégia metodológica de avaliar se cada artigo se referia a um antecedente, comportamento ou a uma consequência. Dessa maneira, à medida que encontrassem um artigo que julgassem se referir a um dos termos de uma dada contingência, procediam à leitura do documento em busca dos demais termos.

No entanto, ao procederem à análise dos artigos, Todorov *et al.* (2004) observaram que os artigos não especificavam um antecedente, comportamento ou consequência, mas agrupavam vários antecedentes, vários comportamentos ou várias consequências, razão pela qual os autores adotaram a definição operacional de contingências segundo a qual elas

especificam relações entre uma classe de antecedentes, classe de respostas e classe de consequências.

Um exemplo de contingência inferida por esses autores (*op. cit.*, p. 47-48) é o seguinte:

Antecedentes

Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Comportamentos

Art. 228 – Deixar o encarregado de serviço ou o dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de manter registro das atividades desenvolvidas, na forma e prazo referidos no art. 10 desta Lei, bem como de oferecer à parturiente ou a seu responsável, por ocasião da alta médica, declaração de nascimento, onde constem as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonatal.

Consequências

(Artigo 228) Pena – Detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Portanto, note que há duas respostas – que compõem uma classe – especificadas no artigo 228 e que são esperadas de um encarregado de serviço ou de um dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante: manter registro das atividades, conforme artigo 10 do próprio ECA; e oferecer à parturiente, quando da alta médica, declaração de nascimento, em que conste eventuais intercorrências no parto e no desenvolvimento do neonatal. A não observância dessas respostas implica na pena especificada no mesmo artigo 228.

Por outro lado, a observação e a análise dos antecedentes explicitados indicam que estes se refiram a necessidades – históricas ou atuais. Assim, diante da necessidade de efetivação de políticas sociais públicas que garantam o nascimento e o desenvolvimento harmonioso e sadio da criança e do adolescente, espera-se do encarregado do serviço ou do dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante que eles exibam as respostas constantes no art. 228.

Evidentemente, políticas sociais públicas que garantam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente não serão efetivadas somente por meio das respostas descritas no art. 228, as quais se destinam aos dirigentes de estabelecimentos de atenção à saúde de gestante. Disso decorre que outros atores sociais também precisem se comportar de certas maneiras especificadas diante da mesma

necessidade, embora as consequências previstas possam ser outras, o que significa afirmar, neste caso, que os mesmos antecedentes possam participar de contingências distintas. Todorov *et al.* (2004, p. 47) deixam isso claro ao apresentarem outra contingência que inferiram a partir da leitura e da análise que realizaram do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Antecedentes

Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Comportamentos

Art. 245 – Deixar médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Consequências

(Artigo 245) Pena – multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Note, portanto, que os mesmos antecedentes participam de contingência distinta da primeira exemplificada, ou seja, mantêm relações com respostas de outra classe – classe esta que diz respeito a médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde, ensino fundamental, creches e pré-escolas – e também com consequências de outra classe.

Além das contingências de reforço, Todorov *et al.* (2004) também utilizaram a metacontingência como uma unidade de análise do ECA. Adotaram a mesma definição apresentada inicialmente por Sigrid Glenn (1986), para quem uma metacontingência se caracteriza por relações funcionais entre uma classe de operantes – cada operante gerando suas próprias consequências – e uma consequência em longo prazo e comum a todos os operantes da classe.

Todorov *et al.* (2004, p. 47) interpretaram que o art. 1º do documento legal que tomaram como objeto de estudo descrevia essa consequência em longo prazo e comum a todos os operantes na metacontingência: “Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”. Assim, todas as contingências de reforço que esses autores (*op. cit.*) inferiram do texto legal, contingências estas referentes a temas diferentes, de maneira entrelaçada e em conjunto, deveriam gerar como consequência última e em longo prazo a

proteção integral à criança e ao adolescente, ou seja, conforme está especificado no artigo primeiro.

Por sua vez, Martins (2009) e Carvalho (2013) examinaram, respectivamente, as Leis Orgânicas da Saúde – as quais regulamentam o SUS – e as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de acordo com os mesmos procedimentos desenvolvidos por Todorov *et al.* (2004).

No conjunto dos três estudos citados, a utilização das contingências de três termos como recurso descritivo-interpretativo de textos legais possibilitou algumas observações recorrentes. Em primeiro lugar, verificou-se que, enquanto algumas contingências puderam ser inferidas de forma completa, ou seja, com seus três termos ou, pelo menos, com o comportamento e a consequência, outras puderam ser inferidas apenas de forma incompleta, ou seja, descrevem-se o contexto antecedente e o comportamento ou, ainda, um ou outro desses termos, mas faltam indícios da consequência que se segue da emissão ou não emissão do comportar-se. As duas contingências a que se fez alusão anteriormente (p. 24 e 25) podem ser consideradas exemplos de contingências completas. Quanto a um exemplo de contingência incompleta, o próprio estudo de Todorov *et al.* (2004, p. 49) pode ser referenciado:

Antecedente

Art. 20 – Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

O que Todorov *et al.* (*op. cit.*) destacaram é que não puderam inferir do texto legal qualquer classe de respostas e classe de consequências que se relacionassem a esse antecedente.

Ainda como um resultado importante obtido nos três estudos (CARVALHO, 2013; MARTINS, 2009; TODOROV *et al.* 2004) e que diz respeito à completude ou não das contingências, ressalte-se o número relativamente alto de contingências que puderam ser inferidas apenas de maneira incompleta: no estudo de Todorov *et al.* (2004), 47,22% das contingências foram inferidas de forma completa, enquanto 52,77% de modo incompleto; Martins (2009) encontrou um número ainda mais expressivo: 70,8% das contingências puderam ser inferidas de modo incompleto e apenas 29,2% de maneira completa; Carvalho

(2013), por sua vez, das quatro contingências que inferiu, apenas uma o foi de maneira completa.

Em segundo lugar, observou-se que, sob certas circunstâncias, um dos elementos de uma contingência pode participar como elemento de outras contingências. A esse respeito, vale elucidar, novamente, as duas contingências a que se fez alusão (p. 24 e 25), cujas necessidades, embora sejam as mesmas, exigem classes de respostas e classes de consequências distintas para atores sociais igualmente distintos. Em terceiro lugar, as contingências geralmente não são inferidas de artigos próximos, mas sim em partes do documento legal objeto de análise que se referem a assuntos distintos, o que pode indicar, conforme ressalta Martins (2009, p. 33), que “os legisladores são controlados por outras regras no momento da construção de uma norma legal”. A respeito dessa observação, vale explicitar o que nos dizem Todorov *et al.* (2004, p. 49): “observou-se que as penas se encontravam nos últimos artigos do Livro II. Os artigos que contêm comportamentos estão na Parte Especial, e os principais Antecedentes no Livro I”. Em quarto lugar, em muitas circunstâncias, há a necessidade de se consultar documentos legais auxiliares para se completar contingências incompletamente inferidas do texto tomado como objeto principal de estudo.

Um exemplo bem ilustrativo dessa última observação é fornecido por Carvalho (2013). A partir do exame que fez da LDB, essa autora inferiu a seguinte contingência incompleta:

Antecedentes

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais da solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 5º O acesso ao ensino fundamental é direito público subjetivo (...).

Comportamentos

Art. 6º É dever dos pais ou responsáveis efetuar a matrícula dos menores, a partir dos seis anos de idade, no ensino fundamental.

Entretanto, quando procedeu a uma consulta do ECA, conseguiu inferir dele consequências ao não cumprimento da obrigação de matricular os menores no ensino fundamental:

ECA

Comportamentos

Art. 22. Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais.

Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:

(...)

V – obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar.

Consequências

Art. 24. A perda e a suspensão do poder familiar serão decretadas judicialmente, em procedimento contraditório, nos casos previstos na legislação civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o art. 22.

Art. 249. Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar:

Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Ao inferirem um alto número de contingências incompletas, Todorov *et al.* (2004), Martins (2009) e Carvalho (2013) estavam indicando as lacunas nessas legislações e a necessidade de novas redações. A questão da justificativa de novas redações para essas legislações é muito importante de ser discutida. Documentos oficiais constituem grandes conjuntos de regras ou orientações e, assim sendo, espera-se que essas regras ou orientações sejam claras¹⁵, de tal modo que possam governar o comportamento daqueles a quem elas se destinam. Tais regras ou orientações não são fins em si mesmos, mas meios, cujos fins consistem nas contingências a serem estabelecidas por aqueles cujos comportamentos deveriam estar sob controle dessas regras ou orientações. Ora, seria de uma ingenuidade tamanha, se não mesmo de uma cegueira absurda, acreditar que todos os problemas – ou mesmo a maioria deles – na aplicação das recomendações de documentos oficiais se devessem a uma falta de clareza desses documentos. Contudo, esse reconhecimento não implica em eximir-se da busca por uma maior clareza na redação de documentos oficiais, visto que essa redação também constitui um problema ao considerar o comportamento

¹⁵ Do ponto de vista da Análise do Comportamento, leia-se: uma regra que especifique o que um dado indivíduo ou entidade deva fazer, sob quais circunstâncias e quais são as consequências esperadas.

daqueles em condições de aplicar políticas públicas ou recomendações de documentos oficiais.

Para além das contingências de reforço, vale reiterar que Todorov *et al.* (2004), Martins (2009) e Carvalho (2013) utilizaram outra unidade de análise no exame dos documentos que tomaram como objeto de estudo, a metacontingência. Essa unidade de análise, apresentada por Glenn (1986), não será utilizada nesta pesquisa por duas razões: 1) porque se trata de uma unidade ainda controversa, cuja formulação inicial não estava respaldada em algo fundamental à filosofia behaviorista radical que é a observação dos fenômenos empíricos, mas sim a partir de uma interpretação “contingencialista” da novela utópica *Walden Two* por Glenn (1986) e; 2) porque há outros estudos, precisamente o de Kubo e Botomé (2002) e Santos *et al.* (2009), que apresentam contribuições ao exame de documentos oficiais tomando como parâmetro apenas o paradigma essencial dos três termos de uma contingência.

Kubo e Botomé (2002) e Santos *et al.* (2009) analisaram as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia no país, mas, diferentemente dos estudos anteriormente explicitados, suas análises não foram no sentido de inferir contingências.

No primeiro estudo, foram avaliadas algumas possibilidades nas Diretrizes Curriculares. Com base em Botomé (1981), Kubo e Botomé (2002) fizeram referências a uma série de trabalhos sobre objetivos de ensino – trabalhos estes de pesquisadores e estudiosos dos anos de 1970 a 1980, período em que as publicações referentes a objetivos de ensino foram abundantes no Brasil – e os classificaram em dois tipos gerais, a depender de suas proposições acerca do que é importante ensinar. O primeiro tipo de proposições, mais tradicionais, estava calcado em “itens de conteúdo”. O segundo tipo, constante da literatura emergente daquela época, apontava à necessidade de se formularem objetivos de ensino em bases comportamentais, que caracterizassem o que o aprendiz, depois de exposição aos procedimentos de ensino, deveria ser capaz de fazer em relação à realidade com a qual possivelmente iria interagir.

Nesse sentido, já nessa época, havia certa problematização do currículo tradicional caracterizado por disciplinas e conteúdos programáticos. Conforme salientam Kubo e Botomé (2002), a própria metáfora do “conteúdo” deriva da concepção de que o professor se trata de um continente cheio de conhecimentos e o aluno, um continente vazio. Assim, o ensino é entendido como um processo de “transmissão” de conhecimento, entendimento ligado à outra metáfora: a dos vasos comunicantes. Ainda de acordo com Kubo e Botomé (*op. cit.*), em

alguns casos, somam-se a essas metáforas outras metáforas e analogias: afirma-se que o aluno “adquire” o conhecimento, tal como se a escola fosse um supermercado onde as prateleiras fossem as “disciplinas” e o aluno “pegasse” o que quisesse ou pudesse “adquirir”; afirma-se que o aluno se “apropria” do conhecimento, como se o conhecimento fosse uma espécie de “propriedade”; diz-se que o aluno “incorpora” o conhecimento, o que faz indagar se o aluno o faz da mesma maneira que com os alimentos. Todas essas metáforas, analogias e figuras de linguagem não apenas descrevem de modo deficiente os processos comportamentais em situações de aprendizagem, como também impõem sérias dificuldades à definição de objetivos de ensino em termos comportamentais.

Dessa maneira, Kubo e Botomé (2002) avaliaram que as Diretrizes representaram um avanço importante, visto não serem enunciadas em termos de disciplinas e conteúdos programáticos, mas sim de “competências e habilidades” profissionais, o que muda o foco para o que o psicólogo recém-formado deverá estar apto a fazer.

No segundo estudo, Santos *et al.* (2009) também analisaram o texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para a capacitação de psicólogos no país, mas examinaram, em específico, os conceitos de “competência” e “habilidade” que se encontram nesse documento. Vale lembrar que as Diretrizes são destinadas a gestores de cursos, professores e outros envolvidos no processo de ensino de graduação no país, o que implica que as orientações nelas contidas dizem respeito ao comportamento desses atores sociais. Em outras palavras, orienta-se que o planejamento de condições de ensino por parte desses atores sociais resulte em certas habilidades e competências – aquelas referenciadas no texto das Diretrizes – apresentadas pelo psicólogo recém-formado.

Procedendo a uma análise dos contextos em que os termos “competência” e “habilidade” eram usados no texto das Diretrizes, Santos *et al.* (2009) avaliaram a imprecisão e polissemia deles, as quais constituem um problema, tendo em vista que esses termos são centrais nesse documento. Avaliaram também a insuficiência da explicitação das “habilidades” e “competências”, as quais eram descritas em termos estritamente topográficos, ou seja, apenas com referência ao comportamento e suas propriedades estruturais, mas não aos contextos antecedente e conseqüente a ele relacionados. Nesse sentido, Santos *et al.* (*op. cit.*) afirmam que não basta dizer, por exemplo, tal como consta nas Diretrizes, que o aluno de Psicologia deva aprender a aplicar técnicas e instrumentos de avaliação de fenômenos psicológicos. Conforme ensina Skinner (1968/1972), um objetivo de ensino, qualquer que seja, precisa ser especificado nos três termos de uma contingência: contexto antecedente, comportamento e conseqüência. Assim, como relatam Santos *et al.* (2009), mais do que

aprender a aplicar instrumentos e técnicas indiscriminadamente, é necessário que o aluno identifique em quais situações é adequada essa aplicação (contexto antecedente), adequar os instrumentos e técnicas às características da clientela atendida (contexto antecedente), avaliar necessidades de aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas usados (o que implica que o aluno, ao aplicar os instrumentos e técnicas, deva estar sensível às consequências da aplicação sobre a clientela com a qual trabalha) e assim por diante.

As sugestões feitas por Santos *et al.* (2009) em substituir os conceitos de habilidade e competência pelo de comportamento e em alterar a redação de alguns trechos das Diretrizes não constituem mero preciosismo. Trata-se, nos dois casos, de tornar mais claras e precisas as orientações aos gestores dos cursos de graduação em Psicologia, de tal maneira que estes gestores possam planejar condições de ensino sob as quais os psicólogos aprendam a interagir com os fenômenos objeto de sua intervenção.

Os cinco estudos aludidos ressaltam a importância de documentos oficiais serem claros e bem operacionalizados, cujas orientações ou regras neles contidas devem especificar os três termos de uma contingência. Há duas razões que justificam essa necessidade de clareza. Em primeiro lugar, aquele a quem se destina a orientação pode saber, mais claramente, o que precisa ser feito, sob quais situações e quais são as consequências esperadas. Segundo, o próprio documento pode servir melhor como instrumento de contracontrole (DELGADO, 2002; SKINNER, 1953/2011) por parte daqueles interessados em sua observância.

Nesse sentido, esta pesquisa tem por objetivo examinar, por meio do modelo das contingências de reforço, dois documentos oficiais: a Portaria nº 254 e o Decreto nº 6.861. Embora o primeiro documento seja de 2002 e o segundo de 2009, é importante realçar que ambos ainda hoje são referências centrais em seus respectivos campos, motivo pelo qual foram tomados como objeto de exame. Além disso, os estudos etnográficos e etnológicos consultados nesta pesquisa, ainda que constituam apenas uma ínfima parte de toda a riquíssima e vasta produção bibliográfica da Etnografia e Etnologia Indígenas brasileiras, indicam alguns descaminhos entre as recomendações de documentos oficiais e o que ocorre efetivamente em campo, mas não se debruçam sobre a redação desses documentos propriamente ditos. Por último, a partir do exame da Portaria nº 254/02 e do Decreto nº 6.861/09, esperou-se, do ponto de vista da Análise do Comportamento, ponderar acerca de alguns limites e algumas possibilidades desses textos, no sentido de quão claras eram suas proposições.

2. MÉTODO

Inicialmente, os objetivos da pesquisa consistiam em examinar as políticas de saúde indígena e educação escolar indígena sob a perspectiva de documentos legais. Entretanto, logo esses objetivos amplos foram afunilados, no sentido de que, anteriormente aos procedimentos de busca de materiais concernentes à saúde e à educação escolar indígenas, adotou-se o critério metodológico de considerar apenas documentos de âmbito nacional, mas não regional. Há duas razões para esse critério. Em primeiro lugar, cada povo indígena e cada aldeia vivem uma realidade peculiar quanto à sua saúde e sua educação escolar. Portanto, seria impraticável uma caracterização caso a caso, ainda mais em se tratando de um mestrado. Em segundo lugar, esta pesquisa constitui em uma aproximação aos temas da saúde indígena e educação escolar indígena sob o viés teórico da Análise do Comportamento. Dessa forma, optou-se pela análise de textos cujos conteúdos remetessem a âmbitos mais abrangentes esperando-se que dessa análise possam decorrer subsídios teóricos para analistas do comportamento que eventualmente venham a realizar pesquisas em aldeias indígenas.

Postos esses esclarecimentos, a seguir serão relatados os caminhos metodológicos de busca e seleção de material relevante e os procedimentos de análise utilizados sobre os textos selecionados para caracterizar os temas de que trata esta dissertação.

2.1. Procedimentos de busca e seleção de documentos

2.1.1. Saúde Indígena

O primeiro passo na busca de material legal concernente à saúde indígena brasileira consistiu em uma consulta no site da SESAI, órgão vinculado ao MS e que desde 2010 é responsável pela execução de serviços e ações de saúde indígena no âmbito do território nacional. No site, na área esquerda da tela inicial, há uma aba intitulada “Legislação”. Ao clicá-la, direciona-se a uma página onde há uma lista da legislação que concerne à questão da saúde indígena no Brasil. Essa lista remonta até 1999, ano em que a responsabilidade jurídica pela execução de serviços de saúde indígena no Brasil passou da FUNAI para a FUNASA, ligada ao MS. Nessa mesma lista, constam alguns textos que foram revogados. Nesses casos, apresenta-se o texto mais recente e, em seguida, o texto o qual ele revogou. A seguir consta o quadro dos textos legais que aparecem:

Quadro 1 – Legislação referente à saúde indígena no Brasil.

Textos legais	
1.	Constituição Federal de 1988. Capítulo VIII (Dos Índios), Título VIII (Da ordem social), artigos 231 e 232.
2.	Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil em 2003.
3.	Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Este Decreto revogou o Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012. Por sua vez, o Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012 havia revogado o Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011.
4.	Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012.
5.	Decreto nº 7.395, de 22 de dezembro de 2010.
6.	Decreto nº 7.335, de 19 de outubro de 2010. Este Decreto revogou o Decreto nº 6.878, de 18 de junho de 2009.
7.	Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 2009.
8.	Medida Provisória Nº 483. Esta Medida foi convertida na Lei nº 12.314 de 19 de agosto de 2010.
9.	Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012.
10.	Portaria nº 2.357, de 15 de outubro de 2012.
11.	Portaria nº 2.012, de 14 de setembro de 2012.
12.	Portaria nº 519, de 7 de maio de 2015. Esta Portaria revogou a Portaria nº 1.297, de 25 de junho de 2012.
13.	Portaria nº 24, de 1 de junho de 2012.
14.	Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010.
15.	Portaria nº 3.841, de 7 de dezembro de 2010.
16.	Portaria nº 284, de 21 de agosto de 2009.
17.	Portaria nº 3.035, de 17 de dezembro de 2008. Esta Portaria revogou a Portaria nº 2.043, de 25 de setembro de 2008.
18.	Portaria nº 3.034, de 17 de dezembro de 2008. Esta Portaria revogou a Portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008.
19.	Portaria nº 2.760, de 18 de novembro de 2008.
20.	Portaria nº 2.656 MS/GM, de 17 de outubro de 2007. O art. 20 desta Portaria foi alterado pela Portaria nº 2.760, de 18 de novembro de 2008.
21.	Portaria nº 629, de 23 de outubro de 2008.
22.	Portaria nº 475, de 1 de setembro de 2008.
23.	Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.
24.	Portaria Conjunta nº 47, de 23 de junho de 2006.

25.	Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Esta Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
26.	Portaria nº 645, de 27 de março de 2006.
27.	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.
28.	Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004.
29.	Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.
30.	Portaria MS nº 1.163, de 14 de setembro de 1999.
31.	Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
32.	Licença IBAMA para instalação dos sistemas de abastecimento de água em Terras Indígenas.
33.	Termo de Compromisso de Gestão entre Sesai, DSEI e Presidentes de Condisi.
34.	Pacto de Governabilidade entre a Sesai, DSEI e Presidentes de Condisi.
35.	Contrato de Gestão entre entes Públicos e DSEI.
36.	Diretrizes Gerais para Funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI/SUS.
37.	Perfil dos Gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
38.	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Fonte: autor.

Em seguida, procedeu-se à consulta dos objetos dos quais tratavam cada texto legal. Essa consulta permitiu categorizar os documentos encontrados em seis tipos: documentos cujos objetos se referem à estrutura regimental, ao regimento interno, ao Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas e/ou à organização de órgãos do governo (itens 3, 6, 8 e 14); documentos que tratam de contratações, financiamento e transferência de recursos e concessão de incentivos (itens 5, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 23, 24 e 26); documentos que instituem Grupos de Trabalho, que concedem autorização ou responsabilidade a certos atores sociais para desempenharem certas tarefas e/ou que convocam para Conferências Nacionais de Saúde Indígena (itens 10, 13, 15, 17, 18 e 30); documentos que dizem respeito a aspectos do SUS outros que não o campo da saúde indígena, que se referem a órgãos ambientalistas e/ou a políticas outras que não de saúde indígena (itens 4, 25, 27 e 32); documentos internacionais (item 2); documentos que tratam especificamente sobre a organização do campo da saúde indígena (itens 7, 9, 22, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37 e 38).

Conforme se pode observar, o item 1 do quadro 1 não foi incluído no processo de categorização. A razão disso é que esse item se trata do Título VIII – do Capítulo VIII – da Constituição Federal de 1988, Título este composto pelos artigos 231 e 232, os quais se referem especificamente aos povos indígenas. Como exposto no primeiro capítulo desta dissertação, a Constituição Federal constituiu um marco na legislação indigenista posterior a sua promulgação, tendo implicações nos campos da saúde indígena e educação escolar indígena brasileiras, mas não trata especificamente sobre esses campos.

Após essa categorização, os próprios objetivos iniciais da pesquisa serviram como um critério de exclusão. Com a pretensão de examinar a política nacional de saúde indígena, embora questões referentes à estrutura interna de órgãos governamentais, às condições de financiamento e repasse de recursos, à instituição de Grupos de Trabalho e a aspectos outros do SUS que não o campo da saúde indígena presumivelmente afetem essa política, não figuraram como os objetos principais de análise. Nesse sentido, documentos dos primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto tipos foram excluídos, restando somente os documentos que constam nos itens 7, 9, 22, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37 e 38.

