

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

KATIANE RIBEIRO DA CRUZ

OS DESAFIOS DA PARTICIP(AÇÃO) INDÍGENA
NA SAÚDE INDIGENISTA

São Luís
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KATIANE RIBEIRO DA CRUZ

**OS DESAFIOS DA PARTICIP(AÇÃO) INDÍGENA
NA SAÚDE INDIGENISTA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Maria Beserra
Coelho

São Luís

2007

Cruz, Katiane Ribeiro da

Os Desafios da Participação Indígena na Saúde Indigenista/ Katiane Ribeiro da Cruz. – São Luís, 2007.

203 f.: il.

Tese – Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2007.

1. Povos Indígenas; Participação Indígena; Saúde Indigenista;

CDU 572.95 (812.1):614

Katiane Ribeiro da Cruz

OS DESAFIOS DA PARTICIP(AÇÃO) INDÍGENA NA SAÚDE INDIGENISTA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Políticas Públicas.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Elizabeth Maria Beserra Coelho (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profº Drº Adalberto Luiz Rizzo de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Ednalva Maciel Neves
Universidade Federal do Maranhão

Profº Drº Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Centro Universitário do Maranhão

Profª Drª Maria Luiza Garnelo Pereira
Universidade Federal do Amazonas

A meu Deus, a minha família, a Elizabeth Coelho,
a João Cancio Silva e aos povos indígenas,
especialmente aos Tentehar-Guajajara.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu Deus, em quem creio e atribuo toda a honra e toda glória. Apesar de todas as dificuldades, foi quem me sustentou e deu sabedoria para concluir este trabalho.

A minha tri-orientadora Elizabeth Coelho, que mais do que me orientar é uma amiga, companheira, um exemplo de vida. Esse trabalho foi um desafio que não teria êxito sem a sua presença em minha vida;

Aos professores e funcionários do Programa de Polícias Públicas, em especial a Dona Isabel Sardinha, pelo carinho, eficiência e disponibilidade.

A cada professor com quem tive a hora de conviver nesta longa trajetória de estudos, agradeço as contribuições. Agradeço especialmente àqueles que participaram das minhas bancas pela colaboração;

Ao Grupo de Pesquisa Estado Multicultural e Polícias Públicas, especialmente a Antônio Santana, a quem muito admiro e respeito e a Ana Caroline Oliveira que muito colaborou cedendo-me material e informações. A Bruno Leonardo Ferreira e Michel Jackson Miranda pelas jornadas juntos;

Aos colegas de turma e amigos que conquistei na UFMA: Aurora Miranda, pela força e carinho. A Liberata Coímbra, Annova Carneiro, Marli Alcântara, pela oportunidade do convívio;

Aos funcionários das instituições em que estive pesquisando, em especial aos da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), DSEI-MA, FUNASA-MA, FUNAI/São Luís. A Rozana Viana pela gentileza, colaboração e informações;

Aos povos indígenas, especialmente aos Tentehar-Gujajara, com quem aprendi a respeitar a diferença e amar os desafios;

A CAPES, pela concessão de bolsa de estudo, e a FAPEMA pelo financiamento da pesquisa “Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena”, coordenada pela Prof^a Dr^a Elizabeth Coelho;

Ao meu amigo João Cancio Silva, meu mestre na relação com os índios, por quem tenho muito respeito, carinho e admiração. Por todo o apoio e força ao longo de todos os anos em que estive pesquisando a questão indígena;

A minha família, pela tolerância nas ausências presentes, pelo amor, carinho, respeito e apoio. Por tudo, agradeço aos meus pais Eleodoro Cruz (*in memoriam*) e Francisca Ribeiro. A todos os meus irmãos, especialmente a Kátia Cilene Cruz, por ser um anjo em minha vida. Aos meus sobrinhos, cunhado, meus primos Jodilson Ribeiro e Gracilene Luz, meus tios João Ribeiro, Maria Antonia Ribeiro e Iduvirgem Luz, agradeço pelo carinho;

Aos meus amigos, que na verdade são irmãos que escolhi. A Mércia Santos, pelo apoio, carinho e orações. A Maria Silva, pela paciência, disposição e carinho. A Joedilza Maia pela disponibilidade e carinho. Aos amigos do Grupo Pequeno Revestidos da Unção, pelo carinho, orações e pela força.