A partir desses doze documentos, foi adotado o critério de seleção de acordo com o qual o documento a ser analisado deveria fornecer uma visão de conjunto da política nacional de saúde indígena, não aspectos específicos desta. Assim, ainda tomando como base apenas os objetos de que tratavam cada texto legal, foram selecionados seis documentos, a saber, os constantes nos itens 7, 28, 29, 31, 36 e 38, sendo que a Portaria nº 254, item 29, aprovou a PNASPI e, dessa forma, equivale ao item 38.

Depois de selecionados, os seis documentos foram lidos na íntegra. Após essa leitura, escolheu-se, em certa medida, por constituir-se enquanto referência central ao campo da saúde indígena brasileira, a Portaria nº 254/MS, de 31 de janeiro de 2002, como o documento final objeto de análise. Nesse sentido, no que diz respeito especificamente ao campo da saúde indígena, o objetivo final da pesquisa foi o de examinar a Portaria nº 254 sob a perspectiva das contingências de reforço ou, ainda, inferir, a partir das proposições contidas em seu texto, contingências de reforço e a quem estas se dirigem.

2.1.2. Educação Escolar Indígena

Desde a promulgação do Decreto nº 26, de 4 de fevereiro de 1991, a competência para coordenar as ações referentes à Educação Escolar Indígena é do MEC, cabendo às Secretarias de Educação dos Estados e Municípios desenvolverem tais ações. Contudo, nesta pesquisa,

para buscar material legal referente à educação escolar indígena, optou-se por acessar o site da FUNAI, tendo em vista que este apresenta informações sistematizadas e específicas sobre a legislação objeto de interesse. Na página inicial do site, há uma aba intitulada “Nossas Ações”, que se expande quando se passa o mouse sobre ela. Ao clicar em “Cidadania”, abre-se uma página em cujo canto esquerdo há um link denominado “Legislação”. Ao clicá-lo, direciona-se a uma nova página onde aparece uma lista com os documentos que caracterizam a base legal da educação escolar indígena brasileira. A seguir, consta a lista:

Quadro 2 – Legislação referente à educação escolar indígena no Brasil

Textos legais	
1.	Constituição Federal de 1988. Capítulo VIII (Dos Índios), Título VIII (Da ordem social), artigos 231 e 232.
2.	Decreto nº 26, de 4 de fevereiro de 1991.
3.	Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
4.	Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008.
5.	Decreto nº 6.861, de 27 de maio de 2009.
6.	Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012.
7.	Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012.
8.	Resolução CEB/CNE nº 5, de 22 de junho de 2012.
9.	Portaria do MEC nº 389, de 9 de maio de 2013.
10.	Portaria GM/MEC nº 1.062, de 30 de outubro de 2013.

Fonte: autor.

Uma consulta aos objetos de que tratava cada texto legal permitiu categorizar os documentos encontrados em quatro tipos: documentos cujos objetos se referem ao ingresso e/ou à permanência em universidades (itens 6 e 9); documentos que dizem respeito à temática indígena nas escolas não indígenas e/ou que tratam de aspectos outros da educação brasileira que não apenas a educação escolar indígena (itens 3 e 4); documentos que atribuem responsabilidades a certos atores sociais, instituem políticas em áreas afins à educação escolar indígena e/ou tratam de aspectos específicos da educação escolar indígena (itens 2, 7 e 8); documentos que dizem respeito especificamente à organização do campo da educação escolar indígena (itens 5 e 10).

Pela mesma razão para a não inclusão do item 1 do quadro 1 no processo de categorização dos documentos referentes à saúde indígena, quanto à categorização da

documentação concernente à educação escolar indígena, o item 1 do quadro 2 também não foi incluído.

De maneira análoga à saúde indígena, os objetivos iniciais também serviram como um critério de exclusão. Com a pretensão de analisar a política nacional de educação escolar indígena, os textos que se referem ao ingresso e à permanência em universidades, à temática indígena nas escolas não indígenas, à atribuição de responsabilidades e à instituição de políticas em áreas afins à escolarização indígena, embora possam afetar a política nacional de educação escolar indígena, foram excluídos.

Dessa maneira, restaram apenas os textos referenciados nos itens 5 e 10 do quadro 2. Depois de lidos na íntegra, escolheu-se, de certa forma, por constituir-se enquanto referência central ao modelo atual da educação escolar indígena brasileira, o Decreto nº 6.861, de 27 de maio de 2009, como o documento final objeto de análise. Assim, o objetivo final desta pesquisa no que tange à educação escolar indígena pode ser formulado: examinar o Decreto nº 6.861 sob a perspectiva das contingências de reforço ou, em outros termos, inferir de suas proposições algumas contingências e a quem elas se dirigem.

Por fim, vale observar que modificações na legislação indigenista posteriores ao término da busca e seleção de documentos oficiais, isto é, posteriores a abril de 2016, não foram consideradas.

2.2. Procedimentos de análise dos documentos

Como exposto no primeiro capítulo desta dissertação, há alguns estudos no âmbito da Análise do Comportamento que tomam como objeto de análise textos legais (CARVALHO, 2013; KUBO; BOTOMÉ, 2002; MARTINS, 2009; SANTOS *et al.*, 2009; TODOROV *et al.*, 2004). Esses estudos consolidaram procedimentos de análise compatíveis com o referencial teórico-filosófico da Análise do Comportamento, embora algumas diferenças entre eles possam ser constatadas.

Como visto, Todorov *et al.* (2004), Martins (2009) e Carvalho (2013) examinaram alguns documentos legais procurando inferir deles contingências de reforço e metacontingências, o que lhes possibilitou evidenciar muitas lacunas presentes nessas legislações. Por outro lado, Kubo e Botomé (2002) e Santos *et al.* (2009) fizeram uma análise mais teórico-conceitual do documento que tomaram como objeto de exame, propondo mudanças na redação do documento em função de contribuições da Análise do Comportamento.

Nesta pesquisa, de forma análoga a todos os estudos explicitados, adotaram-se como instrumento descritivo-interpretativo da PNASPI e do Decreto as contingências de três termos, sendo que as definições de cada termo, baseadas em Todorov *et al.* (2004), são as seguintes:

Antecedentes: descrevem contextos, condições e circunstâncias para ocorrência de comportamentos. Especificam-se necessidades, históricas ou atuais, que justificam certos comportamentos.

Comportamentos: descrevem, explícita ou implicitamente, uma ação esperada de um indivíduo ou de uma entidade (instituições, secretarias, ministérios, órgãos governamentais etc).

Consequências: descrevem, explícita ou implicitamente, consequências previstas de ocorrerem quando da apresentação e/ou da não apresentação de um determinado comportamento.

A definição operacional de contingências com a qual serão examinados a Portaria nº 254/02 e o Decreto 6.861/09 se trata da mesma adotada por Todorov *et al.* (2004, p. 47): contingências são “relações entre classe de estímulos, classe de respostas e classe de consequências”. Dessa forma, vale esclarecer, desde logo, para orientar o leitor, que no próximo capítulo desta dissertação as contingências que foram inferidas dos dois textos tomados como objetos de estudo serão apresentadas em quatro colunas: a primeira indicará a quem se destina a contingência examinada no texto em questão; a segunda especificará o contexto antecedente; a terceira, a classe de respostas e, por fim, a quarta indicará as consequências.

Os documentos examinados por Todorov *et al.* (2004), Martins (2009) e Carvalho (2013) estavam organizados na forma de artigos, assim como o Decreto nº 6.861 e a Portaria nº 254. Contudo, uma leitura dessa Portaria revela que ela tem apenas três artigos, os quais têm como único objetivo aprovar a PNASPI. Por sua vez, a PNASPI, que se trata de um documento anexo à Portaria, não está organizada na forma de artigos, o que tem implicações importantes, visto que os autores dos estudos citados tomaram justamente os artigos como ponto inicial para o trabalho de inferência de contingências de reforço. Portanto, a seguir, descrevo os procedimentos de análise que utilizei para inferir contingências do texto da PNASPI, abordando, logo em seguida, os procedimentos de análise adotados no texto do Decreto nº 6.861.

Inicialmente, a PNASPI foi lida na íntegra, de modo que se pudesse ter uma ideia geral de seu teor. Essa leitura inicial permitiu entender como esse documento estava

organizado: em sete capítulos, sendo que o segundo apresenta uma seção; o quarto contém nove seções, sendo que a primeira é dividida em duas subseções; e o quinto apresenta sete seções.

Depois dessa primeira leitura, procedeu-se a uma nova leitura do documento na íntegra, porém com um olhar específico. Tendo em vista que textos oficiais constituem conjuntos de regras ou orientações, buscou-se, nesta segunda leitura, encontrar verbos que indicassem possíveis atribuições ou competências de certos indivíduos ou entidades. Em outros termos, buscou-se, a princípio, examinar comportamentos a partir das proposições da PNASPI.

Nesse sentido, por exemplo, a PNASPI afirma na seção concernente ao Controle Social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 21, grifos adicionados):

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão *escolhidos pelas comunidades daquela região [...]*.

No trecho acima grifado, observe que o verbo escolher concerne a uma competência das comunidades abrangidas por um dado Pólo-Base: compete a essas comunidades escolherem seus representantes, os quais atuarão dentro dos Conselhos Locais de Saúde (CLS).

Após inferir um dos termos de uma contingência, procedia-se, então, a uma nova leitura de todo o documento em busca dos demais termos. Se, por exemplo, o contexto antecedente concerne a necessidades, históricas ou atuais, quais teriam sido, portanto, as necessidades que justificariam a escolha de representantes indígenas em Conselhos Locais de Saúde?

No texto da PNASPI, dois parágrafos adiante do trecho aludido acima, afirma-se: “Essa é uma instância [CLS] privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 21). Portanto, é possível estimar que a criação de um espaço de discussão entre representantes indígenas e gestores locais concernente aos serviços e às ações de saúde ofertados nas aldeias tenha constituído a

necessidade que exige por parte das comunidades indígenas a escolha de seus eventuais representantes.

Após a inferência dos dois termos de uma contingência, procedia-se a uma nova leitura de todo o documento em busca do último termo. No caso do exemplo que temos discutido, não foi possível inferir nenhuma consequência do texto da PNASPI, mesmo porque, presumivelmente, a omissão no que diz respeito à escolha de representantes já implica, por si mesma, consequências bem aversivas: perda de espaço político. De qualquer maneira, como o leitor constatará no próximo capítulo, nessa contingência, na coluna “Consequência”, foi colocado “Representantes indígenas indicados” porque essa indicação constitui o contexto antecedente para a apresentação de outros comportamentos de outros indivíduos.

Em relação ao Decreto nº 6.861, os procedimentos de análise desenvolvidos por Todorov *et al.* (2004) puderam ser adotados sem adaptações, visto que tal Decreto também está organizado na forma de artigos. Para ilustrar esses procedimentos, elucidarei um exemplo.

Em primeiro lugar, assim como se fez com o texto da PNASPI, procedeu-se a uma leitura inicial do texto do Decreto. Essa leitura permitiu compreender que o Decreto, o qual dispõe sobre a Educação Escolar Indígena, define sua organização em territórios etnoeducacionais, e dá outras providências, está organizado em 16 artigos, sendo que o segundo apresenta seis incisos; o quarto apresenta quatro incisos e um parágrafo único; o quinto contém cinco incisos e dois parágrafos; o sexto contém seis incisos e um parágrafo único; o sétimo contém quatro incisos e seis parágrafos; o oitavo apresenta quatro incisos e um parágrafo único; o nono contém um parágrafo com quatro incisos e um segundo parágrafo; o décimo apresenta um parágrafo único e, finalmente, o décimo quinto artigo modifica a redação do §2 do art. 11 do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, o qual, por sua vez, dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino.

Em seguida, procedeu-se a uma nova leitura do documento, procurando dele inferir algum termo de alguma contingência. Dessa maneira, por exemplo, o *caput* do art. 5º assim afirma: “A União prestará apoio técnico e financeiro às seguintes ações voltadas à ampliação da oferta da educação escolar às comunidades indígenas, entre outras que atendam aos objetivos previstos neste Decreto” (BRASIL, DECRETO nº 6.861, 2009, p. 23, grifos adicionados).

Do trecho anteriormente grifado, é possível estimar que o verbo prestar concirna a uma atribuição conferida à União ou, neste caso, ao Ministério da Educação (MEC). Após a inferência de um dos termos, procedia-se, então, a uma nova leitura do documento em busca dos demais. No caso do exemplo aludido, para inferir consequências, era importante a seguinte indagação: o que se espera ocorrer mediante a prestação de apoio técnico e financeiro do MEC?

Os cinco incisos do próprio art. 5º (BRASIL, DECRETO nº 6.861, 2009, p. 23) permitem essa inferência:

- I – construção de escolas;
- II – formação inicial e continuada de professores indígenas e de outros profissionais da educação;
- III – produção de material didático;
- IV – ensino médio integrado à formação profissional e;
- V – alimentação escolar indígena

Em outros termos, inferiu-se do texto do Decreto que o apoio técnico e financeiro prestado pelo MEC deveria possibilitar esse conjunto de coisas, especificadas nos cinco incisos do art. 5º. Depois de inferidos os dois termos de uma contingência, procedia-se a leitura do documento em busca do termo restante. No caso que estamos discutindo, indagava-se: mediante quais circunstâncias ou ocasiões o MEC deveria prestar apoio técnico e financeiro?

Do próprio §1º do art. 5º do Decreto nº 6.861 (BRASIL, DECRETO nº 6.861, 2009, p. 23) foi possível inferir o contexto antecedente relacionado aos outros dois termos desta contingência:

§1º O apoio financeiro do Ministério da Educação será orientado a partir das ações previstas e pactuadas no plano de ação de cada território etnoeducacional, previstos nos arts. 6º, 7º e 8º, e veiculadas pelo Plano de Ações Articuladas – PAR de que trata o Decreto nº 6.094, de 24 de abril de 2007.

Portanto, inferiu-se que ações previstas no Plano de Ação de cada TEE estabelecem a necessidade mediante a qual o MEC presta apoio técnico e financeiro com vistas a alguns fins.

Na presente pesquisa, diferentemente dos estudos de Carvalho (2013), Martins (2009) e Todorov *et al.* (2004), não houve uma preocupação em quantificar contingências consideradas incompletas ou completas, visto que, à medida que iam sendo inferidas, foram discutidas. Além disso, depois de todas as contingências terem sido inferidas, foram criadas categorias para agrupá-las. No que diz respeito à saúde indígena, cinco categorias foram elaboradas: organização infraestrutural do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas; diretrizes concernentes à atuação de membros das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); relações entre territórios indígenas e a questão da saúde; ações específicas em situações especiais; responsabilidades institucionais e financiamento. Por seu turno, no que diz respeito à educação escolar indígena, três categorias foram elaboradas: organização infraestrutural do modelo de educação escolar indígena; escolas indígenas; responsabilidades institucionais e financiamento. O que é importante ressaltar é que essas categorias foram criadas apenas para fins de clareza na apresentação das contingências inferidas de ambos os documentos.

Como últimas observações, vale esclarecer, primeiramente, que no próximo capítulo apenas serão apresentadas as contingências inferidas e as discussões referentes a elas. Com isso, o leitor deve ter claro que os mesmos procedimentos de análise anteriormente descritos foram adotados. Secundariamente, para fins de organização, no próximo capítulo as contingências serão apresentadas com uma notação peculiar. No caso das contingências referentes à saúde indígena, elas virão com números arábicos acompanhados de hífen e a letra latina “S”: 1-S, 2-S, 3-S, 4-S etc. O número corresponde à ordem de apresentação das contingências neste texto e a letra corresponde à “Saúde”. As contingências concernentes à educação escolar indígena também serão apresentadas com base no mesmo sistema numérico acompanhado de hífen, mas, por sua vez, será empregada a letra “E”, correspondente à “Educação”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Saúde Indígena

3.1.1. A PNASPI

Como visto, a Portaria nº 254 contém três artigos, os quais têm como único objetivo a aprovação da PNASPI. Por essa razão, foi a PNASPI o texto objeto de exame de contingências. Trata-se de um documento organizado em sete capítulos. O primeiro, “Introdução”, apresenta algumas legislações do âmbito da saúde indígena: aquelas referidas nos itens 1, 7 e 31 do Quadro 1, a Medida Provisória nº 1.911-8 e as Leis Orgânicas da Saúde. Ademais, nesse capítulo constam os princípios que regem a PNASPI – os mesmos do SUS – a saber: descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, bem como os responsáveis pela formulação do documento.

No segundo capítulo, “Antecedentes”, é descrito, de maneira bem sucinta e abrangente, o contexto histórico de interações entre os povos indígenas e a sociedade envolvente, bem como as interações historicamente estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado brasileiro. O capítulo 2 apresenta uma seção, “Situação atual de saúde”, que trata das interações estabelecidas entre o Estado brasileiro e os povos indígenas no que diz respeito especificamente à assistência à saúde, bem como do quadro da saúde indígena brasileira que levou à formulação da PNASPI. Faz-se necessário notar que muitas informações contidas nessa seção não se aplicam atualmente, como, por exemplo, as características demográficas dos povos indígenas. Contudo, à época, era o contexto descrito nessa seção que prevalecia quanto à saúde indígena.

O terceiro capítulo do texto, “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, apresenta o propósito da referida Política: “[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 13). Além disso, esse capítulo reitera os princípios e as diretrizes que regem a PNASPI, quais sejam: os mesmos explicitados no primeiro capítulo.

O quarto capítulo descreve as diretrizes para que o propósito da PNASPI seja alcançado. Esse capítulo está dividido em nove seções, sendo a primeira dividida em duas subseções. A primeira seção trata dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e as duas subseções que apresenta versam, respectivamente, sobre o conceito de Distrito Sanitário e sobre sua organização. A segunda seção apresenta considerações sobre a preparação de

recursos humanos para atuação em contexto intercultural. A terceira, sobre o monitoramento das ações de saúde. A quarta, sobre a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde e o modelo biomédico. A quinta seção versa sobre a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos. A sexta, sobre a promoção de ações específicas em situações especiais. A sétima seção aborda a promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas. Configura-se importante notar que a Resolução descrita nessa seção como diretriz à execução dos serviços oficiais de atenção à saúde indígena é a 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, tal Resolução foi substituída pela Resolução nº 466/2012. A oitava seção concerne à promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena. Por último, a nona seção é concernente especificamente ao controle social.

O quinto capítulo trata sobre as responsabilidades institucionais dos órgãos oficiais pela execução dos serviços de atenção à saúde indígena. Esse capítulo apresenta sete seções, cada uma tratando especificamente de um (a) órgão/instância governamental. A primeira seção versa sobre o MS. A segunda, sobre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A terceira concerne à FUNAI. A quarta, sobre o MEC. A quinta, sobre o MPF. A sexta, sobre o CONEP. Por último, a sétima versa sobre a CISI.

O sexto capítulo dispõe sobre as condições de financiamento das ações e serviços de atenção à saúde indígena e, finalmente, o sétimo capítulo trata da bibliografia.

3.1.2. Raízes históricas da política atual de saúde indígena

A política atual de saúde indígena brasileira, tal como examinada no texto da PNASPI, é fruto da conjunção de dois movimentos históricos: de um lado, as lutas indígenas dos anos 1970 em defesa de seus territórios e do reconhecimento de suas especificidades étnicas e culturais, lutas estas sobre as quais se falou no primeiro capítulo desta dissertação, e, de outro lado, o movimento nacional de Reforma Sanitária, sobre o qual tratarei agora, a fim de tornar mais claras as necessidades históricas de certas respostas inferidas a partir da leitura das proposições contidas no texto da PNASPI.

Em setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), foi realizada sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O documento que resultou dessa Conferência, denominado Declaração de Alma-Ata, explicitava que a meta a ser alcançada por todos os

governos, pelas organizações internacionais e por toda a comunidade mundial era “Saúde para Todos no Ano 2000”. No item 1 desse documento, apresentava-se um entendimento de saúde não meramente como ausência de doença, mas também como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nesse sentido, o objeto de preocupação dos setecentos participantes dessa Conferência consistia na brutal e enorme desigualdade existente entre os estados de saúde dos povos de países chamados “em desenvolvimento” e dos povos dos chamados países “desenvolvidos”, bem como entre os estados de saúde de povos de um mesmo país.

Além de vontade política, a Declaração de Alma-Ata, em seu item 5, entendia que a meta de universalização do acesso a ações e serviços básicos de saúde, com qualidade, dependia, para sua concretização, da estruturação de cuidados primários de saúde, cuidados estes sob a responsabilidade dos governos, mas contando com a participação individual e coletiva dos povos do mundo em sua formulação, planejamento, execução e avaliação. Mais adiante, no terceiro ponto do item 7 do referido documento, descrevia-se mais detalhadamente o que se entendia por cuidados primários de saúde:

- I – Educar, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle;
- II – Promover a distribuição de alimentos e a nutrição apropriada;
- III – Prover água de boa qualidade e saneamento básico;
- IV – Realizar programas de cuidado de saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar;
- V – Imunizar contra as principais doenças infecciosas;
- VI – Prevenir e controlar doenças localmente endêmicas;
- VII – Tratar apropriadamente doenças e lesões comuns;
- VIII – Fornecer medicamentos essenciais.

Esses cuidados primários de saúde deveriam ser estruturados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, de maneira a assegurar a universalização do acesso aos serviços e às ações de saúde, revertendo o quadro de desigualdade.

No sétimo ponto de seu item 7, a Declaração explicitava que os cuidados primários de saúde deveriam ser promovidos tanto por profissionais formados sob os cânones do que se pode chamar de ciência ocidental, profissionais como, p. ex., médicos, enfermeiros e

auxiliares de enfermagem, como também por agentes comunitários de saúde (ACS)¹⁶, parteiras e praticantes tradicionais, sendo que, aos últimos, previa-se a existência de treinamentos para que trabalhassem, social e tecnicamente, junto à equipe de saúde, respondendo às necessidades de saúde da comunidade.

Vários foram os movimentos no campo da saúde posteriores à Declaração de Alma-Ata (MENDES, 2004). No entanto, para os propósitos da presente pesquisa, é suficiente salientar que, no Brasil, essa Declaração constituiu um modelo para a reorganização dos serviços de saúde – reorganização esta que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – e para a elaboração de novas políticas públicas no campo da saúde.

No território nacional, o processo de universalização do acesso aos serviços de saúde inevitavelmente esbarrou na questão da cobertura dos serviços de saúde às populações indígenas, as quais eram assistidas, geralmente de modo extremamente esporádico e deficitário, até os anos 80, pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS) da FUNAI e por entidades da sociedade civil que se voltavam à prestação de serviços e ações de saúde.

Nesse sentido, em 1986, realizou-se a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, contando com lideranças e organizações indígenas, órgãos públicos e entidades indigenistas. No documento que resultou dessa Conferência, encontra-se a mesma definição de saúde da Declaração de Alma-Ata, a qual corresponde, por seu turno, à definição da OMS, mas se reconhece que o conceito de saúde indígena implica ainda considerar quatro elementos adicionais: suas especificidades étnico-culturais; seus direitos territoriais; a particularidade do contato com a sociedade nacional e; o gozo da cidadania plena, assegurado todos os direitos constitucionais.

Neste ponto, gostaria de destacar um dos elementos acima mencionados: os direitos territoriais indígenas. Como argumenta Teixeira (2010), ao articular a inseparabilidade das ações que dizem respeito à melhoria da saúde da totalidade do modo de vida dos indígenas, o documento da I Conferência reconhecia que a luta política dos povos indígenas em prol de

¹⁶ ACS são pessoas que pertencem à própria comunidade em que atuam junto à equipe de saúde. Segundo Dias-Scopel (2005, p. 63), o ACS é pensado como alguém que poderia informar à equipe de saúde sobre “necessidades específicas de sua comunidade e problemas de saúde de maior ocorrência”, bem como poderia desenvolver na comunidade ações de educação em saúde. Nesse sentido, o ACS serviria como elo ou articulador entre a comunidade e o sistema de saúde, sendo uma personagem imprescindível na concretização do princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde. Em suma, o ACS estaria em uma posição privilegiada para informar sobre as principais necessidades no que tange à saúde de sua comunidade, visto ser um nativo e, portanto, estar exposto às contingências diárias que caracterizam a vida na comunidade da qual é um membro. Como será visto mais adiante, neste capítulo, uma figura central da PNASPI é a do Agente Indígena de Saúde (AIS), inspirada na figura do ACS.

seus territórios é instituinte das condições de sua existência saudável. Em outros termos, situação sanitária e atuação política caminham juntas¹⁷.

Em virtude dessas especificidades a serem levadas em consideração quando se trata do conceito de saúde indígena, o documento da Primeira Conferência previa a criação de uma agência específica, com representação indígena, para o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde dos povos indígenas e acrescentava que essa agência deveria ficar sob a responsabilidade do mesmo Ministério responsável pela coordenação do SUS, de forma que o subsistema de saúde indígena fosse integrado ao SUS.

Embora as organizações e lideranças indígenas houvessem manifestado o interesse na criação de um subsistema específico e diferenciado de saúde aos povos indígenas num documento de 1986, foi apenas treze anos depois, em 1999, que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) surgiu. A razão dessa protelação se deveu ao embate político estabelecido pela FUNAI e o MS, a primeira não querendo abrir mão da responsabilidade institucional e jurídica pelo gerenciamento das ações de saúde indígena.

Expressão desse embate pode ser encontrada em dois Decretos da década de 1990. O primeiro, Decreto Presidencial nº 23, de 4 de fevereiro de 1991, transferiu parte da responsabilidade da gestão da saúde indígena ao MS, órgão que deveria, portanto, passar a atuar junto com a FUNAI. Nesse mesmo Decreto, em seu artigo 4º § 1º, abordou-se pela primeira vez os Distritos Sanitários, que constituem um modelo de organização do subsistema de saúde indígena. Em virtude dos mesmos embates políticos, contudo, embora um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tenha sido criado em 1991, nomeadamente o DSEI Yanomami, todos os outros 33 foram organizados somente em 1999 e implantados no início dos anos 2000. O segundo Decreto Presidencial, nº 1.141, de 5 de maio de 1994, revogou o primeiro, transferindo, mais uma vez, a responsabilidade exclusiva pelo gerenciamento do campo da saúde indígena à FUNAI.

Em 1993, foi realizada a Segunda Conferência de Saúde para os Povos Indígenas, em Luziânia, GO, entre os dias 25 a 27 de outubro. O documento que resultou dessa Conferência não apenas atualizou as recomendações da Primeira Conferência, como também estabeleceu as diretrizes à Política Nacional de Saúde Indígena.

¹⁷ Seria impraticável no espaço desta dissertação fornecer um tratamento adequado sobre as relações que os diversos povos indígenas brasileiros mantêm com seus respectivos territórios. Essas relações são muito diversificadas de caso para caso e assumem diversas facetas. No entanto, parece claro que, em todo caso, os territórios são condições necessárias para o bem viver dos povos indígenas, constituindo espaços cujos significados para os povos indígenas vão muito além da mera reprodução de sua subsistência.

No terceiro item do referido documento, explicitava-se que a organização do modelo de saúde indígena deveria ser centrada nos DSEI, os quais materializam o princípio da descentralização administrativa previsto no SUS. Neste ponto, contudo, uma observação se faz pertinente. Enquanto no SUS a descentralização aconteceu na forma de municipalização, no SASI ela ocorreu na forma de distritalização. Há duas razões para isso. Em primeiro lugar, como constava no documento resultante da II Conferência, o SASI deveria ser descentralizado segundo critérios étnicos, epidemiológicos, geográficos e de acesso aos serviços, o que fez com que essa descentralização não coincidissem com as extensões territoriais dos municípios – municipalização. Em segundo lugar, historicamente, muitas prefeituras apresentavam – e algumas ainda apresentam – interesses francamente contrários às causas indígenas. Para evitar esses e outros reveses das políticas municipais, tais como a sempre alegada falta de recursos financeiros, é que se recomendou que a descentralização do SASI se desse sob a forma de DSEI.

O documento da II Conferência previa ainda que os Distritos recebessem recursos diretamente do governo federal e gozassem de autonomia administrativa e financeira. No entanto, é somente com a criação da SESAI, no ano de 2010, órgão do MS, que os Distritos Sanitários se tornaram autônomos ou, melhor dizendo, como argumenta Cardoso (2014, p. 861, grifos adicionados), “*potencialmente* Unidades Gestoras ‘autônomas’”.

Foi na II Conferência que também se pensou mais detalhadamente sobre a existência de instâncias formais de controle social por parte dos povos indígenas das ações e dos serviços de saúde indígena. Nesse sentido, foi prevista a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI), os quais deveriam apresentar composição paritária e caráter deliberativo das ações e dos serviços de saúde indígena em suas respectivas áreas de abrangência.

Ainda em relação ao controle social, o relatório final da II Conferência previa uma ampliação da representatividade indígena na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), Comissão esta criada em 1991 e que se constitui como um órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Trata-se, a bem da verdade, da instância formal de maior abrangência no que tange ao controle social das ações de saúde indígena. No referido relatório, defendia-se a existência de seis representantes indígenas na CISI, cada qual representando uma macrorregião: Amazônia Ocidental, Amazônia Oriental, leste, Nordeste, sul – sudeste e Centro-oeste. Desses seis representantes, um deveria ser eleito para defender as posições da CISI nas reuniões do CNS.

No que diz respeito aos DSEI, o documento da II Conferência afirmava que estes deveriam ser constituídos por uma rede de serviços que contasse com equipes de saúde, insumos necessários à execução das ações de saúde, meios de transporte e de comunicação. Ademais, previa-se a existência de Casas do Índio (CASAI), as quais corresponderiam a serviços de apoio aos usuários e seus acompanhantes quando os primeiros tivessem de ser referenciados a níveis de maior complexidade da rede do SUS.

As equipes de saúde deveriam contar não apenas com profissionais não indígenas capacitados a trabalhar adequadamente junto aos povos indígenas, mas também com AIS. Como dito anteriormente, a figura do AIS foi inspirada no ACS. Assim, o AIS é sempre um indígena membro da comunidade indígena dentro da qual atua junto aos outros membros – indígenas e/ou não indígenas – da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). De maneira análoga ao ACS, o AIS também seria alguém que disporia, por assim dizer, de um conhecimento de causa, ou seja, alguém que conheceria o modo próprio de funcionamento da comunidade e, portanto, seria imprescindível para a articulação entre a comunidade e o sistema de saúde.

No relatório final da II Conferência, o AIS era compreendido como uma personagem que servia para reforçar a autonomia dos povos indígenas, “autonomia” a qual, no presente caso, não se trata da autonomia no sentido administrativo e financeiro dos DSEI, mas sim, segundo Teixeira (2010), no sentido de valorização das práticas e saberes tradicionais indígenas.

Conforme ressalta Dias-Scopel (2005), uma experiência pioneira de desenvolvimento e formação de AIS ocorreu no final da década de 1980, no alto Solimões, entre os índios Ticuna. De acordo com Erthal (2002, *apud* Dias-Scopel, 2005), tal experiência ocorreu por iniciativa dos próprios Ticuna, os quais estavam insatisfeitos com o sistema de saúde ofertado pela FUNAI e reivindicavam, em substituição, um modelo de saúde cuja base fosse constituída por índios, preparados para atuar em suas respectivas comunidades de origem.

No início da década de 1990, outras experiências de desenvolvimento e formação de AIS ocorreram especificamente no Acre, rio Negro e Parque Nacional do Xingu, mas, em razão do mesmo embate político entre FUNAI e MS, experiências dessa natureza se restringiram a esses locais, até que o SASI surgisse com a organização dos outros 33 DSEI em 1999.

Se, por um lado, o fato de o AIS ser um membro da comunidade indígena em que atua representa uma vantagem, pois este dispõe de certo conhecimento de causa, compreendendo a dinâmica interna da comunidade e, nesse sentido, constituindo-se como uma personagem

fundamental para a articulação entre o sistema de saúde e a comunidade, por outro lado, esse mesmo fato pode suscitar algumas questões problemáticas.

Toda comunidade indígena é um espaço político, dentro do qual o AIS, justamente por ser membro da comunidade, está inserido. As comunidades têm, p. ex., suas lideranças. Mesmo a FUNAI, como certa vez salientou o antropólogo Viveiros de Castro (1981), cria lideranças: concede voz e, conseqüentemente, vez a algumas pessoas, mas silencia a voz de outras. Nas comunidades, por exemplo, há conflitos e alianças entre famílias; faccionalismo político etc. O AIS, por ser um nativo, não está fora dessas relações políticas, mas participa delas.

Essas relações políticas, por sua vez, podem ter efeitos sobre o trabalho do AIS. A partir de uma pesquisa etnográfica realizada na T. I. Laklãñõ, SC, p. ex., Langdon *et al.* (2006) ressaltaram que, embora fosse uma das atribuições dos AIS da área realizar visitas domiciliares para múltiplos fins, algumas casas, nas quais alguns AIS sabiam que não eram bem-vindos em virtude de faccionalismo político entre famílias, não eram visitadas com regularidade por esses AIS, o que tem efeito, evidentemente, à própria prestação de serviços de saúde.

Esse exemplo, dentre muitos outros que poderiam ser aludidos, indica a necessidade de as políticas indigenistas do Estado Brasileiro, especialmente as referentes à saúde indígena, reconhecerem a importância dos modos próprios de organizações políticas das comunidades indígenas, pois outras lógicas operam além da técnico-científica.

No relatório final da II Conferência, portanto, delineavam-se muitos dos elementos que estariam presentes no texto da PNASPI e que caracterizam o próprio modelo atual de saúde indígena: DSEI, CASAI, CDSI, AIS e CISI. Também nesse relatório, constava diretrizes que diziam respeito à formação de recursos humanos indígenas e não indígenas. Um ponto importante nessas diretrizes é que elas prescreviam que a programação de ensino fosse adequada às especificidades locais e regionais, embora, como o leitor notará adiante, o que deve ser ensinado não era descrito em termos comportamentais nessas diretrizes, mas em termos de “conteúdos”.

Julgo que esse seja um ponto importante porque, como afirmam Skinner (1968/1972) e Kubo e Botomé (2002), o primeiro passo para a definição de qualquer objetivo de ensino consiste em ponderar acerca da realidade com a qual o aprendiz se relacionará, seja para mantê-la em alguns de seus aspectos, seja para transformá-la parcial ou totalmente. Esse passo precede mesmo a própria definição do que Skinner (*op. cit.*) denominou “comportamento terminal” e a formulação dos procedimentos de ensino para estabelecê-lo.

Em relação aos recursos humanos não indígenas, o relatório final da II Conferência afirmava que os “conteúdos” dos cursos de treinamento e reciclagem devessem incluir “temas ligados a relações humanas e ética profissional”. Ademais, previa-se que tais cursos devessem compreender “conhecimentos de linguística, cultura e técnicos específicos de atenção à saúde de cada etnia”. No entanto, já tivemos a oportunidade de discutir que o uso dessas metáforas para referenciar o que deve ser ensinado é insuficiente para descrever não apenas as relações comportamentais envolvidas nas situações de ensinar e aprender, mas também o próprio objetivo de ensino.

Além desses cursos, o texto da II Conferência descrevia a necessidade de existência de políticas e estratégias que assegurassem a permanência dos profissionais não indígenas nas áreas em que atuavam, de modo que esses profissionais pudessem não apenas participar ativamente da vida da comunidade e chegar a uma maior compreensão da cultura desta, como também desenvolver uma relação de confiança com os moradores de tal comunidade, o que é fundamental ao desenvolvimento do trabalho.

Embora essa diretriz referente à permanência dos profissionais não indígenas exista, pelo menos, desde 1993, é interessante observar que um dos principais problemas atuais na prestação de serviços de saúde indígena diz respeito justamente à alta rotatividade dos membros das EMSI, como revelam estudos etnográficos e avaliações recentes da política nacional de saúde indígena (CARDOSO, 2014; DAHER; SANTOS; PEREIRA, 2010; DELH; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; SCOPEL, 2013).

Há diversos fatores que explicam a alta rotatividade, os quais variam de caso para caso e podem ser internos ou externos a uma dada T. I. (CARDOSO, 2014). Contudo, é possível que alguns deles pudessem ser superados mediante o incentivo à formação de profissionais indígenas para trabalharem nas EMSI, profissionais outros além dos AIS. Aliás, o próprio relatório final da II Conferência estabelecia esse incentivo como diretriz, realçando que condições de acesso por parte de indígenas a cursos de níveis técnico e superior devessem ser planejadas, o que demonstrava a necessidade de articulação intersetorial entre órgãos da saúde indígena e órgãos da educação.

Por fim, o último aspecto sobre o qual irei discutir a respeito do texto da II Conferência e que é central à política nacional de saúde indígena concerne às relações entre os

sistemas tradicionais indígenas¹⁸ e o sistema biomédico ocidental de atenção à saúde, doença e cura.

Parece claro que o campo da saúde indígena, para além de seus aspectos políticos, também é caracterizado por englobar uma multiplicidade de formas de atenção à saúde distintas e concepções a respeito dos processos de saúde e doença igualmente distintas. O conhecimento produzido e sistematizado pela biomedicina, segundo seus próprios critérios epistêmicos de definição do que seja uma doença, um tratamento adequado e uma cura, constitui um dentre muitos outros tipos de conhecimentos.

Nesse sentido, Menéndez (2003, *apud* Scopel, 2013) elenca algumas das formas de atenção à saúde que são encontradas na América Latina e, para os propósitos desta discussão, que também podem existir no campo da saúde indígena brasileira: a biomédica (exercida por médicos e demais profissionais da saúde com formação específica); as “populares” ou “tradicionais” (exercida por curadores especializados, como massagistas, parteiras, feiticeiros, xamãs, pentecostais e carismáticos, dos cultos cristãos); as de matriz africana ou espírita; as “alternativas” (*new age*, que conta com a presença de curadores bioenergéticos, novas religiões etc); as de tradições acadêmicas não biomédicas (acupuntura, medicina ayurvédica, mandarina etc); as de autoatenção (tanto as praticadas por grupos de autoajuda como aquelas exercidas pelo grupo doméstico no cotidiano)¹⁹.

O documento da II Conferência previa que fossem incentivados os sistemas tradicionais indígenas de atenção à saúde, doença e cura. Desse modo, já em 1993, delineava-se o conceito de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, o qual, como discutirei mais adiante, é central na PNASPI, mas, ao mesmo tempo, pouco operacionalizado.

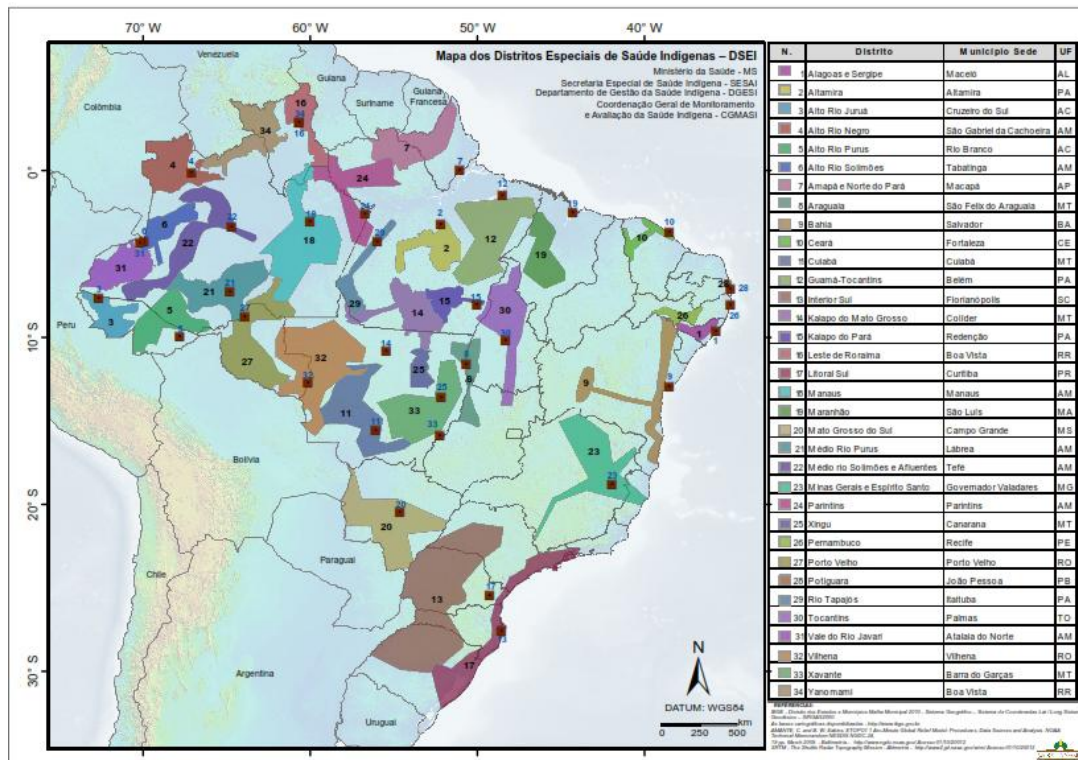
Depois do período de tempo em que a responsabilidade institucional e jurídica pelo gerenciamento das ações e dos serviços de saúde indígena oscilou entre o MS e a FUNAI, em 1999, com a aprovação da Lei nº 9.836, de 23 de setembro, foi criado o SASI e organizado os 33 DSEI restantes, totalizando 34. A seguir, apresenta-se um mapa com os 34 DSEI territorialmente definidos, que existem até atualmente e são responsáveis pela execução dos

¹⁸ Mantive o termo “tradicional” porque assim consta não apenas no relatório final da II Conferência, mas também no próprio texto da PNASPI.

¹⁹ Uma discussão sobre os conceitos de saberes, formas e modelos de atenção à saúde pode ser encontrada na tese de Scopel (2013), da página 30 a 38. Um conceito relacionado a esses, o de itinerário terapêutico, também é discutido na mesma tese, especificamente no capítulo 7, da página 159 a 181. Por último, a autoatenção, enquanto uma das formas de atenção à saúde indígena, é discutida pelo mesmo autor (*op. cit.*) da página 34 a 38, mas também, de modo mais específico, no capítulo 8, da página 182 a 209. Nesta dissertação, esses conceitos não serão desenvolvidos porque exigiria uma incursão ao âmbito da Antropologia da Saúde, o que causaria distanciamento dos propósitos de analisar as raízes históricas da política nacional de saúde indígena.

serviços e das ações de saúde nas aldeias indígenas, bem como pelo referenciamento dos usuários para níveis mais complexos da rede do SUS:

Figura 1 – Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena



Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques. Acesso em: 14 de abr. de 2016, 10h35.

Antes da promulgação da Portaria nº 254/MS em 2002, ainda houve a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, também ocorrida em Luziânia, GO, entre os dias 14 a 18 de maio de 2001. O documento resultante dessa Conferência não apenas atualizou as recomendações das I e II Conferências, como também apresentou, pelo menos de maneira formalizada, os elementos que, em conjunto àqueles examinados no relatório final da Segunda Conferência, caracterizam o próprio modelo atual de saúde indígena.

Embora cada DSEI devesse ser responsável pela execução das ações e dos serviços de saúde em suas respectivas áreas de abrangência, o relatório final da III Conferência previa a existência dos Pólos-Base, os quais constituem instâncias regionais dos DSEI. Assim, cada DSEI contaria com um número específico de Pólos-Base e, cada Pólo-Base, por sua vez,

disporia de uma EMSI responsável pela atenção à saúde em um número específico de aldeias – geralmente aldeias localizadas em uma mesma T. I.

Esquemáticamente, com base nas recomendações das II e III Conferências, o modelo de atenção à saúde indígena pode ser representado como consta na figura a seguir, sem considerar, no entanto, as instâncias formais de controle social e o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), sobre o qual discutirei mais adiante:

Figura 2 – Organização do DSEI e modelo assistencial



Fonte: www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizaododsei.html. Acesso em 19 de abril de 2016, 15:18.

Em virtude de os DSEI estarem em processo de constituição em 2001, o documento da III Conferência enfatizava, mais do que o texto da II Conferência, a celebração de convênios para acelerar tal processo. Mais do que isso: priorizava a celebração de convênios com organizações indígenas, “atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, III Conferência Nacional de Saúde Indígena, Luziânia, GO, p. 3)²⁰.

No processo de implementação dos DSEI, o relatório final da III Conferência também descrevia a necessidade de serem priorizados programas de saúde indígena voltados para alguns problemas de maior gravidade e de certa recorrência: alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, problemas estes que também foram salientados no texto da

²⁰ O leitor interessado em saber mais sobre os diversos sentidos que o termo “autonomia” assume no campo da saúde indígena brasileira pode consultar o excelente artigo da antropóloga Carla Costa Teixeira (2010).

PNASPI, mas que ao mesmo tempo indicam, como salienta Teixeira (2010, p. 104), o “enraizamento acelerado da reflexão sobre os DSEIs em problemas clássicos das ciências médicas sanitárias e clínicas”.

Afora esses programas, a implementação dos DSEI deveria ocorrer priorizando-se também a criação de programas de saúde da mulher, criança e adolescente. Neste ponto, torna-se importante salientar que, diferentemente do texto da PNASPI, o qual não dá visibilidade alguma ao tema da saúde da mulher indígena, exceto por uma brevíssima passagem em que se afirma que compete às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde integrar ações com os DSEI nos programas de saúde da mulher indígena – o que constitui uma lacuna muito importante –, o texto da III Conferência dava alguma visibilidade ao tema, realçando a necessidade de programas de saúde da mulher, tendo em vista que “a situação e posição social da mulher nas comunidades (submissão, constrangimento na busca de tratamento com profissionais de sexo masculino, menor domínio da língua portuguesa) tornam este grupo mais vulnerável e atingido por estes agravos [de saúde]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, III Conferência Nacional de Saúde Indígena, Luziânia, GO, p. 9).

O relatório final da III Conferência também previa a criação do SIASI, um sistema nacional de informações referentes à saúde indígena alimentado pelo fluxo contínuo de informações entre os Distritos e os municípios de referência da rede do SUS.

Por fim, o último aspecto o qual irei destacar a respeito do texto da III Conferência e que constituiu um dos principais motes desse texto diz respeito ao fortalecimento, conforme diz Teixeira (2010), da tendência de focalização das demandas por autonomia indígena nos DSEI e no controle social.

Nesse sentido, para além dos CDSI, o relatório final da III Conferência prescrevia também a implantação e implementação de Conselhos Locais de Saúde (CLS), instâncias formais de controle social cujas abrangências coincidiam com as dos Pólos-Base.

A análise realizada das I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena sugere, como ficará claro ao leitor mais adiante, que o texto da PNASPI é mais um exercício de sistematização das propostas anteriores do que de inovação, embora, evidentemente, haja diferenças. Trata-se de uma Política construída ao longo das últimas décadas, sendo que cada uma das Conferências teve sua contribuição: a Primeira delimitando politicamente o campo da saúde indígena e delineando alguns valores centrais; a Segunda estabelecendo diretrizes à política nacional de saúde indígena e a Terceira criando estratégias ao fortalecimento do controle social e da autonomia dos DSEI.

Depois da promulgação da PNASPI em 2002, duas outras Conferências Nacionais de Saúde Indígena foram realizadas: a Quarta, em Rio Quente, GO, entre os dias 27 a 31 de março de 2006; a Quinta, em Brasília, de 2 a 6 de dezembro de 2013. Entretanto, em virtude da própria cronologia, os relatórios finais dessas duas Conferências não serão analisados, visto o objetivo da presente pesquisa consistir em um exame da PNASPI.

Mesmo a PNASPI, em grande medida, constituindo-se numa sistematização das recomendações das Conferências que precederam sua promulgação, sua análise a partir de uma perspectiva analítico-comportamental pode revelar não apenas lacunas – para além das temáticas, tais como, por exemplo, a questão da saúde da mulher, sobre a qual se falou anteriormente – como também falta de clareza na descrição dos termos de uma dada contingência.

A partir da análise feita a respeito das raízes históricas da política nacional de saúde indígena e da leitura do texto da PNASPI, foi possível inferir contextos antecedentes gerais que permearam toda a proposição do modelo atual de saúde indígena. Tais contextos se referem aos cinco princípios do SUS, já explicitados, bem como aos direitos sociais assegurados pelo art. 231 da CF/88, também já descrito (cf. página 10 nota 8). Em outras palavras, isso significa que, em tese, todas as classes de respostas inferidas do texto da PNASPI são, ou pelo menos, deveriam ser orientadas pelos princípios e direitos citados. Ademais, no texto da Política, foi possível estimar algumas consequências a serem produzidas por meio da proposição de um modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas: a proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como o acesso à atenção integral à saúde. Novamente, isso implica que todas as classes de respostas examinadas no texto deveriam contribuir para a produção dessas consequências. Nesse sentido, a primeira contingência pode ser estimada:

Figura 3 – Contingência 1-S: Proposição do modelo atual de saúde indígena

A quem se aplica a contingência	CA	CR	C
Órgãos públicos, entidades indígenas, lideranças e organizações indígenas discutiram, deliberaram e propuseram o modelo atual de saúde indígena nas II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena	Princípios do SUS; Direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988	Propor o modelo atual de atenção à saúde indígena	Acesso integral à saúde; Proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas
Legenda: CA: Contexto antecedente CR: Classe de respostas // C: Consequência			

Fonte: autor.

O modelo atual de atenção à saúde indígena é caracterizado por diversos aspectos, os quais vão desde as instâncias formais de controle social até as diretrizes referentes à atuação que um profissional não indígena da EMSI deve apresentar em seu trabalho. Por esse motivo e tendo em vista que a PNASPI apresenta de forma sistematizada esse modelo, o qual foi proposto nas II e III Conferências e se pauta nos princípios do SUS e nos direitos indígenas constitucionais, as contingências que serão descritas adiante, as quais foram inferidas a partir da leitura da PNASPI, foram agrupadas em cinco categorias: 1) organização infraestrutural do modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, 2) diretrizes quanto à atuação profissional de membros das EMSI, 3) relações entre os territórios indígenas e a questão da saúde, 4) ações específicas em situações especiais e 5) responsabilidades institucionais e financiamento.

Além disso, cabe esclarecer ao leitor que, embora tenham contextos antecedentes e consequências gerais que norteiem todas as classes de respostas estimadas do texto da

Política, apenas antecedentes e consequentes peculiares a cada contingência serão descritos a seguir.

3.1.3. Organização infraestrutural do modelo

Como explicitado no tópico anterior, desde 1993 é que se pensa a descentralização administrativa do subsistema de saúde indígena na forma de Distritos Sanitários. Por ocasião do início dos anos 2000, alguns DSEI estavam em pleno processo de implementação, enquanto outros Distritos, como sugere a terceira moção aprovada no relatório final da Terceira Conferência, estavam ainda para ser implantados.

O texto da PNASPI, além de definir um Distrito como “um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 13), também explicitava critérios que constituíram antecedentes para aqueles engajados nas delimitações territoriais dos DSEI.

Figura 4 – Contingência 2-S: Delimitação territorial de um DSEI

A quem se aplica a contingência	CA	CR	C
Antropólogos, FUNAI, universidades, instituições governamentais e não governamentais, lideranças e organizações indígenas, Secretarias Estaduais e	Critérios: População indígena; Área geográfica; Perfil epidemiológico; Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à	Delimitar territorialmente os DSEI	DSEI territorialmente organizados

Municipais de Saúde discutiram e delimitaram as extensões territoriais dos DSEI	rede regional do SUS; Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; Distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas		
---	---	--	--

Fonte: autor.

A proposição dos Distritos Sanitários surgiu historicamente, como vimos, a partir da necessidade de criação de um subsistema específico e diferenciado de saúde indígena integrado ao SUS e da necessidade de evitar os reveses das políticas municipais.

Não se poderia saber de início quantos DSEI deveriam ser implantados e nem suas respectivas delimitações territoriais. Nesse sentido, a PNASPI apresentou um conjunto de critérios, descritos na coluna de contextos antecedentes, que deveriam orientar os sujeitos constantes da primeira coluna no comportamento de delimitar os Distritos territorialmente. Contudo, note como os próprios critérios explicitados são vagos: o que significa dizer que, na proposição da delimitação territorial de um dado Distrito, deve-se levar em consideração a distribuição demográfica *tradicional* dos povos indígenas, sendo que os grupos Jê setentrionais, por exemplo, *tradicionalmente*, como estratégia de sobrevivência às condições de cerrado do Brasil central, empreendiam grandes correrias de caça e pesca, percorrendo uma extensão territorial que há muito lhes ficou indisponível em função de invasões por frentes colonizadoras (cf. LOPES DA SILVA, 1982; RIBEIRO, 1970/2000)? O que significa dizer que, ao propor a delimitação territorial de um dado DSEI, deve-se considerar a população indígena? Há um limite populacional a ser observado? Há um limite para o número de povos a abarcar, visto que, em tese, como consta no texto da II Conferência, os profissionais não indígenas das EMSI deveriam apresentar certo conhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos com os quais se relacionam? A população indígena deve ser considerada em termos de suas filiações linguísticas? Como os critérios se conjugam, ou seja, há algum tipo de hierarquia no sentido de que alguns critérios devam ser priorizados em detrimento de outros? Essas e outras questões ficam em aberto no texto.

Na coluna referente à consequência, colocou-se “Distritos territorialmente organizados” porque suas delimitações territoriais constituíram, historicamente, a condição necessária a uma série de outras classes de respostas inferidas a partir da leitura da PNASPI. Entretanto, ainda no que se refere às consequências, é muito importante ressaltar que, no texto da Política, não se faz qualquer referência a parâmetros ou critérios de avaliação da adequabilidade das extensões territoriais dos DSEI, isto é, como avaliar, afinal de contas, se a delimitação territorial proposta é ou não adequada?

Embora não conste na PNASPI, é possível inferir a partir da terceira moção aprovada no texto da III Conferência e da avaliação realizada por Cardoso (2014) da política atual de saúde indígena que um possível critério de avaliação da delimitação territorial dos Distritos diz respeito à cobertura dos serviços, ou seja, um Distrito Sanitário estaria adequado se cobrisse as áreas territoriais indígenas no que concerne à assistência à saúde. Contudo, conforme ressalta a própria Cardoso (*op. cit.*), essas delimitações têm apresentado fraca cobertura das áreas territoriais indígenas, o que indica a necessidade de readequar as áreas de abrangência abarcadas pelos Distritos Sanitários²¹.

Em seguida, o texto da PNASPI indica que cada Distrito Sanitário deve organizar uma rede de serviços de saúde, “integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede de saúde do SUS” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 14). Evidentemente, organizar é um verbo muito vago, mas antes de explicitar a maneira que deve se dar a organização dessa rede, convém lembrar que o texto da Política salienta de maneira muito clara que essa rede deve ser organizada nas Terras Indígenas.

Esse é um ponto muito importante, visto que todo o modelo atual de saúde indígena é voltado às populações indígenas que vivem em T. I. ou em aldeias, mas não às que vivem em contextos urbanos²². Disso se pode depreender que se o não reconhecimento dos direitos territoriais indígenas por parte do Estado Brasileiro²³ não míngue por completo as possibilidades de implantação do modelo atual de saúde indígena, na melhor das hipóteses,

²¹ Note, contudo, que o modelo de organização do SASI na forma de DSEI não é questionado.

²² A discussão sobre políticas públicas dirigidas às populações indígenas urbanas é complexa e não entrarei em detalhes no espaço desta dissertação, tendo em vista que fugiria aos propósitos da presente pesquisa. Além disso, como argumenta o antropólogo João Pacheco de Oliveira (2012), embora essa discussão seja necessária, talvez o atual momento ainda seja o de romper com a tutela que vigorou durante tantos anos na política indigenista oficial.

²³ Os povos indígenas detêm os direitos sobre os territórios que tradicionalmente ocupam, como consta no artigo 231 da CF/88, mas ainda se faz necessário o reconhecimento por parte do Estado Brasileiro desses direitos mediante a regularização fundiária desses territórios, regularização esta que é regida, como foi descrito no primeiro capítulo desta dissertação, pelo Decreto nº 1.775/1996.

levanta sérios obstáculos. Por esse motivo, a finalização do processo administrativo das T. I. ainda não demarcadas, bem como, em especial, a proteção ambiental e territorial das Terras já demarcadas, constituem os principais problemas a serem enfrentados no âmbito da saúde indígena – problemas estes explicitados no próprio texto da PNASPI – cujas soluções estabelecem as condições necessárias a uma efetiva implantação do modelo atual de saúde dos povos indígenas. O leitor interessado em saber sobre a situação atual das Terras no que diz respeito à fase do processo administrativo de demarcação em que se encontram pode ir ao Anexo 1.

A afirmação de que cabe ao Distrito organizar uma rede de serviços de saúde não especifica quais comportamentos são esperados do gestor do DSEI. Por esse motivo, seguem algumas contingências estimadas a partir do texto da PNASPI e que tratam dessa organização, a primeira dizendo respeito à contratação de recursos humanos:

Figura 5 – Contingência 3-S: Contratação dos membros das EMSI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestor do DSEI; Membros do CDSI	Critérios: Planejamento detalhado de atividades; Número de habitantes; Dispersão populacional; Condições de acesso; Perfil epidemiológico; Necessidades específicas para o controle das principais endemias; Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde (PFAIS);	Estabelecer o número, a qualificação e o perfil dos profissionais das EMSI	

	Diretrizes relativas aos profissionais que necessariamente devem compor as EMSI e aqueles que podem compô-la a depender de eventuais necessidades		
--	---	--	--

Fonte: autor.

O texto da PNASPI ressalta que a qualificação, o número e o perfil dos profissionais das Equipes devem ser “estabelecidos” segundo o “planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde [...]” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 14). Tendo em vista a contingência no Quadro acima, há dois pontos a serem salientados e discutidos.

Em primeiro lugar, no que diz respeito à coluna de contextos antecedentes, observe que o uso do substantivo planejamento – e eventualmente do verbo planejar – não define quais comportamentos deveriam ser apresentados pelo gestor do DSEI e pelos membros do CDSI. O problema com o uso do verbo planejar pode ficar claro mediante uma analogia com o jogo de xadrez, analogia que apresento e discuto no Anexo 2.

Nesse sentido, o texto da PNASPI ficaria mais claro se, no lugar de utilizar o substantivo planejamento, explicitasse não apenas os comportamentos que o gestor do DSEI e os membros do CDSI precisassem apresentar e as circunstâncias sob as quais esses comportamentos devessem ocorrer, como também a que atividades se refere esse planejamento. Supondo que essas atividades digam respeito à atenção diferenciada à saúde, sem entrar na discussão, por ora, do conceito de atenção diferenciada à saúde, embora reconheça que a definição desse conceito seja imprescindível à especificação dos comportamentos que o gestor do DSEI e os membros do CDSI precisassem apresentar neste caso, seria necessário, por exemplo, explicitar que compete ao DSEI contabilizar o número de índios que há em sua área de abrangência; examinar a dispersão populacional; identificar a

que etnias pertencem; contabilizar quantas T. I. existem em sua área de abrangência; avaliar a fase do processo administrativo em que elas se encontram; examinar as condições de acesso a elas e se há problemas concernentes à intrusão, contaminação de rios no entorno, desmatamento ou existência de projetos de desenvolvimento; contabilizar o número de aldeias que há nas T. I.; avaliar como elas estão distribuídas e quais são os critérios para essa distribuição; analisar as condições epidemiológicas em cada aldeia; examinar categorias êmicas de doença, cura e formas de atenção nas próprias aldeias e assim por diante, mais do que meramente usar o substantivo planejamento ou, eventualmente, o verbo genérico planejar.

Em segundo lugar, assim como planejar, o verbo estabelecer, tal como consta na classe de respostas da contingência 3-S, também não define comportamentos. Neste ponto, seria mais adequado, para fins de clareza do texto, explicitar que o DSEI deve contratar recursos humanos, especificando 1) o número de profissionais a serem contratados observados os critérios X, Y e Z; 2) a qualificação desses profissionais observados os critérios A e B e; 3) o perfil dos profissionais (em termos de ...) observados os critérios C e D, dando visibilidade à questão de como os critérios constantes na coluna de contextos antecedentes se relacionam com a especificação desses três aspectos referentes à contratação de recursos humanos indígenas e não indígenas. A diretriz quanto à composição da EMSI é clara no texto da Política: em caráter obrigatório, deverá contar com médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e AIS. Em caráter de participação sistemática, pode contar com engenheiros sanitaristas, antropólogos, educadores e outros especialistas e técnicos necessários.

Vimos que cada DSEI apresenta instâncias regionais chamadas Pólos-Base, as quais contam com EMSI para a assistência de saúde em um número específico de aldeias indígenas. De acordo com o texto da Política, os Pólos-Base podem estar localizados tanto dentro de uma aldeia, como também fora, sendo que, neste último caso, geralmente se trata de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município em questão (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002). Algumas contingências que diziam respeito à referência e ao atendimento na rede do SUS puderam ser estimadas do texto da Política:

Figura 6 – Contingência 4-S: Referenciamento à rede do SUS

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Membros da EMSI	Demandas não solucionáveis ao nível dos Pólos-Base	Referenciar para a rede de serviços do SUS	Usuário referenciado

Fonte: autor.

O texto da Política prescreve que demandas não solucionáveis ao nível dos Pólos-Base devam ser referenciadas a níveis de maior complexidade da rede de serviços do SUS. Observe, entretanto, que referenciar se trata de um verbo genérico que, da mesma forma que planejar e estabelecer, diz respeito a um conjunto de classes de respostas. Neste caso, porém, presumivelmente, as classes de respostas são mais evidentes, embora, da mesma forma que com os verbos planejar e estabelecer, precisassem estar explicitadas de maneira clara. Por um lado, referenciar pode significar que, em uma dada consulta, diante de certos sintomas, o médico indica a necessidade de o usuário proceder a exames específicos ou passar por consultas especializadas na rede do SUS; pode significar também que, em função de ferimentos graves causados por acidentes, usuários precisem imediatamente ser levados à rede do SUS.

Afora a questão da redação do texto da PNASPI, é importante explicitar que, conforme afirma Cardoso (2014), pautando-se em um relatório de 2009, o qual trata sobre a situação do subsistema de saúde indígena e foi produzido em conjunto pelo Institute of Development Studies, Saúde sem Limites e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, em algumas regiões do país, há uma alta demanda por internações hospitalares e consultas especializadas, o que sugere uma baixa resolutividade das ações de atenção à saúde nas aldeias.

Soma-se a isso o fato de que, como observou Dias-Scopel (2005) em sua etnografia na T. I. Laklãnõ, nem sempre o *Toyota* ou *carro da saúde* eram usados para levar usuários que necessitassem de atendimentos na rede do SUS. Pelo contrário, embora algumas pessoas que iam ao carro necessitassem desses atendimentos, outros aproveitavam a *carona* para ficar no chamado Bar do Rafael, no município vizinho à Terra em questão. Ir ao Bar se trata de uma classe de respostas que, com muita probabilidade de acerto, não está inscrita ao verbo

genérico referenciar, embora deva ser reiterada a importância de que tais classes sejam especificadas no texto.

Após o referenciamento, o texto da PNASPI prevê que instituições de saúde vinculadas à rede do SUS e que atendam os indígenas “levando em consideração a realidade sócio-econômica e cultural de cada povo indígena” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 15) devam ser incentivadas mediante diferenciação de financiamento, o que permite inferir a seguinte contingência, a qual diz respeito a essas instituições:

Figura 7 – Contingência 5-S: Instituições de saúde vinculadas ao SUS

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Instituições vinculadas à rede do SUS	Usuário referenciado	Atender o indígena levando em consideração a realidade sócio-econômica e cultural de cada povo	Incentivo por intermédio de diferenciação de financiamento

Fonte: autor.

No texto da PNASPI, não há maiores esclarecimentos do que se entende por atendimento “levando em consideração a realidade sócio-econômica e cultural de cada povo”, o que, evidentemente, torna difícil determinar os próprios critérios que condicionam o incentivo caracterizado pela diferenciação de financiamento às instituições.

Além de contingências concernentes às instituições de saúde vinculadas à rede do SUS, a PNASPI também aborda a questão das CASAI, as quais, como vimos no tópico anterior, tratam-se de casas de serviços de apoio aos usuários referenciados à rede do SUS e aos seus eventuais acompanhantes. A contingência seguinte trata a respeito das atribuições que são conferidas às CASAI:

Figura 8 – Contingência 6-S: CASAI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Funcionários das CASAI	Indígenas encaminhados à rede do SUS	Receber, alojar e alimentar usuários encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos usuários nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, além de informá-los sobre o caso; promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e até para os usuários em condições de realizá-las	

Fonte: autor.

Antes de prosseguirmos com a análise dos aspectos infraestruturais do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, vamos sumarizar o que vem sendo analisado até agora. O uso de verbos genéricos em algumas contingências inferidas a partir da leitura do texto da PNASPI, como planejar, estabelecer e referenciar, não define ou explicita quais

comportamentos se espera daqueles a quem as regras se destinam e nem sob quais circunstâncias esses comportamentos devam ocorrer, o que pode implicar em fraco controle de estímulos. Também vimos que, no que concerne especificamente à contingência 2-S, o texto da PNASPI não especifica qualquer critério ou parâmetro de avaliação da adequabilidade da extensão territorial proposta para um DSEI. Por último, vimos ainda que a falta de especificação do que se entende por “atendimento levando em consideração a realidade sócio-econômica e cultural de cada povo” torna difícil entender os próprios critérios que condicionam a diferenciação de financiamento, consequência prevista às instituições vinculadas ao SUS.

Para além desses pontos, o texto da PNASPI também sistematizou as diretrizes das II e III Conferências relativas 1) ao modo como se deveria organizar o controle social das ações e dos serviços de saúde indígena e; 2) ao monitoramento e à avaliação das ações de saúde indígena. Vejamos, primeiro, as contingências inferidas quanto à efetivação do princípio do Controle Social.

De início, o texto da PNASPI prevê que a participação indígena ocorra “em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 20). Em seguida, apresenta instâncias formais dessa participação.

Na área de abrangência dos Pólos-Base, a participação indígena ocorreria por meio dos CLS. As contingências estimadas a partir da leitura do texto da Política e que se referem ao modo que deveriam ser instituídos representantes indígenas em tais Conselhos são as seguintes:

Figura 9 – Contingência 7-S: Escolha de representantes para os CLS

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Comunidades da área de abrangência de um dado Pólo-Base	Necessidade histórica de criação de um espaço de discussão entre representantes indígenas e	Escolher representantes das comunidades que fazem parte de um dado Pólo-Base	Representantes indígenas indicados

	gestores locais sobre os serviços e ações de saúde nas comunidades		
--	---	--	--

Fonte: autor.

Na contingência 7-S, a classe de respostas concerne aos membros das comunidades que fazem parte de um Pólo-Base. Então, exemplificando, se um Pólo-Base atende a quatro comunidades, cada uma delas escolhe a seu próprio modo quais membros irão representá-la no CLS. Segundo o texto da PNASPI, os representantes podem ser tanto lideranças tradicionais, especialistas tradicionais e parteiras, como também professores indígenas, AIS e/ou quaisquer outros membros que a comunidade julgar importante.

Após a indicação dos representantes de cada comunidade, outra contingência pode ser inferida a partir do texto da Política, contingência esta referente ao Chefe do DSEI:

Figura 10 – Contingência 8-S: Formalização da indicação dos representantes

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Chefe do DSEI	Representantes indígenas indicados	Formalizar a indicação dos representantes	

Fonte: autor.

Em relação aos CDSI, o texto da Política explicita três pontos. O primeiro diz respeito à sua composição, que deve ser paritária, “50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 21). O segundo destaca que todos os povos indígenas que habitam o território de cobertura de um DSEI precisam ter representantes no CDSI. O terceiro ponto remete ao fato de que são os conselheiros que elegerão diretamente o presidente de um dado CDSI. Em relação aos conselheiros dos CDSI, ainda é possível inferir do texto da PNASPI mais duas de suas atribuições:

Figura 11 – Contingência 9-S: Atribuições dos Conselheiros dos CDSI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Conselheiros do CDSI		Elaborar o regimento interno; Elaborar o plano de trabalho do Conselho Distrital de Saúde	

Fonte: autor.

Elaborar se trata de outro verbo genérico que não define comportamentos a serem apresentados – neste caso pelos Conselheiros do CDSI – e nem as circunstâncias sob as quais devam ocorrer. Um exemplo ilustrativo, o qual, como veremos mais adiante, tem ligação com a educação escolar indígena, concerne à elaboração de materiais didáticos.

Do ponto de vista da programação de ensino, na perspectiva da Análise do Comportamento, quando alguém precisa elaborar ou produzir um material didático significa dizer que essa pessoa precisa avaliar o repertório inicial do aluno; avaliar a realidade com a qual o aluno provavelmente irá interagir depois da exposição aos procedimentos de ensino; definir objetivos de ensino comportamentais em termos de relações entre o aluno e o ambiente; definir comportamentos a serem ensinados até atingir o objetivo de ensino, estimando e propondo dos mais simples aos mais complexos etc. Todos esses comportamentos não são referenciados quando se afirma que alguém deva elaborar ou produzir materiais didáticos, embora seja necessário explicitá-los.

No mesmo sentido, quando a PNASPI prevê que aos Conselheiros dos CDSI compete a elaboração do plano de trabalho do Conselho Distrital de Saúde, não são referenciados os comportamentos que tais Conselheiros precisam apresentar nem o controle por estímulos.

No âmbito nacional, o texto da PNASPI prescreve que o controle social se efetive por meio da CISI, órgão assessor do CNS e sobre o qual já tivemos a oportunidade de abordar no tópico anterior. Entretanto, não são explicitadas contingências que concernem a indicações de representantes ou outros eventuais aspectos.

Por último, no que se refere ao controle social, o texto da PNASPI também firma a necessidade de serem estimuladas discussões e debates entre representantes indígenas e a sociedade regional no âmbito dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como a necessidade de serem realizadas Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas de

quatro em quatro anos, junto às Conferências Nacionais de Saúde – embora, na prática, essa periodicidade não tenha sido observada.

Portanto, ao invés de estabelecer condições à inferência de contingências, a subseção concernente ao Controle Social no texto da PNASPI, em grande medida, somente explicita as instâncias formais de representatividade política dos povos indígenas brasileiros no que diz respeito especificamente às ações e aos serviços de saúde.

Por último, cabe ainda apresentar e discutir algumas contingências inferidas que concernem à organização infraestrutural do monitoramento e da avaliação das ações e dos serviços de saúde. Podemos começar por uma atribuição conferida no texto da PNASPI aos DSEI.

Figura 12 – Contingência 10-S: Organização do Sistema de Vigilância em Saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestor do DSEI e membros do CDSI	Necessidades de cada nível gerencial do DSEI	Organizar sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde	

Fonte: autor.

Na Política, afirma-se que “para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 16). No entanto, note como organizar se trata de um verbo vago que, assim como estabelecer, referenciar, planejar e elaborar, não especifica comportamentos que devem ser apresentados pelo gestor do DSEI e pelos membros do CDSI nem as circunstâncias sob as quais devam ocorrer. Um exemplo pode esclarecer esse ponto.

Quando alguém precisa organizar um churrasco, essa afirmação engloba todo um conjunto de classes de respostas. Significa dizer que a pessoa precisa estimar aproximadamente quantas pessoas virão ao churrasco; ir ao mercado; escolher não apenas as carnes que comprará, mas também a quantidade, com base no número de convidados estimados; escolher não apenas as bebidas que irá comprar, mas a quantidade, também com

base no número de convidados estimados; comprar carvão; alugar ou não uma chácara etc. Em suma, afirmar que essa pessoa precisa organizar o churrasco não especifica todo o conjunto de classes de respostas o qual ela deve apresentar.

O mesmo ocorre com a PNASPI. Afirmar que os gestores dos DSEI e os membros dos CDSI necessitam organizar um Sistema de Vigilância em Saúde não fornece orientação sobre o que eles efetivamente precisam fazer e sob quais circunstâncias, o que constitui uma lacuna muito importante examinada no texto da Política.

Segundo a análise feita do texto da PNASPI, é possível depreender que as informações que caracterizam o Sistema de Vigilância em Saúde constituem contextos antecedentes para três classes de respostas e, por conseguinte, três contingências diferentes.

Figura 13 – Contingência 11-S: Construção de indicadores para avaliação da saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestor do DSEI e membros do CDSI	Informações que caracterizam o Sistema de Vigilância em Saúde	Construir indicadores de avaliação da saúde e, de forma indireta, da atenção à saúde	

Fonte: autor.

Figura 14 – Contingência 12-S: Fatores determinantes da saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestor do DSEI e membros do CDSI	Informações que caracterizam o Sistema de Vigilância em Saúde	Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde	

Fonte: autor.

Figura 15 – Contingência 13-S: Alocação de recursos e orientação pragmática

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestor do DSEI e membros do CDSI	Informações que caracterizam o Sistema de Vigilância em Saúde	Estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação pragmática	

Fonte: autor.

Já tivemos a oportunidade de discutir acerca do verbo estabelecer (cf. p. 63), o qual reaparece na contingência 13-S. Nesta ocasião, portanto, convém dar visibilidade a pouca operacionalização do verbo construir, constante da contingência 11-S. É possível dizer, por exemplo, que os *Kawahíwa* contatados por Nimuendajú construía suas canoas. Mas o que exatamente se quer dizer por isso? Quer dizer que eles, conforme ressalta o próprio Nimuendajú (1924), usavam pedaço de casca de Jatobá (*Hymenaea sp.*) de 5 a 7 metros de comprimento por um e meio de largura; levantavam as bordas dessa casca e as firmavam com travessas metidas por dentro e amarrações de cipó nas pontas e de lado a lado; e cobriam o fundo da embarcação, em quase todo o seu comprimento, com uma espécie de esteira de varas. De maneira análoga, na PNASPI, não se deve assumir que a orientação esteja clara quando se afirma que cabe aos gestores e conselheiros dos CDSI construir indicadores de avaliação da saúde e, de forma indireta, da atenção à saúde, sobretudo quando se considera o conceito de saúde indígena, o qual, como foi visto anteriormente (p. 46), implica certas especificidades.

Além disso, no texto da Política é ressaltado que haja um fluxo de informações entre os DSEI e os municípios/estados de referência, bem como que “o acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 17). Por fim, o texto da PNASPI também trata do SIASI, afirmando que ele constitui o Sistema que permite acompanhar e avaliar o subsistema de saúde indígena.

Figura 16 – Contingência 14-S: Avaliação do SASI por meio do SIASI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Órgãos gestores, movimentos indígenas e entidades indigenistas	Critérios: Estrutura, processo e resultados da atenção à saúde dos povos indígenas	Acompanhar e avaliar o subsistema de saúde indígena por meio do SIASI	Subsídios aos órgãos gestores e de controle social quanto à compatibilidade entre diagnóstico situacional e prioridades estabelecidas

Fonte: autor.

Em suma, essas são contingências possíveis de serem inferidas do texto da PNASPI e que dizem respeito mais especificamente à organização infraestrutural da rede de serviços e ações de saúde indígena. Das análises realizadas anteriormente, é possível tirar as seguintes conclusões: algumas das contingências inferidas contêm verbos vagos ou abstratos, tais como planejar, estabelecer, referenciar, elaborar, organizar e construir, o que pode dificultar o governo do comportamento daqueles a quem se dirigem essas regras. Além disso, vimos que não há parâmetros especificados na PNASPI à avaliação da adequabilidade das extensões territoriais dos DSEI, o que constitui uma lacuna importante. Por último, vimos que os critérios condicionantes da diferenciação de financiamento a instituições da rede do SUS não são claros, visto que não basta explicitar que essas instituições devam atender os usuários “levando em consideração a realidade sócio-econômica e cultural de cada povo”. Agora, passarei a analisar contingências que concernem a diretrizes dirigidas aos profissionais indígenas e não indígenas das EMSI.

3.1.4. Profissionais de saúde

O objeto de que trata a PNASPI é a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. Portanto, é imprescindível responder às questões: o que exatamente se entende por atenção diferenciada? Como os profissionais não indígenas de saúde precisam se relacionar com os usuários do Subsistema que caracterize uma atenção diferenciada à saúde? Essas questões, dentre outras a elas ligadas, são tratadas neste tópico.

Na Análise do Comportamento, a atenção, assim como todo processo comportamental, é entendida nas interações do organismo com o ambiente. No caso específico da atenção, o enfoque nessas interações recai sobre as relações que uma classe de estímulos discriminativos mantém com o comportamento do organismo. Em um experimento padrão (SKINNER, 1953/2011), um pombo é ensinado a bicar um disco apenas quando a luz acima desse disco está piscando, mas não quando está apagada. Seria possível dizer que o pombo se atenta para a luz, mas com isso, não se deve presumir que o pombo seja um agente autônomo. Em última instância, a explicação do por que o pombo bica o disco quando a luz está piscando, mas não quando está apagada, requer uma investigação da história de reforçamento a que foi exposto.

No texto da PNASPI, de maneira surpreendente, não há nenhuma definição formal do que seja atenção à saúde e, principalmente, atenção diferenciada à saúde, embora se afirme que a última constitua uma atenção à saúde que leva “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos [indígenas]” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 6). Em razão do caráter vago do conceito de atenção diferenciada, torna-se difícil um entendimento de quais são os fenômenos empíricos aos quais ele efetivamente faz referência. No entanto, a partir da leitura do próprio texto da PNASPI, algumas interpretações um tanto quanto despreziosas sobre esse conceito podem ser arriscadas.

Convém explicitar, antes de qualquer coisa, que o conceito de atenção à saúde é amplo, englobando diversos aspectos distintos²⁴, mas aqui, para os propósitos deste tópico, serão consideradas apenas as relações que os profissionais não indígenas de saúde devem ter com os usuários do Subsistema que caracterizem uma atenção diferenciada.

Em primeiro lugar, os comportamentos que se referem às especificidades técnicas de cada profissão ocorrem em um contexto intercultural: de um lado, os profissionais não indígenas de saúde e, de outro lado, os moradores de aldeias indígenas, os quais podem pertencer, todos, a uma mesma etnia, mas, em geral, nas aldeias, é comum observar certa heterogeneidade no que diz respeito às etnias a que seus moradores se filiam. Dessa maneira, a atenção diferenciada à saúde requer por parte dos profissionais não indígenas de saúde a não adoção de comportamentos etnocêntricos, o que significa dizer, principalmente, duas coisas: 1) que esses profissionais devem buscar conhecer o porquê das práticas culturais observadas, comportando-se de acordo com esse conhecimento²⁵ e 2) que esses profissionais devem

²⁴ A esse respeito, veja Matta e Morosini (2009).

²⁵ Skinner (1974/2006) ressalta que há tipos de conhecimento. Dentre esses tipos, eu gostaria de destacar dois. No primeiro, conhecimento significa simplesmente estar íntimo de ou em contato com. Nesse sentido, os

procurar participar de aspectos da vida da comunidade, construindo uma boa relação com seus moradores.

Nesse sentido, um exercício ilustrativo pode ser realizado considerando os Guarani-Mbya (cf. DAHER; SANTOS; PEREIRA, 2010). Uma prática cultural cotidiana entre esses índios, observada entre as mulheres e os homens das aldeias em que esses autores (*op. cit.*) fizeram sua pesquisa de campo, é fumar tabaco puro no *petyngua*, um cachimbo usado também pelos líderes espirituais Guarani-Mbya – *Karai* ou *Kunhã Karai*, caso seja mulher – em rituais.

Do ponto de vista das sociedades ditas ocidentais, de forma geral, o comportamento de fumar não é bem visto, chegando a ser considerado, sob algumas circunstâncias e em certas regiões, ilegal, tal como em SP em que é proibido fumar dentro de locais fechados. Há todo um conhecimento biomédico que correlaciona o fumar por extensivos períodos de tempo a um aumento na probabilidade de ocorrência de algumas doenças, especialmente daquelas que dizem respeito aos pulmões e ao coração.

Diante desse dilema ético, nos contextos social e cultural dos Guarani-Mbya, não parece que a saída fosse que os profissionais de saúde propusessem, p. ex., programas que visassem à diminuição na frequência da prática de fumar tabaco no *petyngua*, com a justificativa de que essa prática seja maléfica aos próprios Guarani-Mbya. Pelo contrário, para esses índios, essa prática não somente não é prejudicial, como é até mesmo saudável, visto que permite a eles comunicar-se com *Nhanderu*. Com efeito, trata-se de uma prática que assume contornos cosmológicos muito importantes aos Guarani-Mbya e integra teorias sobre saúde, doença, corpo e espírito que, em muitos aspectos, divergem radicalmente de teorias da biomedicina, o que sugere que, no âmbito da saúde indígena e, mais especificamente, da atenção diferenciada à saúde, a definição de um problema de saúde não deve ser realizada unilateralmente pelos profissionais não indígenas de saúde, segundo seus próprios critérios e juízos.

Em segundo lugar, a atenção diferenciada também requer por parte dos profissionais não indígenas de saúde que estes valorizem os sistemas tradicionais indígenas relativos aos processos saúde/doença/atenção, bem como evitem medicar e receitar em excesso. Aliás, a

profissionais não indígenas de saúde podem saber o porquê das práticas culturais a partir do convívio com os moradores das aldeias, isto é, ouvindo o que eles dizem e observando o que eles fazem. No segundo tipo, conhecimento assume o sentido de saber coisas não a partir do convívio ou da intimidade, mas sim de textos, orientações, regras etc. Assim, os profissionais não indígenas de saúde podem saber o porquê das práticas culturais não por terem convivido com os moradores das aldeias, mas por terem lido estudos etnográficos produzidos nessas mesmas aldeias; estudado teorias antropológicas; tido aulas etc. Esses dois tipos de conhecimento não são mutuamente excludentes, mas muito distintos um do outro.

própria Política estabelece como uma de suas diretrizes o “uso adequado e racional dos medicamentos essenciais básicos e valorização das práticas farmacológicas tradicionais” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 18).

A respeito da diretriz da PNASPI referente a não hipermedicalização, é interessante aludir ao relato etnográfico de Diehl e Grassi (2010). Por meio de uma pesquisa de campo em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, essas autoras argumentaram que a atenção à saúde Guarani era marcada por um assistencialismo hipermedicalizante: em 17 vezes que a EMSI foi à aldeia, num intervalo de tempo de seis meses, foram realizadas 236 consultas, que resultaram em 458 medicamentos, dentre os quais se destacavam o ambroxol, o albendazol, o paracetamol, a dipirona e a azitromicina. Dentro de nove casas visitadas, o que correspondia aproximadamente a 50% das casas da aldeia em 2006, oito delas tinham medicamentos, totalizando 38 unidades. Em 2007 e 2008, todas as casas foram visitadas, o que correspondiam a 20 e 19, respectivamente. Nestas, em 15 e 10, respectivamente, foram encontrados medicamentos, totalizando 45 e 22 unidades. Além disso, as autoras (*op. cit.*) observaram que dois (5,3%), dez (22,2%) e dois (9,1%) dos medicamentos encontrados nas casas visitadas em 2006, 2007 e 2008, respectivamente, estavam com o prazo expirado. Por fim, as autoras (*op. cit.*) ainda indicaram que a classe terapêutica mais encontrada nas casas em 2006 foi a dos analgésicos, enquanto que, em 2008, foi a dos antianêmicos.

Esses dados, indicativos de hipermedicalização e os quais, portanto, estão na contramão de uma das diretrizes da PNASPI, podem ser compreendidos, no meu entender, por meio de três fatores. Em primeiro lugar, há de se considerar o enorme poder econômico e político das grandes indústrias farmacêuticas, as quais mobilizam bilhões de dólares por ano e conseguem difundir uma das maiores biotecnologias da medicina, os remédios, incluindo aí as tarjas pretas, destinadas à chamada “saúde mental”, a todas as partes do mundo. Mesmo há mais de uma década, os números já eram muito expressivos: com base em dados da OMS, Diehl e Grassi (2010) salientam que entre os anos 1995 a 2000, principalmente nos países mais ricos, a venda e o consumo de medicamentos cresceram significativamente. Em 2000, a venda total chegou aos US\$ 316 bilhões, US\$ 282,49 bilhões dos quais adquiridos por meio de prescrição médica e US\$ 33,9 bilhões sem prescrição. O Brasil, nesse mesmo ano, representava o nono maior mercado de medicamentos do mundo, atingindo a cifra de US\$ 5,2 bilhões.

Em segundo lugar, há de se considerar também a questão da formação dos profissionais não indígenas de saúde, sobretudo quando se trata de médicos e enfermeiros, em que se valoriza especialmente o tratamento alopático para as doenças do corpo e o uso de

medicamentos, os quais, não questiono isto, têm eficácia comprovada. Em terceiro lugar, como veremos mais adiante, ainda neste tópico, o próprio modo que a atenção diferenciada deve ser exercida pelos profissionais não indígenas nas comunidades – semelhante à lógica operacional do Programa Saúde da Família (PSF) – favorece a hipermedicalização e a não valorização dos sistemas tradicionais indígenas.

Portanto, em suma, com base na leitura do texto da Política, é possível interpretar que a atenção diferenciada à saúde, no que se refere especificamente às relações dos profissionais não indígenas de saúde e os usuários, se caracterize pelo conjunto de comportamentos referentes às especificidades técnicas de cada profissão, mas que, no contexto intercultural, exige a observância de três elementos adicionais: 1) adotar posturas contrárias a atitudes etnocêntricas; 2) valorização dos sistemas tradicionais indígenas relativos aos processos saúde/doença/atenção e 3) evitar medicar e receitar em excesso.

No texto da PNASPI, foi possível inferir duas contingências que dizem respeito ao modo por meio do qual essa atenção básica diferenciada à saúde deve ocorrer nas aldeias:

Figura 17 – Contingência 15-S: Planejamento de ações de saúde pela EMSI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Membros da EMSI		Planejar ações referentes à atenção básica de saúde	

Fonte: autor.

Já tivemos a oportunidade de discutir a questão do verbo planejar, o qual não define comportamentos. Neste ponto, entretanto, uma questão adicional referente ao contexto antecedente se coloca, questão esta não explicitada no texto da PNASPI. Embora os profissionais não indígenas de saúde sejam ou, ao menos, devam ser plenamente competentes para planejar ações que estejam circunscritas no escopo dos conhecimentos técnicos específicos de suas respectivas formações, vimos que a definição de um problema de saúde não deve ser feita de modo unilateral por parte desses profissionais. Portanto, pelo menos no que diz respeito ao aspecto coletivo da atenção básica de saúde, isto é, aspecto referente a mudanças de práticas culturais, é necessário que esse planejar envolva discussões com a comunidade.

Figura 18 – Contingência 16-S: Realização da atenção básica à saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Membros da EMSI	Planejadas as ações; Nos postos de saúde das aldeias; Em caráter periódico	Realizar a atenção básica de saúde	

Fonte: autor.

Como se percebe da contingência acima, após o planejamento de ações de atenção básica, a EMSI deve realizar tal atenção nos postos de saúde das aldeias e em caráter periódico. Ou seja, realizam-se, periodicamente, ações de atenção básica que visem resolver grande parte das demandas de saúde sem a necessidade de os usuários serem referenciados para níveis de maior complexidade da rede do SUS. Entretanto, no texto da PNASPI, não consta a frequência com que essas ações de atenção básica devam ser realizadas.

Em relação a alguns comportamentos que caracterizariam a atenção básica à saúde exercida pelos membros da EMSI, a seguinte contingência pode ser inferida da PNASPI:

Figura 19 – Contingência 17-S: Caracterização da atenção básica à saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Profissionais da EMSI	Realidade sociocultural de cada povo e suas concepções, valores e práticas relativas aos processos de atenção, saúde e doença	Executar ações e projetos de saúde, bem como elaborar propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto antecedente	Melhoria do estado de saúde dos povos indígenas

Fonte: autor.

Em relação aos gestores dos DSEI, a diretriz relativa a não hipermedicalização também deveria governar-lhes o comportamento, tal como consta na contingência seguinte:

Figura 20 – Contingência 18-S: Atribuições dos Gestores dos DSEI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestores dos DSEI	Realidade epidemiológica e necessidades específicas de um DSEI	Selecionar, programar, adquirir, acondicionar, estocar, distribuir, controlar, fazer vigilância, dispensar e prescrever	Garantia dos medicamentos necessários

Fonte: autor.

Outro aspecto importante a ser abordado neste tópico concerne aos AIS, que, como vimos, constituem personagens imprescindíveis à mediação entre o sistema de saúde e as comunidades indígenas das quais fazem parte. Em primeiro lugar, vale reiterar o que diz a PNASPI sobre a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde: trata-se de “uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 15).

Em seguida, a partir da PNASPI, é possível inferir uma contingência relativa à participação do AIS no Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde (PFAIS):

Figura 21 – Contingência 19-S: Participação dos AIS no PFAIS

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Agentes Indígenas de Saúde	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB (Lei nº 9.394/96)	Participar do PFAIS	Certificado de Competências e habilidades adquiridas

Fonte: autor.

A classe de respostas da contingência anterior é concernente ao indígena que participa do PFAIS. O texto da PNASPI prevê que esse Programa deva ocorrer em serviço, de forma continuada e seguindo uma metodologia participativa, “sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 15). Após a conclusão do Programa, a PNASPI prescreve que o indígena recém-formado deverá receber um certificado, que deverá ser emitido mediante a gestão que os DSEI farão junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação. Da contingência anteriormente descrita, é possível perceber também que outra consequência da conclusão do PFAIS diz respeito ao fato de que o indígena recém-formado terá adquirido um conjunto de competências e habilidades. Contudo, corroborando o que salientam Santos *et al.* (2009), convém ressaltar que competências e habilidades são dois termos polissêmicos. Além disso, na PNASPI, não são definidos. Tampouco se explicita quais seriam as competências e habilidades que os AIS deveriam apresentar em função de ter concluído o PFAIS. Por último, a segunda coluna da contingência diz que o PFAIS deve ser elaborado dentro dos marcos da LDB no que tange ao ensino básico.

Com efeito, um dos pontos principais da Política concerne à capacitação de recursos humanos para atuarem em contextos interculturais. Portanto, ela também prescreve a necessidade de serem propiciados cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização para os profissionais de saúde, gestores e assessores técnicos.

Neste ponto, é possível estimar do texto da PNASPI duas contingências concernentes ao papel das instituições de ensino e pesquisa junto às comunidades indígenas:

Figura 22 – Contingência 20-S: Pesquisas em comunidades indígenas

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Instituições de ensino e pesquisa	Problemas de interesse das comunidades	Propor conhecimentos e tecnologias adequados à solução desses problemas	

Fonte: autor.

Figura 23 – Contingência 21-S: Inserção de indígenas nas universidades

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Instituições de ensino e pesquisa		Propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos indígenas Criar facilidades para que os alunos indígenas possam acompanhar o currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais	

Fonte: autor.

A contingência 20-S põe em destaque o compromisso que as instituições de ensino e pesquisa devem ter para com os problemas de interesse das comunidades indígenas. Vale reiterar que, embora a PNASPI descreva como diretriz ética às pesquisas e intervenções em comunidades indígenas a Resolução nº 196/96, esta foi posteriormente substituída pela Resolução nº 466/2012, também do Conselho Nacional de Saúde. Por outro lado, o que consta na terceira coluna da contingência 21-S poderia ser desmembrado em duas classes de respostas. A primeira consiste em as instituições de ensino e pesquisa proporem programas que facilitem a inserção indígena. A segunda, em essas instituições criarem condições que facilitem aos indígenas acompanharem o currículo.

No texto da Política, embora seja ressaltado que as instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a fazerem o que constam nas colunas “CR” das contingências anteriormente explicitadas, não se especifica a natureza dessas estimulações, motivo pelo qual as colunas “Consequência” de ambas as contingências estão em branco.

Por último, neste tópico, gostaria de tratar de três contingências inferidas do texto da PNASPI e que dizem respeito aos gestores dos DSEI, para além das já discutidas.

Figura 24 – Contingência 22-S: Competências dos Gestores dos DSEI

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestores dos DSEI		<p>Descentralizar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos DSEI;</p> <p>Valorizar as práticas farmacológicas indígenas e promover o uso racional de medicamentos;</p> <p>Avaliar e adaptar os protocolos padronizados de intervenção terapêutica e os respectivos esquemas de tratamento;</p> <p>Promover ações educativas em saúde</p>	<p>Tornar efetivas as ações de assistência farmacêutica dos povos indígenas em conformidade com a Política Nacional de Medicamento</p>

Fonte: autor.

Observe-se que são muitas as classes de respostas esperadas de um gestor, embora nem todas estejam suficientemente explicitadas nos verbos genéricos empregados. Vimos que aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica e diferenciada à saúde também compete valorizar os sistemas tradicionais indígenas relativos aos processos saúde/doença/atenção. Contudo, é plausível pensar que os comportamentos que esses profissionais devem apresentar e aqueles comportamentos que os gestores devem apresentar para que ambos valorizem a farmacopeia tradicional indígena ou, mais genericamente, os sistemas tradicionais indígenas relativos aos processos saúde/doença/atenção, sejam muito distintos, pois se tratam de atores que desempenham funções distintas. A questão de quais são os comportamentos que os profissionais de saúde e os gestores devem apresentar para valorizarem a farmacopeia tradicional indígena e sob quais circunstâncias esses

comportamentos devem ocorrer não tem uma resposta óbvia e o próprio texto da Política carece de explicitação dessa resposta.

Tampouco promover ações educativas em saúde se trata de uma explicitação adequada das classes de respostas esperadas do gestor. O que se entende por ações educativas? Os chamados programas de conscientização da população podem ser considerados ações educativas? Informar à população, por exemplo, sobre os comportamentos que aumentam o risco de proliferação do *Aedes aegypti* é uma ação educativa? Se assim o for, é evidente que essa ação educativa é insuficiente. Como argumenta Carrara (2015b), os programas de conscientização, embora sejam importantes, no mais das vezes, são insuficientes para mudar o comportamento dos indivíduos. Os dados do ramo experimental da Análise do Comportamento mostram à exaustão que o comportamento é selecionado pelas consequências e, portanto, é necessário não apenas arranjar consequências para mudar o comportamento dos indivíduos, como também procedimentos que façam com que o comportamento se mantenha mesmo muito depois de as consequências espúrias empregadas de início serem eliminadas.

Ainda em relação à contingência 22-S, a consequência explicitada é ampla demais, não servindo como dica do que se espera produzir quando o gestor se comporta tal como na terceira coluna.

De todas as classes de respostas da contingência 22-S, apenas de uma se pode estimar seu contexto antecedente, conforme se observa na contingência apresentada a seguir:

Figura 25 – Contingência 23-S: Avaliação dos protocolos de intervenção

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestores dos DSEI	Decisão consensual de grupo técnico interdisciplinar; Variáveis socioculturais; Situações especiais	Avaliar e adaptar os protocolos padronizados de intervenção terapêutica e os respectivos esquemas de tratamento	

Fonte: autor.

As situações especiais as quais são referidas na segunda coluna se tratam de questões concernentes a se há povos indígenas considerados isolados ou de pouco contato na extensão territorial do DSEI; se há grupos de grande mobilidade e; se há grupos de fronteira. Nesse sentido, a contingência 23-S salienta que para se avaliar e adaptar os protocolos de intervenção terapêutica e seus respectivos esquemas de tratamento, faz-se necessário observar o que está disposto na coluna “Contexto Antecedente”.

Por último, dentre as classes de respostas explicitadas na contingência 22-S, de uma delas foi possível estimar outras consequências para além de tornar efetivas as ações de assistência farmacêutica aos povos indígenas. A seguir, apresenta-se essa contingência:

Figura 26 – Contingência 24-S: Promoção de ações educativas em saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Gestores dos DSEI		Promover ações educativas em saúde	Garantir a adesão do usuário ao tratamento; Inibir práticas de automedicação e os riscos delas decorrentes; Evitar a troca de medicação prescrita e a hipermedicação

Fonte: autor.

Essa contingência explicita que as ações educativas em saúde por parte dos gestores dos DSEI devem criar uma condição em que o usuário não se automedique, não troque a medicação prescrita ou tome remédios em excesso e que ele se engaje no tratamento.

3.1.5. Territórios indígenas e suas relações com a saúde

Vimos que os territórios indígenas assumem para os povos que neles vivem significados que vão muito além da mera reprodução de sua subsistência. Um exemplo ilustrativo pode ser o dos *xinguanos*, ou seja, os povos indígenas que vivem na região do alto

rio Xingu e seus formadores Batovi, Tamitatoaia, Curisevo e Ronuro. Esses povos, conforme destacam os irmãos Villas-Boas (1970/1974), são linguisticamente muito diversificados, mas apresentam muitas semelhanças sociais e culturais, formando um complexo bem conhecido etnograficamente.

A partir de 25 anos de convívio diário com os *xinguanos*, ouvindo suas narrativas míticas, os irmãos Villas-Boas (1970/1974) contam como muitos espaços pelos quais esses índios transitam no cotidiano têm referências míticas muito importantes a eles. Nesse sentido, p. ex., segundo contam os *xinguanos*, foi na confluência dos formadores do Xingu, uma região chamada por esses índios de Morená, onde tudo começou²⁶.

Vimos também que um dos problemas mais prementes do campo da saúde indígena diz respeito à finalização da regularização fundiária de Terras ainda não demarcadas, bem como à proteção territorial e ambiental das T. I. já demarcadas administrativamente. Uma contingência que explicita esse problema foi inferida do texto da PNASPI.

Figura 27 – Contingência 25-S: Problemas prementes na saúde indígena

A quem se aplica a contingência	CA	CR	C
Madeireiros; Posseiros; Garimpos; Fazendeiros; Empresas nacionais e estrangeiras de mineração; Indústrias extrativas; Agricultura, sobretudo de soja	Modo de produção capitalista; Mercado financeiro	Ocupar o entorno das Terras Indígenas e invadi-las intermitentemente, desmatando, produzindo queimadas, assoreando e poluindo o rio	Pouca disponibilidade de água limpa e de animais silvestres

Fonte: autor.

²⁶ É claro que não desenvolverei aqui a questão da rica mitologia *xingwana*, pois fugiria completamente aos propósitos do presente tópico. O que é importante reiterar é que, em todo caso, os povos indígenas investem simbolicamente seus territórios a seu próprio modo.

A contingência anterior é bem clara. Embora no texto da PNASPI haja explicitação do que consta na coluna de classe de respostas, não se explicita as atividades socioeconômicas que constam na primeira coluna. Nesse sentido, a primeira coluna é resultado de uma leitura e interpretação minhas do livro de Ribeiro (1970/2000), quando este autor forja o conceito de frentes de expansão ou frentes colonizadoras.

É verdade que cada uma das atividades socioeconômicas descritas na primeira coluna tem necessidades peculiares e afeta os povos indígenas de maneira igualmente peculiar. Para os grandes pecuaristas, p. ex., é necessário limpar o campo de seus habitantes humanos e ocupá-lo com cabeças de gado. Assim, faz-se necessária a ocupação permanente da terra. Por outro lado, no que se refere aos seringalistas, por exemplo, a terra não é um elemento importante, muito menos sua posse permanente se faz necessária. Conforme explica Ribeiro (1970/2000), as seringueiras, na floresta amazônica, encontram-se muito dispersas em meio a uma infinidade de outras espécies de plantas e árvores. Devido às técnicas rústicas que eram empregadas na extração do látex, logo os seringueiros se viam na necessidade de encontrar novos seringais, eventualmente encontrando também novos povos indígenas. Portanto, trata-se de uma frente muito mais móvel do que a pecuarista ou a agropecuarista, refletindo outras necessidades. A forma com que a pulverização aérea utilizada no agronegócio impacta os rios do entorno é distinta da forma com que os rios são afetados, p. ex., pelos garimpos, que empregam mercúrio para extração do ouro e acabam contaminando a água.

Em todo caso, contudo, essas atividades socioeconômicas no entorno das T. I. ou mesmo dentro delas acabam tendo como consequência a escassez de água limpa e de animais silvestres, que constituem elementos necessários à subsistência dos povos indígenas, afóra seus eventuais valores simbólicos.

Do texto da PNASPI ainda se pode estimar outra contingência relativa a problemas no âmbito da saúde indígena:

Figura 28 – Contingência 26-S: Contatos entre indígenas e sociedade envolvente

CA	CR	C
	Contatos mais intensos entre grupos indígenas e sociedade regional	Impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e outros recursos necessários à sobrevivência

Fonte: autor.

Essa contingência destaca mais uma das consequências advindas de contatos mais intensos entre grupos indígenas e a sociedade regional: a deterioração das condições sanitárias das aldeias e a redução da disponibilidade de recursos essenciais à sobrevivência.

Esse conjunto de problemas, explicitados nas contingências 25-S e 26-S, constitui o contexto antecedente para se estabelecer prioridades ambientais para uma PNASPI:

Figura 29 – Contingência 27-S: Gestão territorial e ambiental de T. I.

CA	CR	C
Pouca disponibilidade de água limpa e de animais silvestres; Condições sanitárias deterioradas nas aldeias indígenas	Preservar as fontes de água limpa; Construir poços ou captação à distância nas aldeias que não dispõem de água potável; Construir sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas aldeias mais populosas; Promover a reposição de espécies utilizadas na medicina tradicional; Controlar a poluição das nascentes e dos cursos d'água situados acima das Terras Indígenas	

Fonte: autor.

No texto da PNASPI, não está explícito nem implícito quais sejam os indivíduos a quem se destina o que consta na coluna “CR”. Tomando as três contingências descritas em conjunto e em sequência, percebe-se que as classes de respostas na contingência 27-S estão sob o controle de parte dos problemas. Outros problemas, como os descritos nas classes de respostas da contingência 25-S, exigem outros tipos de medidas. A PNASPI não descreve essas medidas, mas estratégias que visem à gestão territorial e ambiental de T. I. estão explicitadas em um Decreto bem mais recente, o Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012.

Por último, do texto da PNASPI também se podem inferir alguns contextos antecedentes que devem orientar as ações de saneamento desenvolvidas pelos Distritos em seus territórios.

Figura 30 – Contingência 28-S: Ações de saneamento básico

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
DSEI	Critérios epidemiológicos e estratégicos	Ações de saneamento básico	Água de boa qualidade; Destino adequado dos dejetos e lixos; Controle de insetos e roedores

Fonte: autor.

3.1.6. Ações específicas em situações especiais

Do texto da PNASPI, foi possível estimar um conjunto de situações especiais que requerem ações específicas. A seguir, essas situações e ações serão descritas na forma de contingências:

Figura 31 – Contingência 29-S: Ações das EMSI frente a povos isolados

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Equipes de saúde	Povos indígenas de pouco contato ou considerados isolados	Prevenir e controlar agravos à saúde, com normas técnicas específicas e ações de saúde especiais; Preparar e capacitar as equipes de saúde para essas situações; Assegurar a	Redução das consequências deletérias ocasionadas pelo contato

		quarentena pré e pós- contato; Imunizar a população; Estruturar um sistema de vigilância e monitoramento demográfico	
--	--	---	--

Fonte: autor.

A contingência 29-S trata dos casos de povos indígenas de pouco contato ou isolados. Embora a política indigenista oficial para os povos indígenas de pouco contato ou isolados destaque a importância do não contato, as ações especificadas na terceira coluna implicam contato, o que sugere que tais ações devam ser realizadas apenas em casos de extrema necessidade, sempre visando evitar e/ou diminuir as consequências deletérias que o contato produz tanto no que diz respeito à saúde, como também à vida social desses povos. Além disso, ainda no que se refere à terceira coluna, embora tenha sido inferido que as classes de respostas se refiram às Equipes de saúde, presumivelmente, há duas classes – preparar e capacitar as equipes de saúde para essas situações – que não se destinam a elas. Contudo, o texto da Política não fornece indícios de a quem compete preparar e capacitar as equipes de saúde para essas situações.

Por último, observe como a contingência 29-S apresenta verbos abstratos, que podem dificultar o governo do comportamento daqueles a quem se destinam as regras: estruturar, assegurar e, sobretudo, preparar e capacitar, sem explicitação, no caso dos dois últimos, dos comportamentos que os membros das EMSI devem apresentar para lidar adequadamente com a situação de contato com povos indígenas considerados isolados.

Outra situação especial que se pode estimar da PNASPI concerne aos povos localizados em regiões de fronteira:

Figura 32 – Contingência 30-S: Ações das EMSI frente a povos de fronteira

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Equipes de saúde	Povos indígenas	Prevenir e controlar	

	localizados em regiões de fronteira com outros países	agravos à saúde por meio de ações de saúde conduzidas em cooperação técnica com os países vizinhos	
--	---	--	--

Fonte: autor.

A terceira situação especial inferida da leitura da PNASPI concerne às exigências de estudos que avaliem as consequências sociais e à saúde advindas da implantação de projetos de desenvolvimento, como construção de barragens, estradas etc.

Figura 33 – Contingência 31-S: Situações onde há projetos de desenvolvimento

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Ambientalistas; Antropólogos etc	Áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento	Realizar estudos de naturezas diversas	Impactos sociais e à saúde das populações afetadas ponderados

Fonte: autor.

O texto da PNASPI não explicita quais são os estudos de naturezas diversas a serem realizados em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento. Portanto, as personagens constantes na primeira coluna não constam no texto da Política, mas, presumivelmente, devem estar presentes nesses estudos, dada a própria natureza da situação.

Figura 34 – Contingência 32-S: Ações de prevenção e controle de agravos à saúde

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Equipes de saúde	Impactos sociais e à saúde das populações afetadas	Implementar ações de prevenção e controle de agravos	

	ponderados; Concordância em implantar o projeto	sociais e à saúde	
--	---	-------------------	--

Fonte: autor.

A contingência anteriormente descrita explicita que, depois de o projeto ter sido aprovado e os impactos sociais e à saúde aos povos afetados terem sido avaliados, é ainda necessária a implementação de ações de prevenção e controle de agravos sociais e à saúde.

Outra situação especial que mereceu destaque no texto da PNASPI concerne à questão do alcoolismo, suicídio e outros problemas que assolam muitos grupos indígenas. Os fatores que levam a esses problemas não são simples, mas a PNASPI descreve três deles: a precariedade das condições de vida, a expropriação e a intrusão das T. I.

Figura 35 – Contingência 33-S: Agravos de violência

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Equipes de saúde	Agravos de violência (suicídio, homicídio, agressões, alcoolismo, dentre outros)	Acompanhar, monitorar e desenvolver ações de saúde	Redução dos agravos de violência

Fonte: autor.

Há dois pontos a serem salientados quanto à contingência acima descrita. Em primeiro lugar, observe como os verbos acompanhar, monitorar e desenvolver não especificam comportamentos e nem as circunstâncias sob as quais eles devem ser apresentados. Em segundo lugar, observe que as classes de respostas circunscritas nesses verbos genéricos estão sob o controle dos agravos listados na segunda coluna. Contudo, se esses agravos ocorrem, em parte, em decorrência da precariedade das condições de vida, da expropriação e da intrusão de T. I., torna-se muito claro que outras medidas também são necessárias para coibir esses agravos, medidas estas que, em sua maior parte, são concernentes à política de gestão

territorial e ambiental das Terras, política da qual se abordou por ocasião da explicitação e discussão da contingência 27-S.

A quinta situação especial inferida do texto da PNASPI se refere a doenças sexualmente transmissíveis.

Figura 36 – Contingência 34-S: Doenças sexualmente transmissíveis

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Equipes de saúde	Doenças sexualmente transmissíveis, em especial a AIDS	Prevenir e assistir aos povos indígenas; Priorizar a capacitação de multiplicadores, AIS e pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores dessas doenças	

Fonte: autor.

Outra situação especial na PNASPI diz respeito ao combate à fome e à desnutrição. Quanto a isso, o texto da Política prevê a implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, estabelecendo as diretrizes acerca de quais ações de saúde devem ser realizadas para combater o problema da fome e da desnutrição:

Figura 37 – Contingência 35-S: Programa de Segurança Alimentar

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
	Fome e desnutrição	Implantar o Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas; Incentivar a agricultura de	Combate à fome e à desnutrição

		subsistência; Utilizar tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa; Mobilizar esforços institucionais para garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável de recursos	
--	--	--	--

Fonte: autor.

Embora a PNASPI não saliente isto, é plausível pensar que as classes de respostas implicadas nos verbos genéricos utilizados na terceira coluna se destinem a sujeitos distintos, razão pela qual a primeira coluna está em branco. Ademais, observe como os verbos são abstratos: o que significa mobilizar esforços institucionais? Como incentivar a agricultura de subsistência? Como implantar o Programa de Segurança Alimentar? Essas são questões que ficam em aberto no texto.

Por fim, a última situação especial de que trata o texto da PNASPI, embora possam ser inferidas apenas as ações específicas, concerne às condições de habitação dos povos indígenas:

Figura 38 – Contingência 36-S: Desenvolvimento de projetos habitacionais

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
		Desenvolver projetos habitacionais adequados; Promover o reflorestamento de espécies utilizadas tradicionalmente na	

		construção de habitações indígenas	
--	--	---------------------------------------	--

Fonte: autor.

3.1.7. Responsabilidades institucionais e financiamento

O último tópico de que trata esta análise da PNASPI concerne às responsabilidades institucionais. No texto da Política, são explicitadas algumas atribuições de sete instituições e órgãos distintos, visando atingir as consequências da contingência 1-S.

Ministério da Saúde: responsável por gerir e dirigir a PNASPI. Embora no texto da Política conste que o órgão executor dos serviços e ações de saúde indígena seja a FUNASA, configura-se importante lembrar que as atribuições dessa Fundação passaram, desde 2010, à SESAI. Portanto, as atribuições da SESAI consistem em: estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da PNASPI, promover articulações com outras instâncias com vistas a atingir as consequências previstas na contingência 1-S, coordenar a execução das ações de saúde e assumir as responsabilidades sanitárias sobre as Terras Indígenas, implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena e, finalmente, desenvolver atividades que tenham como objetivo a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: responsáveis por atuarem de forma complementar na execução dos serviços e das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde. A PNASPI ressalta a importância de suas atuações especialmente na execução de programas especiais, como os de imunização, saúde da mulher etc.

FUNAI: responsável pela regularização fundiária, gestão territorial e ambiental das Terras Indígenas, proteção dos territórios e acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas pelos DSEI. O texto da PNASPI destaca o papel central da FUNAI na promoção da saúde indígena.

Ministério da Educação: contribui com a saúde indígena na medida em que ocorre o envolvimento das universidades em atividades de pesquisa e extensão, à medida que assegura o ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental para a formação dos AIS, na medida em que capacita e certifica os AIS e os outros profissionais de saúde que atuam na área e à medida que apoia o desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturais diferenciadas.

Ministério Público Federal: responsável por assegurar a garantia dos preceitos constitucionais aos povos indígenas. Pode ser acionado pelos próprios índios, suas organizações e comunidades, conforme dispõe o art. 232 da Constituição Federal de 1988.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS): a CONEP, comissão criada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), é responsável por elaborar e acompanhar a aplicação das normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos.

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI): órgão assessor do CNS cuja responsabilidade consiste em acompanhar a implementação da PNASPI em nível nacional. Ademais, esse órgão também deve recomendar medidas de correção à execução dessa Política.

Por fim, uma última contingência inferida do texto da PNASPI diz respeito ao financiamento das ações desenvolvidas pelos DSEI em suas respectivas extensões territoriais:

Figura 39 – Contingência 37-S: Financiamento da saúde indígena

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
SESAI, órgão do MS – Governo Federal	Montante da população; Situação epidemiológica; Características de localização geográfica	Financiar as ações desenvolvidas pelos DSEI	

Fonte: autor.

A classe de respostas da contingência acima é concernente ao orçamento da SESA, órgão este do MS, podendo, de acordo com o texto da PNASPI, “ser complementada [a ação financiada] por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 254, 2002, p. 24).

Além disso, os Estados e os municípios também devem complementar o financiamento, visto que a população indígena também está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. Por seu turno, a segunda coluna descreve os critérios que devem ser adotados à alocação de recursos financeiros aos diferentes DSEI.

3.2. Educação escolar indígena

Vimos no primeiro capítulo desta dissertação que a educação escolar indígena brasileira pode ser dividida em quatro fases, conforme salienta Ferreira (1992 *apud* Silva, 2000). Vimos também que, desde os anos 70, a educação escolar indígena tem sido pensada pelos próprios índios em novas bases, visando tornar uma escola que anteriormente era dos brancos para os índios em uma escola dos índios para os índios, segundo seus próprios costumes, crenças e tradições. No cerne desse movimento, forjou-se o conceito de educação diferenciada, o qual, como veremos mais adiante, é central no Decreto nº 6.861. Contudo, trata-se de questão importante realçar que o qualificativo “diferenciada” não deve ser entendido no sentido de que as situações de ensinar e aprender no contexto das escolas indígenas impliquem em processos comportamentais outros para além daqueles implicados no contexto de escolas não indígenas. Os processos são iguais, aliás, mesmo entre indivíduos de diferentes espécies, como revelaram à exaustão estudos no ramo experimental da Análise do Comportamento.

O qualificativo “diferenciada” deve ser entendido em um sentido fundamentalmente político e ético. Político no que se refere a diretrizes de como a educação escolar indígena deve ser organizada não apenas pelos e para os povos indígenas de modo geral, mas também por e para cada povo indígena em específico; ético no que se refere ao projeto de futuro mais ou menos próximo estabelecido por cada povo indígena.

O Decreto nº 6.861, de 27 de maio de 2009, o qual dispõe sobre a educação escolar indígena e a organiza em termos de territórios etnoeducacionais (TEE), apresenta 16 artigos. Logo nos seis incisos do art. 2º, descrevem-se os objetivos da educação escolar indígena:

- I – valorização das culturas dos povos indígenas e a afirmação e manutenção de sua diversidade étnica;
- II – fortalecimento das práticas socioculturais e da língua materna de cada comunidade indígena;
- III – formulação e manutenção de programas de formação de pessoal especializado, destinados à educação escolar nas comunidades indígenas;
- IV – desenvolvimento de currículos e programas específicos, neles incluindo os conteúdos culturais correspondentes às respectivas comunidades;
- V – elaboração e publicação sistemática de material didático específico e diferenciado; e
- VI – afirmação das identidades étnicas e consideração dos projetos societários definidos de forma autônoma por cada povo indígena.

Além desses objetivos, o início do Decreto contém informações sobre a legislação orientadora de toda a educação escolar indígena: o art. 231 da Constituição, os artigos 78 e 79 da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a Lei nº 10.172, de janeiro de 2001, a qual aprovou o Plano Nacional de Educação e o Decreto nº 5.051, o qual promulgou a Convenção nº 169 da OIT, que concerne aos povos indígenas e tribais do mundo.

Portanto, a primeira contingência que pode ser inferida a partir da leitura desse Decreto é a seguinte:

Figura 40 – Contingência 1-E: Proposição do modelo de educação escolar indígena em territórios etnoeducacionais

A quem se aplica a contingência	CA	CR	C
Ministério da Educação	Constituição Federal; LDB; Lei nº 10.172; Convenção nº 169 da OIT	Propor um modelo de educação escolar indígena em termos de territórios etnoeducacionais	Incisos I, II e VI do art. 2º do Decreto objeto de estudo

Fonte: autor.

Por meio do Decreto nº 6.861/09, o MEC propôs um modelo de educação escolar indígena em termos de TEE. Conforme consta no relatório final da I Conferência Nacional de Educação Escolar Indígena²⁷, a implantação dos TEE deveria acontecer somente com a anuência dos povos indígenas, razão pela qual, como ficará claro adiante, em boa parte do Nordeste, bem como nas regiões Sul e Sudeste, não há TEE.

Pela observação da contingência 1-E, é possível notar que a classe de respostas nela descrita merece um maior detalhamento. Assim, as contingências que serão descritas adiante concernem ao modo que esse modelo de educação escolar indígena está organizado. Para fins de esclarecimento dos resultados, as contingências que foram inferidas do Decreto ora objeto

²⁷ No âmbito da educação escolar indígena, apenas uma conferência nacional ocorreu: a I Conferência de Educação Escolar Indígena, em Luziânia, GO, de 16 a 20/11/2009, contando com representantes de 210 povos e 34 organizações indígenas. Em virtude do fato de essa Conferência ter ocorrido depois da promulgação do Decreto nº 6.861, ela não será analisada.

de estudo foram agrupadas em três tipos: 1) organização da educação escolar indígena em termos de TEE, 2) escolas indígenas e 3) financiamento.

3.2.1. Organização infraestrutural do modelo

O conceito de TEE é central para a compreensão de como se organiza a educação escolar indígena em seu aspecto infraestrutural na atualidade. A primeira contingência relacionada aos TEE que é possível de ser estimada a partir da leitura do texto do Decreto objeto de estudo é concernente às próprias delimitações de suas extensões:

Figura 41 – Contingência 2-E: Delimitação territorial de um TEE

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
MEC	<p>Critério:</p> <p>Cada TEE deve compreender as Terras Indígenas, mesmo que descontínuas, ocupadas por povos indígenas que mantêm relações caracterizadas por raízes sociais e históricas, relações políticas e econômicas, filiações linguísticas, valores e práticas culturais compartilhados</p>	<p>Delimitar a extensão de cada TEE</p>	<p>Escopos de ação de cada TEE definidos</p>

Fonte: autor.

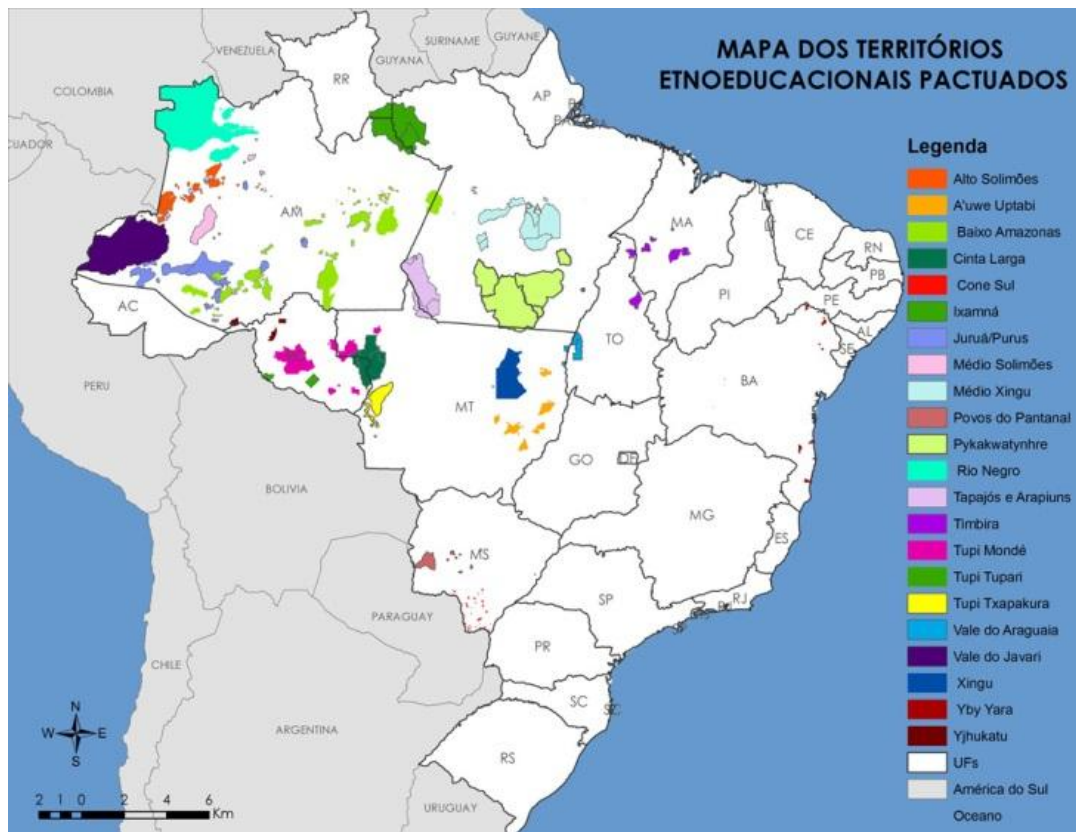
A classe de respostas descrita nessa contingência se refere ao MEC, isto é, a responsabilidade pela delimitação dos TEE é atribuída a esse Ministério, embora seja

explicitado que as comunidades indígenas envolvidas, a FUNAI, os Conselhos Estaduais de Educação Escolar Indígena, a Comissão Nacional de Educação Escolar Indígena (CNEEI), a Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI) e os entes federativos envolvidos devam ser ouvidos. Ademais, a contingência também põe em evidência o fato de que a delimitação de cada TEE deva ser feita segundo o critério descrito na segunda coluna.

Com efeito, um maior detalhamento a respeito do conceito de TEE pode ser encontrado a partir da leitura de uma Portaria mais recente, a Portaria nº 1.062, de outubro de 2013, que institui o Programa Nacional dos Territórios Etnoeducacionais (PNTEE).

Em 2013, após quatro anos da promulgação do Decreto objeto de exame, haviam sido delimitados e pactuados 22 TEE. A seguir, um mapa com seus nomes e localizações:

Figura 42 – Mapa dos Territórios Etnoeducacionais Pactuados



Fonte: Ministério da Educação (MEC). Em: etnicoracial.mec.gov.br/images/jpg/mapa_etnoeducacionais.jpg. Acesso em: 01 de out. de 2016, às 17h40.

O mapa anterior nos mostra que até o ano de 2013 não havia TEE nas regiões Sudeste e Sul do país. Além disso, percebe-se que há TEE, tal como o *A'uwe Uptabi*, que abrange

apenas um povo indígena, enquanto outros têm uma abrangência maior, com vários povos²⁸. Comparativamente, percebe-se que há muito menos TEE do que DSEI, visto que a organização da educação escolar indígena em TEE é muito mais recente (a partir do Decreto objeto de estudo) e, também, não foi pactuada por todos os povos indígenas.

Ainda comparativamente, é possível observar que há TEE cujas extensões coincidem com DSEI. São os casos, p. ex., do TEE Rio Negro e do DSEI Alto Rio Negro, ou ainda, do TEE Vale do Javari e do DSEI homônimo. Ademais, note-se também que enquanto os DSEI são localizados de maneira contínua no mapa, os TEE geralmente são representados por pontos ou em regiões bem específicas. Isso presumivelmente ocorre porque, como vimos, o critério para se delimitar TEE abrange apenas T. I.

O Decreto nº 6.861 permite estimar ainda uma contingência relativa às atribuições de um TEE:

Figura 43 – Contingência 3-E: Elaboração do Plano de Ação

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Comissão constituída por um representante do MEC; um representante de cada povo indígena abrangido pelo TEE ou de sua entidade; um representante da FUNAI e; um representante de cada entidade indigenista com notória atuação no campo da educação escolar indígena na abrangência do TEE. Em caráter obrigatório, os Secretários de	Critérios: Diagnóstico do TEE com descrição sobre os povos indígenas, população, abrangência territorial, aspectos culturais e linguísticos; Diagnóstico das demandas educacionais; Planejamento de ações para o atendimento das demandas educacionais; Descrição de	Elaborar o Plano de Ação para a educação escolar indígena em sua extensão territorial	Plano elaborado pela Comissão

²⁸ Segundo nos ensina Lopes da Silva (1982), *A'uwe* é a forma pela qual os Xavante se autodesignam. *A'uwe uptabi* significa algo como "gente de verdade".

<p>Educação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios abrangidos pelo TEE devem compor a comissão. Em caráter facultativo, a comissão pode contar com representantes do Ministério Público; de instituições de ensino superior; da rede de formação profissional e tecnológica e; de representantes de outros órgãos que desenvolvam ações voltadas à educação escolar indígena</p>	<p>responsabilidades de cada partícipe no que tange à educação escolar indígena, especialmente quanto à construção de escolas indígenas, à formação e contratação de professores indígenas e de outros profissionais da educação, à produção de material didático, ao ensino médio integrado à educação profissional e à alimentação escolar indígena e; Diretrizes curriculares nacionais da educação escolar indígena</p>		
---	---	--	--

Fonte: autor.

A segunda coluna da contingência 3-E descreve o conjunto de critérios que devem ser observados na elaboração do plano de ação de que trata a coluna “CR” da mesma contingência. Observe, contudo, que, da mesma forma do que foi discutido no que se refere às contingências de saúde indígena, os verbos planejar e elaborar não fornecem indícios sobre o que os sujeitos a quem se destinam essas regras devem fazer e nem sob quais circunstâncias.

Em seguida, com o plano elaborado, o Decreto prevê que a Comissão o submeta à consulta por parte das comunidades indígenas abrangidas no TEE, o que permite a inferência de outra contingência.

Figura 44 – Contingência 4-E: Aprovação do Plano pelas comunidades indígenas

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Comissão especificada na contingência 3-E	Plano elaborado pela Comissão	Submeter o Plano de Ação à consulta pelas comunidades indígenas abrangidas pelo TEE	Plano pactuado

Fonte: autor.

A leitura do Decreto permite estimar que o Plano de Ação pactuado junto às comunidades indígenas abrangidas por um dado TEE constitui parte do contexto antecedente para ações do MEC, conforme se pode observar na contingência descrita a seguir:

Figura 45 – Contingência 5-E: Apoio técnico e financeiro por parte do MEC

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
MEC	Critérios: Ações previstas e pactuadas no Plano de Ação de cada TEE;	Prestar apoio técnico e financeiro	Construção de escolas; Formação inicial e continuada de professores indígenas e de outros profissionais da educação; Ensino médio integrado à formação profissional e; Alimentação escolar indígena

Fonte: autor.

A contingência 5-E anteriormente descrita revela que o MEC deve prestar apoio técnico e financeiro com vistas a alcançar os objetivos descritos na coluna Consequência. Entretanto, o Decreto ressalta que esse apoio técnico e financeiro deve ser feito com base nas ações previstas e pactuadas no Plano de Ação elaborado pelas Comissões dos respectivos TEE.

Por fim, do texto do Decreto foi possível inferir outra atribuição da Comissão responsável pela elaboração do Plano de Ação, mas sem um maior detalhamento dos consequentes.

Figura 46 – Contingência 6-E: Acompanhamento da execução do Plano de Ação

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Comissão especificada nas contingências 3-E e 4-E	Ações previstas e pactuadas no Plano de Ação de cada TEE	Acompanhar a execução do Plano de Ação e promover sua revisão periódica	

Fonte: autor.

Neste ponto, observe que a mesma necessidade que exige que o MEC preste apoio técnico e financeiro (cf. contingência 5-E) também exige que a Comissão especificada nas contingências 3-E e 4-E acompanhe a execução do Plano de Ação e promova sua revisão periódica. Contudo, ressalte-se como os verbos acompanhar e promover são abstratos ou vagos. O que os membros dessa Comissão precisam fazer para acompanhar a execução do Plano de Ação e o que precisam fazer para promover sua revisão periódica são questões importantes para as quais o Decreto objeto de análise não fornece nenhuma pista de como respondê-las.

3.2.2. Escolas indígenas

O Decreto, nos incisos do art. 4º, apresenta quatro elementos que caracterizam as escolas indígenas:

- I – sua localização em terras habitadas por comunidades indígenas;
- II – exclusivamente de atendimento a comunidades indígenas;

- III – ensino ministrado nas línguas maternas das comunidades atendidas; e
 IV – organização escolar própria

Em seguida, no parágrafo único do referido artigo, consta que as escolas indígenas deverão ser criadas por iniciativa ou reivindicação das próprias comunidades interessadas ou, alternativamente, com sua anuência, respeitadas suas formas de representação.

Quanto ao funcionamento das escolas indígenas, começarei pela contingência passível de ser estimada do texto do Decreto no que diz respeito aos professores indígenas:

Figura 47 – Contingência 7-E: Formação de professores indígenas

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Instituições de curso superior	Diretrizes curriculares nacionais da educação escolar indígena	Formar professores indígenas	Constituição de competências que digam respeito a conhecimentos, valores, atitudes e habilidades apropriadas para a educação indígena; Elaboração, desenvolvimento e avaliação de currículos e programas próprios; Produção de material didático; e Utilização de metodologias adequadas de ensino e pesquisa

Fonte: autor.

A classe de respostas da contingência 7-E diz respeito ao fato de que compete às instituições formadoras de professores desenvolverem a formação de professores indígenas. Os cursos ofertados, conforme se observa na segunda coluna, devem estar adequados às diretrizes curriculares nacionais da educação escolar indígena. Por seu turno, a quarta coluna remete às ênfases dos cursos de formação, o que sugere que professores indígenas formados devam estar aptos a elaborar, desenvolver e avaliar currículos e programas próprios, a produzir materiais didáticos, a apresentar um conjunto de competências referenciadas em conhecimentos, valores, atitudes e habilidades apropriados à educação escolar indígena e a utilizar metodologias adequadas ao ensino e à pesquisa. Ademais, conforme está descrito no §2º art. 9º do Decreto nº 6.861/09 objeto de investigação, os cursos de formação podem ser feitos pelos indígenas concomitantemente à sua escolarização e/ou à sua atuação como professor(a).

O que se faz importante ressaltar em relação a essa contingência é a falta de especificidade da coluna referente às consequências. O que significa dizer que um indígena recém-formado precisa apresentar “competências referenciadas em conhecimentos, valores, atitudes e habilidades apropriados à educação escolar indígena”? Há duas questões aqui: em primeiro lugar, o que são competências ou, intercambiavelmente, conhecimentos, valores, atitudes e habilidades *apropriados* à educação escolar indígena? Segundo, qual a concepção de competência com a qual o Decreto trabalha? Vimos que competência e habilidade são termos polissêmicos (cf. SANTOS *et al.*, 2009). Melhor seria substituir a noção de competência pela de comportamento, especificando o que o indígena recém-formado deverá ser capaz de fazer, sob quais circunstâncias e produzindo quais consequências: os três termos da contingência.

No que tange especificamente ao terceiro item da coluna Consequência da contingência 7-E, o Decreto permite inferir antecedentes à produção de material didático e paradidático:

Figura 48 – Contingência 8-E: Produção de material didático e paradidático

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Professores indígenas	Critérios: O material deve ser publicado em versões	Produzir material didático e paradidático para	

	bilíngues, multilíngues ou em línguas indígenas; O conteúdo do material deve estar relacionado aos conhecimentos dos povos indígenas de interesse, levando em consideração a tradição oral	escolas indígenas	
--	---	-------------------	--

Fonte: autor.

Vimos na página 69 que afirmar que alguém precisa elaborar ou produzir materiais didáticos ou paradidáticos não especifica que comportamentos essa pessoa precisa apresentar e nem as circunstâncias sob as quais esses comportamentos devam ocorrer. Contudo, na contingência anteriormente descrita, uma questão adicional, referente à coluna “CA”, sobressai-se.

Implícita na segunda coluna há a concepção de que o que deve constar nos materiais didáticos são conteúdos. Contudo, já vimos no primeiro capítulo desta dissertação o problema do uso dessa metáfora, a qual pressupõe que o professor, que, neste caso, deve produzir materiais didáticos e paradidáticos para as escolas indígenas, seja um continente cheio de conhecimentos e o aluno, um continente vazio (KUBO; BOTOMÉ, 2002).

Ainda no que se refere à produção de materiais didáticos e paradidáticos, encontra-se um condicionante no texto do Decreto que trata dos casos em que a proposta de elaboração e produção de material didático implica recursos do MEC.

Figura 49 – Contingência 9-E: Análise das propostas de material didático

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Comissão instituída no MEC	Propostas de elaboração e produção de material	Analisar a proposta; Aprová-la ou não	

	didático e/ou paradidático		
--	-------------------------------	--	--

Fonte: autor.

A classe de respostas descrita na contingência anterior alude a uma comissão instituída no MEC para apoio à produção de material didático indígena, comissão esta que trata de analisar a proposta de elaboração e produção de material didático ou paradidático para aprová-la ou não. Entretanto, no texto do Decreto nº 6.861, não há nenhuma especificação de quais são os critérios que devem nortear a análise feita por essa Comissão.

Ainda no que diz respeito ao funcionamento das escolas indígenas, uma contingência que diz respeito à alimentação escolar pode ser estimada do texto do Decreto:

Figura 50 – Contingência 10-E: Alimentação nas escolas indígenas

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
	<p>Critério:</p> <p>Respeito aos hábitos alimentares das comunidades indígenas, considerados como tais as práticas tradicionais que integram a cultura e a preferência alimentar local;</p>	<p>Destinar alimentação às escolas indígenas</p>	

Fonte: autor.

Por fim, um último aspecto a ser salientado quanto ao funcionamento das escolas indígenas concerne às propostas pedagógicas para o ensino médio integrado à formação profissional dos alunos indígenas. A seguir, descreve-se uma contingência passível de ser inferida.

Figura 51 – Contingência 11-E: Propostas para o ensino médio integrado à formação profissional

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
	Critérios: Especificidades regionais e locais; Projetos de sustentabilidade formulados pelas comunidades indígenas	Apresentar propostas pedagógicas para o ensino médio integrado à formação profissional dos alunos indígenas	

Fonte: autor.

A contingência acima descrita põe em evidência o fato de que as propostas pedagógicas que tangem especificamente à integração entre o ensino médio e a formação profissional dos alunos indígenas devam ser articuladas às especificidades regionais e locais, bem como aos projetos de sustentabilidade que as comunidades indígenas formularem.

3.2.3. Responsabilidades institucionais e financiamento

Um dos últimos aspectos a ser descrito diz respeito ao financiamento da educação escolar indígena.

Figura 52 – Contingência 12-E: Atribuição do Poder Executivo

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
Poder Executivo	Critérios: Legislação orçamentária e financeira; Projetos a serem aprovados e; Dotações	Compatibilizar os projetos a serem aprovados com as dotações orçamentárias	

	orçamentárias anualmente consignadas ao MEC		
--	---	--	--

Fonte: autor.

A classe de respostas da contingência 12-E se refere ao fato de que cabe ao Poder Executivo compatibilizar os projetos a serem aprovados com as dotações orçamentárias anualmente consignadas ao MEC, respeitando toda a legislação orçamentária e financeira vigente. No entanto, observe, mais uma vez, como o Decreto carece de operacionalização não apenas dos comportamentos a serem apresentados, desta vez, pelo Poder Executivo, como também das circunstâncias sob as quais esses comportamentos devam ocorrer, empregando, desta feita, o verbo vago e abstrato compatibilizar.

Além disso, o texto do Decreto objeto de estudo explicita algumas das atribuições do MEC em relação à educação escolar indígena, mas sem maior detalhamento referente aos contextos antecedentes e consequentes para as atribuições previstas, o que pode ser observado na contingência 13-E, apresentada abaixo:

Figura 53 – Contingência 13-E: Competências do MEC

A quem se destina a contingência	CA	CR	C
MEC		Coordenar a implantação, o acompanhamento e a avaliação da educação escolar indígena, respeitada a autonomia e mantidas as responsabilidades e competências dos entes federativos	

Fonte: autor.

Em relação às responsabilidades e competências dos entes federativos, vale reiterar que, de acordo com o Decreto nº 26, de 4 de fevereiro de 1991, cabe às Secretarias de

Educação dos Estados e Municípios desenvolver as ações no âmbito da educação escolar indígena.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das análises feitas da Portaria nº 254/02 e do Decreto 6.861/09, foi possível estimar, do primeiro documento, 37 contingências, 13 das quais dizem respeito aos aspectos infraestruturais do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, uma aborda os fundamentos do próprio campo da saúde indígena brasileira, 10 são concernentes à atuação dos profissionais de saúde, quatro tratam das relações entre o território indígena e a saúde, 8 concernem a situações especiais que exigem ações de saúde específicas e, finalmente, uma contingência que trata do financiamento do modelo. Do segundo documento, foi possível estimar 13 contingências, cinco que dizem respeito aos aspectos infraestruturais do modelo de educação escolar indígena, uma concernente aos próprios fundamentos da educação escolar indígena brasileira, cinco que se referem às escolas indígenas e aos seus funcionamentos e, finalmente, duas que tratam especificamente das responsabilidades institucionais e do financiamento do modelo.

Os dois documentos citados anteriormente são considerados referências aos campos sobre os quais tratam: o primeiro sistematizando as recomendações das I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena; o segundo apresentando uma proposta inovadora de organização do modelo de educação escolar indígena brasileira em termos de TEE.

Entretanto, documentos oficiais que constituem conjuntos de regras não devem ser, conforme salientam Santos *et al.* (2009), nem tão abstratos nem tão minuciosos; trata-se de encontrar um meio termo, um equilíbrio. Um limite dos dois documentos examinados nesta pesquisa, a Portaria 254/02 e o Decreto 6.861/09, é que ambos fazem uso frequente de verbos muito abstratos e vagos, os quais não definem nem comportamentos que aqueles a quem se destinam as regras especificadas devem apresentar, nem as circunstâncias sob as quais esses comportamentos devam ocorrer. Ao todo, vinte verbos dessa natureza foram identificados: planejar, estabelecer, referenciar, elaborar, organizar, construir, valorizar, promover, estruturar, assegurar, preparar, capacitar, acompanhar, monitorar, desenvolver, mobilizar, incentivar, implantar, produzir e compatibilizar (cf. a discussão das contingências).

Além disso, o exame dos dois documentos também permitiu indicar algumas lacunas neles presentes. Em relação à Portaria 254/02, é possível destacar algumas delas nos seguintes pontos:

1. Nenhuma visibilidade ao tema da saúde da mulher indígena, mesmo reconhecendo que à época, como indica o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, a discussão desse tema já era necessária.

2. No que diz respeito à consequência da contingência 2-S, não há explicitação de quaisquer parâmetros ou critérios de avaliação da adequabilidade da delimitação territorial proposta para um determinado DSEI. Ainda no que se refere a essa contingência, ressalta-se a pouca clareza de como os critérios que constituem contextos antecedentes se relacionam ao comportamento de delimitar territorialmente um dado Distrito.
3. Em relação à contingência 5-S, argumenta-se que a falta de clareza do que seja um atendimento *que leve em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo* dificulta o entendimento do próprio critério que condiciona a diferenciação de financiamento às instituições do SUS.
4. Como se observa pela contingência 16-S, o texto da PNASPI carece de explicitação da frequência com que a EMSI deve realizar a atenção básica nas aldeias.
5. No que se refere às contingências 20-S e 21-S, argumenta-se que, embora o texto da PNASPI indique que as instituições de ensino serão estimuladas a propor conhecimentos e tecnologias adequados à solução dos problemas de interesse das comunidades indígenas e a criar programas que facilitem a inserção indígena, não há especificação da natureza dessas estimulações propriamente ditas.
6. No que tange à contingência 22-S, a consequência é descrita de maneira tão ampla que não serve como dica do que se espera que ocorra quando os gestores dos DSEI se comportam da maneira que lhes são especificadas.
7. O texto da PNASPI não especifica a quem cabe preparar e capacitar as equipes de saúde para atuarem em situações onde se constata a presença de povos indígenas isolados.
8. Embora fundamental à PNASPI, o conceito de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas é muito pouco operacionalizado. Para fins dessa operacionalização, a Análise do Comportamento tem a contribuir ao indicar que a atenção, assim como qualquer outro processo comportamental, deve ser entendida nas interações do organismo com o ambiente. Portanto, no que se refere aos profissionais de saúde, uma maneira de operacionalizar esse conceito consiste em responder às seguintes perguntas: que tipos de interações que os profissionais não indígenas devem manter com os usuários do Subsistema, isto é, com os índios, para que a atenção à saúde ofertada seja

considerada diferenciada? Como produzir esses tipos de interações nas comunidades indígenas?

9. Não há explicitação (a) das concepções de “competência” e “habilidade” com as quais o texto da PNASPI opera e (b) de quais são as “competências” e “habilidades” esperadas de um AIS formado no curso de capacitação. Dias-Scopel (2005), ao escrever sobre os serviços oficiais de saúde indígena na T. I. Laklãnõ, afirma que o Pólo-Base responsável pela execução dos serviços e das ações de saúde indígena nessa Terra disponibilizava aos AIS uma cartilha que continha informações sobre o que eles deveriam fazer. Entretanto, de maneira geral, pelo menos no que se refere a uma perspectiva analítico-comportamental, há três problemas quanto às atribuições especificadas: em primeiro lugar, muitos comportamentos são definidos em termos estritamente topográficos, o que significa dizer que não eram referenciados os contextos antecedente e consequente; em segundo lugar, mesmo topograficamente considerados, alguns comportamentos ainda não eram bem definidos, visto faltar-lhes especificações quanto a propriedades importantes, tais como a frequência, por exemplo; em terceiro lugar, muitas atribuições eram descritas com os mesmos verbos vagos que já examinamos. A seguir, consta o que está na cartilha, segundo Dias-Scopel (2005, p. 170): (I) visitas domiciliares; (II) cadastrar e atualizar as famílias nas aldeias; (III) Identificar as famílias expostas à situação de risco; (IV) Realizar acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; (V) Realizar acompanhamento, através da visita domiciliar, da medicação prescrita pelo médico; (VI) Realizar as ações coletivas previstas no Plano de Saúde Bucal, orientando dieta e higiene bucal; (VII) Promover educação em saúde e mobilização comunitária; (VIII) Conversar com as pessoas e explicar o objetivo da visita; (IX) Identificar, comunicar e registrar nascimentos, óbitos e encaminhar pacientes para tratamento; (X) Fazer o controle mensal de peso e altura das crianças e gestantes; (XI) Acompanhar a aplicação do esquema básico de vacinas; (XII) Acompanhamento dos programas existentes nas aldeias: Saúde da Mulher, Criança, Idoso; (XIII) Relatório mensal de atividades; (XIV) Conhecer a Política Nacional de Saúde; (XV) Conhecer e controlar o Controle Social; (XVI) Orientar a comunidade sobre a forma de funcionamento dos serviços de referência.

Em relação ao Decreto 6.861/2009, é possível destacar as lacunas nos seguintes pontos:

1. No que se refere à contingência 7-E, é possível observar que o que se espera de um professor indígena recém-formado é descrito de maneira pouco operacionalizada, não sendo especificados os três termos das contingências de reforço.
2. Em relação à contingência 9-E, não há nenhuma especificação de quais são os critérios que devem orientar a Comissão do MEC na análise das propostas de elaboração e produção de materiais didáticos e/ou paradidáticos às escolas indígenas.

Reitere-se mais uma vez que as análises feitas foram apenas incipientes, mas indicam possíveis contribuições da Análise do Comportamento no exame de documentos oficiais e em seus eventuais aprimoramentos. A clareza com que esses documentos devem descrever regras é importante, como dito, por dois motivos: 1) permite um controle mais acurado do comportamento daqueles a quem se dirigem essas regras e 2) pode servir como um instrumento de contracontrole (DELGADO, 2002; SKINNER, 1971/1973), à medida que permite a todos os interessados saber e, na medida do possível, agir de acordo com esse entendimento, o que certos sujeitos devem fazer, sob quais circunstâncias e produzindo quais consequências.

Nesta pesquisa, o objetivo consistiu em proceder a um exame da Portaria nº 254/02 e do Decreto 6.861/09 aplicando o modelo das contingências de reforço. Esse exame foi orientado no sentido de avaliar quão claras eram as proposições desses documentos. Como principais resultados, encontrou-se que, embora ambos os documentos representem avanços importantes em seus respectivos campos, ainda assim, são textos pouco operacionalizados, frequentemente empregando verbos abstratos ou vagos que não definem comportamentos a serem apresentados e nem as circunstâncias ambientais para tal. No entanto, ainda que esteja longe de se tratar de um exame conclusivo, penso que há dois caminhos para futuras investigações, as quais, assim como ocorreu com a presente pesquisa, não podem prescindir de certo conhecimento, mesmo que incipiente, do que têm sido produzido em termos bibliográficos no âmbito da Etnografia, Etnologia e Antropologia Indígenas brasileiras, haja vista que é justamente nesse âmbito onde se encontram pesquisadores e pesquisadoras que têm se debruçado há muito mais tempo sobre os temas tratados nesta pesquisa – indigenismo brasileiro.

O primeiro caminho consiste em proceder, depois da elucidação de eventuais obscuridades e lacunas, a sugestões de novas redações dos dois documentos oficiais aqui

examinados, de tal modo que essas novas redações não sejam nem tão minuciosas, nem tão abstratas, mas que possam exercer um controle acurado sobre o comportamento daqueles a quem elas se destinam. Este caminho está inscrito no âmbito da elaboração documental de Políticas Públicas.

O segundo caminho diz respeito a aspectos aplicados de Políticas Públicas, no sentido de investigar o que ocorre efetivamente *em campo*, sobretudo no que concerne à saúde e educação escolar indígenas. Sem sombra de dúvidas, trata-se de um caminho muito mais longo, o qual envolve questões delicadas no âmbito do que se tem chamado de Análise Comportamental da Cultura e as quais não poderiam ser tratadas neste espaço com a devida atenção que merecem, mas que, a médio e longo prazo, pode trazer como resultados bons frutos.

5. REFERÊNCIAS

ANDERY, M. A. P. A.; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P. A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Belém, PA, v. 1, n. 2, p. 149-165, 2005.

BIGIO, E. S. A ação indigenista brasileira sob a influência militar e da Nova República (1967-1990). **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v. 4, n. 2, p. 13-93, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 fev. 1991. Seção 1, p. 2486.

_____. Decreto nº 26, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre a Educação Indígena no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 fev. 1991. Seção 1, p. 2487.

_____. Decreto nº 1.141, de 5 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mai. 1994, Seção 1, p. 7443.

_____. Decreto nº 1.775, de 8 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o procedimento administrativo de demarcação das terras indígenas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jan. 1996. Seção 1, p. 265.

_____. Decreto nº 6.861, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a Educação Escolar Indígena, define sua organização em territórios etnoeducacionais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mai. 2009. Seção 1, p. 23.

_____. Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012. Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas – PNGATI, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jun. 2012. Seção 1, p. 9.

_____. Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da “Fundação Nacional do Índio” e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 dez. 1967. Seção 1, p. 12447.

_____. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 dez. 1973. Seção 1, p. 13177.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 fev. 2002. Seção 1, p. 46.

_____. Portaria nº 1.062, de 30 de outubro de 2013. Institui o Programa Nacional dos Territórios Etnoeducacionais – PNTEE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 212, 31 out. 2013. Seção 1, p. 44.

BUENO, A. C. V. **Os Irantxe e Myky do Mato Grosso**: um estudo do parentesco. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

BULZICO, F.; CAMPOS, D. C. Jovens Indígenas Terena e “Projeto de Vida”: relato de uma experiência de estágio. In: CAMPOS, D. C.; JÚNIOR, E. G.; CARDOSO, H. F.; FEIJÓ, M. R.; CAMARGO, M. L. (Orgs.). **Psicologia Organizacional e do Trabalho**: Atuação em Gestão de Pessoas e Orientação Profissional. Bauru: Joarte, 2015, p. 249-264.

CABRAL, M. P. “E se todos fossem arqueólogos?”: experiências na Terra Indígena Wajãpi. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 115-132, 2014.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014.

CARRARA, K. (2015a). **Uma ciência sobre “coisa” alguma: relações funcionais, comportamento e cultura**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 190 p.

CARRARA, K. (2015b). Seleção pelas consequências como norte funcional para políticas públicas. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E. (Orgs.). **Cultura, democracia e ética: reflexões comportamentalistas**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 97-136.

CARVALHO, I. C. V. **Contingências e metacontingências na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB**. 2013. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência Contra a Pessoa. In: **Relatório – Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2015**. p. 77-114, 2015.

DAHER, D. V.; SANTOS, L. P.; PEREIRA, V. C. Articulação entre saberes: etnografia da atenção à saúde no contexto guarani mbya de Paraty – RJ. **Tellus**, Campo Grande, MS, v. 10, n. 19, p. 163-183, 2010.

DELPRATO, D. J. Countercontrol in behavior analysis. **The Behavior Analyst**, Portage, MI, v. 25, n. 2, p. 191-200, 2002.

DIAS-SCOPEL, R. P. **O Agente Indígena de Saúde Xokleng: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde**. 2005. 178 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

GLENN, S. S. Metacontingencies in Walden Two. **Behavior Analysis and Social Action**, Chicago, IL, v. 5, n. 1-2, p. 2-8, 1986.

GUERIN, B. Social behavior as discriminative stimulus and consequence in social anthropology. **The Behavior Analyst**, Portage, MI, v. 15, n. 1, p. 31-41, 1992.

_____. Generalized social consequences, ritually reinforced behaviors, and the difficulties of analyzing social contingencies in the real world. **Experimental Analysis of Human Behavior Bulletin**, Portage, MI, v. 13, n. 1, p. 11-14, 1995.

_____. The Starting Point: Resources and Populations. In: _____. **Handbook for Analyzing the Social Strategies of Everyday Life**. Reno, NV: Context Press, 2004. cap.1, p. 13-47.

_____. A Framework for Decolonization Interventions: Broadening the Focus for Improving the Health and Wellbeing of Indigenous Communities. **Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Communities Health**, Edmonton, AB, v. 8, n. 3, p. 61-83, 2010.

_____. **Extending Behavior Analysis to Contextual Analysis**. XXIV Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamento, ABPMC. (Minicurso ministrado em ago. 2015).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Indígena 2010**. Brasil. 2010.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: as possibilidades nas diretrizes curriculares. In:

BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, F. S.; INGBERMAN, Y. K.; MOURA, C. B.; SILVA, V. L. M.; OLIANI, S. M. (Orgs.). **A história e os avanços, a seleção por consequências em ação**. Santo André, SP: ESETec, 2002, p. 483-496. (Coleção Sobre Comportamento e Cognição, v. 11).

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIJK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LARAIA, R. B. Nossos contemporâneos indígenas. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (Orgs.). **A temática indígena na escola: Novos subsídios para professores de 1º e 2º graus**. 1. ed. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, p. 261-289.

MARTINS, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde: Contingências e Metacontingências nas Leis Orgânicas da Saúde**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2009.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. (2009). Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html#topo>. Acesso em 9 de fev. 2017.

MELATTI, J. C. **A Antropologia no Brasil: Um Roteiro**. Brasília: Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, 2007. 64 p. (Série Antropologia, v. 38). (Originalmente publicado em 1983).

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Brasília, DF, 1986.

_____. **II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas**. Luziânia, GO, 1993.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Luziânia, GO, 2001.

MONSERRAT, R. M. F. Línguas Indígenas no Brasil Contemporâneo. In: GRUPIONI, L. D. B. (Org.). **Índios no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994, p. 93-104.

NIMUENDAJÚ, C. Os Índios Parintintin do Rio Madeira. **Journal de la Société des Américanistes**, Paris, tomo 16, p. 201-278, 1924.

OLIVEIRA, J. P. “Eu evito muito criar coisas que sejam mitos, nas cabeças dos outros e na minha própria”. **Ñanduty**, Dourados, MS, v. 1, n. 1, p. 138-153, 2012. (Entrevista concedida a Jorge Eremites de Oliveira e Mário Teixeira de Sá Júnior no dia 8 de dezembro de 2011).

OLIVEIRA, R. C. Identidade e estrutura social. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 243-263, 1978.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. (1989). **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais**. 5. ed. Brasil, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS, 1978.

RIBEIRO, D. (1970). **Os índios e a civilização: A integração das populações indígenas no Brasil moderno**. 1. ed. 1. reimp. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda., 2000, 559 p.

SAMPAIO, A. A. G.; ANDERY, M. A. P. A. Comportamento Social, Produção Agregada e Prática Cultural: Uma Análise Comportamental de Fenômenos Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 183-192, 2010.

SANTOS, G. C. V.; KIENEN, N.; VIECILI, J.; BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. “Habilidades” e “Competências” a desenvolver na capacitação de psicólogos: uma contribuição da análise do comportamento para o exame das diretrizes curriculares. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 131-145, 2009.

SCOPEL, D. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas**: Práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. 262 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

SEEGER, A. A identidade étnica como processo: os índios Suyá e as sociedades do alto Xingu. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 156-175, 1978.

SILVA, M. A. P. L. Expressão Mítica da Vivência Histórica: Tempo e Espaço na Construção da Identidade Xavante. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 200-214, 1982.

_____. Mitos e cosmologias indígenas no Brasil: breve introdução. In: GRUPIONI, L. D. B. (Org.). **Índios no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994, p. 75-82.

SILVA, R. H. D. Movimentos indígenas no Brasil e a questão educativa: Relações de autonomia, escola e construção de cidadanias. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 95-112, 2000.

SKINNER, B. F. (1953). **Ciência e Comportamento Humano**. Trad. João Cláudio Todorov e Rodolfo Azzi. 11. ed. 2. reimp. São Paulo: Martins Fontes, 2011, 489 p.

_____. (1968). **Tecnologia do Ensino**. Trad. Rodolfo Azzi. São Paulo: Herder, EDUSP, 1972, 260 p.

_____. (1971). **Beyond Freedom and Dignity**. England: Penguin Books, 1973, 218 p.

_____. (1974). **Sobre o behaviorismo**. Trad. Maria da Penha Villalobos. 10. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2006, 216 p.

SOUZA, D. G. O conceito de contingência: um enfoque histórico. **Temas em Psicologia**, SBP, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 125-136, 2000.

TEIXEIRA, C. C. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 99-128, 2010.

TEIXEIRA, R. F. A. As línguas indígenas no Brasil. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (Orgs.). **A temática indígena na escola: Novos subsídios para professores de 1º e 2º graus**. 1. ed. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, p. 291-315.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M.; PRUDÊNCIO, M. R. A.; PEREIRA, G. C. C. O Estatuto da Criança e do Adolescente como Metacontingência. In: BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, F. S.; INGBERMAN, Y. K.; SILVA, V. L. M.; OLIANI, S. M. (Orgs.). **Contingências e metacontingências: contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta**. Santo André, SP: ESETec, 2004, p. 44-51. (Coleção Sobre Comportamento e Cognição, v. 13).

VILLAS-BOAS, O.; VILLAS-BOAS, C. (1970). **Xingu: os índios, seus mitos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974, 211 p.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A autodeterminação indígena como valor. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 233-242, 1981.

_____. “No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é”: entrevista. [26 de abril, 2006]. São Paulo: **Povos Indígenas no Brasil** – ISA. Entrevista concedida à equipe de edição do livro Povos Indígenas no Brasil 2001/2005, do ISA. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/No_Brasil_todo_mundo_é_índio.pdf. Acesso em: 12 abr. 2016.

6. ANEXOS

ANEXO 1 – Fases do processo demarcatório em que se encontram as Terras Indígenas

Quadro 3 – Fases do processo em que se encontram as Terras Indígenas.

FASE DO PROCESSO	QTDE	SUPERFÍCIE (ha)
DELIMITADA	28	2.386.006,0000
DECLARADA	45	1.531.824,0000
HOMOLOGADA	13	1.501.460,0000
REGULARIZADA	467	105.748.432,0000
TOTAL	553	111.167.122,0000
EM ESTUDO	126	0,0000
PORTARIA DE INTERDIÇÃO	5	668.892,0000

Fonte: FUNAI²⁹.

Anteriormente a qualquer explicação acerca dos dados do Quadro, convém ressaltar que ele não se refere às reservas indígenas e colônias agrícolas, cujas definições são encontradas, respectivamente, nos arts. 27 e 29 do Estatuto do Índio, mas sim às terras tradicionalmente ocupadas pelos índios, as quais, segundo o §1º do art. 231 da CF/88, são aquelas habitadas pelos índios em caráter permanente, “as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições”.

O primeiro passo no processo de regularização fundiária concerne a estudos feitos por um grupo técnico especializado que visam à identificação e à delimitação da Terra Indígena em questão. Como se observa no Quadro, atualmente, 126 Terras estão nessa fase do processo.

Depois de o grupo ter realizado os estudos e elaborado um relatório circunstanciado indicando a Terra Indígena a ser demarcada, cabe à presidência da FUNAI aprovar esse relatório e fazer publicar um resumo dele no Diário Oficial da União, no Diário Oficial da

²⁹ Disponível em: www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas. Acesso em: 07 de jul. de 2016.

Unidade Federada em que se encontrar a Terra Indígena objeto de demarcação, bem como fixar na sede da Prefeitura Municipal onde se encontra a Terra Indígena objeto de demarcação um memorial descritivo e o mapa da área. Desde o início do procedimento demarcatório até noventa dias depois da publicação desses materiais, há a possibilidade de contestações por terceiros quanto à área a ser demarcada. As 28 Terras delimitadas são essas cujas áreas foram publicadas, porém ou estão em período do contraditório, ou estão em análise pelo Ministro da Justiça.

Encerrado o prazo do contraditório, a FUNAI deve enviar o relatório circunstanciado, com as provas e razões apresentadas por terceiros, ao Ministro da Justiça, o qual deve aprová-lo, reprová-lo ou prescrever diligências que julga ser necessárias. Em tendo o relatório sido aprovado, o Ministro da Justiça emite uma Portaria e a Terra Indígena em questão passa a ser declarada, o que permite à FUNAI demarcá-la fisicamente, com a materialização dos marcos e georreferenciamento. Conforme se pode observar no Quadro 3, são 45 Terras que se encontram nessa fase do processo.

Em seguida, a Terra Indígena declarada mediante Portaria passa pela homologação mediante Decreto Presidencial. Do Quadro 3, observe-se que 13 Terras se encontram nessa situação. Em até 30 dias após o Decreto homologatório, compete à FUNAI promover o registro da referida Terra no cartório imobiliário da comarca correspondente e na Secretaria do Patrimônio da União do Ministério da Fazenda, conferindo à Terra *status* de regularizada. Pelo Quadro 3, percebe-se que são 467 Terras nessa situação.

Por último, há ainda aquelas Terras para as quais, como se vê no Quadro 3, aplica-se Portaria de Interdição. Essas Terras são aquelas onde se constata a presença de povos indígenas isolados, dentro das quais há restrições quanto ao ingresso de terceiros. Pelo Quadro anteriormente apresentado, observe-se que há cinco Terras Indígenas nessa situação.

ANEXO 2 – A insuficiência do verbo planejar na descrição de contingências: um caso enxadrístico



Spassky 1x0 Taimanov, 1955.

A posição do diagrama acima ocorreu na partida Spassky x Taimanov, em Moscou. Como a seta aponta, as pretas jogaram seu peão da casa g7 a g5, atacando o cavalo das brancas em h4. Que lance as brancas deveriam fazer? Se lhes fossem dito que elas precisassem **planejar** um final que lhes fosse favorável, isso não especificaria que comportamentos elas precisariam apresentar e nem as circunstâncias ambientais para apresentá-los. Uma alternativa muito melhor consiste no seguinte: em primeiro lugar, antes de qualquer coisa, é necessário **contar** o material das brancas e o material das pretas e depois **compará-los**. As brancas têm sete peões, dois cavalos, um bispo, duas torres e uma dama, enquanto as pretas têm sete peões, um cavalo, dois bispos, duas torres e uma dama. Portanto, em termos de material, é possível dizer que o jogo está equilibrado.

Em seguida, deve-se **analisar** a posição sob o viés de princípios e elementos básicos do xadrez. Nesse sentido, percebe-se que as brancas já fizeram o roque, colocando seu rei em um local seguro, enquanto o rei preto se encontra exposto no centro, podendo levar xeque da dama branca através da casa h5 e sendo cortado pela torre branca de d1. As duas torres brancas estão muito ativas: a de d1 exercendo controle em toda a coluna, enquanto a de a1 exerce controle na coluna semiaberta, pressionando o peão das pretas em a6. As pretas têm

um par de bispos, o que pode representar uma vantagem sobre o cavalo e bispo das brancas ou dois cavalos das brancas se houver troca de materiais e a partida for conduzida a um final de jogo. As pretas têm um peão atrasado em f6, o que torna a casa f5 uma fraqueza importante na posição delas. Por último, percebe-se que o cavalo das brancas em h4 está sendo atacado pelo peão das pretas em g5, o que exige uma jogada urgente por parte das brancas.

Depois dessas análises, é necessário *calcular* variantes concretas. A primeira que salta aos olhos é tirar o cavalo de h4 e jogá-lo em f5. Mas a isso as pretas respondem com cavalo de e7 captura cavalo de f5. As brancas não podem capturar de peão porque, caso o façam, o bispo das pretas em b7 captura a dama em f3 e, em seguida, a torre em d1. Portanto, as brancas têm de capturar o cavalo das pretas em f5 com sua dama, permitindo uma troca de damas e a condução para um final de jogo confortável às pretas.

A segunda variante que se sobressai a partir da posição do diagrama é dar um xeque no rei preto com a dama branca em h5. As pretas têm somente duas opções: cobrir o xeque jogando o cavalo de e7 em g6 ou jogando a dama em f7. No primeiro caso, as brancas, com seu cavalo de h4, capturam o cavalo das pretas em g6. Por seu turno, as pretas não podem capturar o cavalo das brancas em g6 com seu peão de h7, pois então as brancas, com sua dama, capturam a torre das pretas em h8, obtendo vantagem material. As pretas até poderiam tentar jogar sua dama em f7, ao invés de capturar o cavalo das brancas com seu peão de h7. Contudo, a isso, as brancas responderiam jogando a dama em h3, ameaçando mate em d7 caso a dama das pretas capture o cavalo das brancas em g6. Portanto, o que as pretas têm a fazer depois do xeque das brancas em h5 é cobri-lo jogando sua dama em f7 e trocando damas, sem vantagens às brancas.

A terceira variante, menos evidente que as outras duas, é jogar o cavalo de c3 em d5, ameaçando capturar o peão das pretas em c7, dando xeque no rei e tomando a dama ou a torre. As pretas não devem responder capturando, com seu bispo de b7, o cavalo das brancas, pois se o fizerem, as brancas capturam com seu peão de e4 o bispo das pretas em d5 e a dama das pretas é obrigada a se mover. Pelo contrário, as pretas respondem capturando com o seu cavalo de e7 o cavalo das brancas em d5. Agora, se o peão das brancas em e4 captura o cavalo das pretas em d5, as pretas simplesmente capturam o cavalo das brancas em h4 com seu peão de g5. Por sua vez, as brancas capturam a dama das pretas com seu peão de d5, mas as pretas capturam a dama das brancas com seu bispo de b7, levando a um final de jogo equilibrado entre os dois lados.

A dica à execução do lance certo advém de uma das variantes. Quando as brancas deram um xeque com a dama em h5 e as pretas cobriram o xeque jogando sua dama em f7, as

brancas poderiam dar um xeque com sua torre de d1 em d8, fazendo com que o rei preto deixasse a defesa de sua dama, perdendo-a. O que impede esse xeque da torre branca de d1 em d8 é a torre das pretas em a8. Portanto, o que deve ser feito?

O lance correto e vencedor, jogado por Spassky na partida, foi capturar com o cavalo de c3 o peão das pretas em b5. Esse lance ameaça capturar o peão das pretas em c7, dando xeque e capturando a dama ou a torre. Contudo, diferentemente de jogar cavalo em d5, trata-se de um lance que já captura um peão e, depois das pretas capturarem o cavalo das brancas em b5 com seu peão de a6, permitem a troca das torres na coluna a. Na partida, depois que as pretas, com seu peão de a6, capturaram o cavalo das brancas em b5, as brancas deram xeque jogando a dama em h5. As pretas, então, tiveram que responder encobrendo o xeque com dama f7. As brancas, com sua torre de a1, capturaram a torre das pretas em a8, dando outro xeque. As pretas, por seu turno, tiveram que capturar a torre das brancas com seu bispo de b7. As brancas, então, com sua torre de d1, deram um xeque no rei preto em d8. O rei preto, obrigado a capturar a torre, abriu mão da defesa da dama, a qual foi capturada pelas brancas na jogada seguinte.

Em tudo isso, afirmar que as brancas, a partir da posição do diagrama, precisaram *planejar* um final que lhes fosse favorável não é de todo errado, mas também não diz nada. Elas, mais bem, precisaram *contar* os materiais de cada lado e *compará-los* para descobrir se havia desequilíbrio material ou não; *analisar* as características gerais da posição de acordo com princípios e elementos básicos do xadrez; *calcular* algumas variantes; *avaliar* o quanto eram efetivas em termos dos finais de jogo a que conduziriam; *compará-las*; *escolher* dentre as variantes disponíveis e, finalmente; *realizar* o lance. Todos esses comportamentos, vale frisar, ocorreram de forma encoberta.