A todos que contribuíram, direta e indiretamente, para elaboração desta tese.

RESUMO

Análise da participação indígena através dos mecanismos oficiais e das estratégias indígenas de participação na saúde indigenista. Toma como referência empírica o processo junto aos Tentehar-Guajajara (Amarante) na CASAI/Pólo-Base Guajajara e no Distrito Sanitário Especial Indígena no Maranhão/ DSEI-MA, no período de 2000 a 2007. A análise é realizada buscando apreender se ocorre e como se dá a participação dos índios no atual modelo indigenista de saúde, de forma a identificar as possibilidades de respeito à diferença através da participação indígena.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Participação Indígena; Saúde Indigenista.

ABSTRACT

Analysis of the indigenous participation through official mechanisms and of indigenous strategies of participation in indigenist health system. It takes as empirical reference the process of the Tentehar-Guajajara (Amarante) in CASAI / Pole-Base Guajajara and in the Special Indigenous Health District in Maranhão / DSEI-MA, during the period from 2000 to 2007. The analysis aims to understand whether the indigenous participation is carried out and how it is done in the current model of indigenist health system, seeking to identify the possibilities of respect for difference through indigenous participation.

Keywords: Indigenous Peoples; Indigenous Participation; Indigenist Health.

LISTA DE SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ASSINGRA	Associação das Sociedades Indígenas de Grajaú
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CASI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
COAPIMA	Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas do Maranhão
CODISI-MA	Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DESAI	Departamento de Saúde do Índio
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-MA	Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESAI-MA	Equipe de Saúde do Índio do Maranhão
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFI	Equipe de Saúde da Família Indígena
FAPEMA	Fundo de Amparo à Pesquisa no Maranhão
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNASA-MA	Fundação Nacional de Saúde do Maranhão
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde

MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma de Operacionalização Básica
ODSAI	Organização de Desenvolvimento e Saúde Indígena do Amarante
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PF	Polícia Federal
PHC	Primary Health Care
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PSFI	Programa de Saúde da Família Indígena
SESP	Serviço de Saúde Pública
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TI	Terra Indígena
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
USRR	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS	
	LESTA DE QUADRO E FLUXOGRAMA	
	INTRODUÇÃO.....	15
	A Construção do Objeto.....	18
	Metodologia e Fontes de Pesquisa.....	25
1	MODELO INDIGENISTA DE SAÚDE: os Desafios da Diversidade.....	34
1.2	Universalidade e Diversidade: Faces de uma Mesma Moeda?	38
1.3	O Modelo de DSEI: o Específico no Universal	44
1.3.1	O DSEI no Maranhão	48
1.4	O atendimento à Saúde dos Tentehar-Guajajara	53
1.4.1	Índios Gestores?	57
1.4.2	Instâncias de Atendimento Criadas pelos Índios	64
2	PARTICIPAÇÃO INDÍGENA “AUTORIZADA”	66
2.1	Participação Indígena: como “Direitos” e “Deveres”	67
2.1.1	O “Direito” de Organizar	68
2.1.2	Conferências Nacionais de Saúde	71
2.1.3	Conselho Local dos Tentehar-Guajajara.....	72
2.1.4	Conselho Distrital no DSEI-MA.....	81
2.2	O “Direito” de Executar	87
2.2.1	Os Índios e a Execução da Saúde Indigenista	92
2.2.2	O AIS e o Atendimento nas Aldeias	92
2.2.3	O AIS e o Atendimento na Cidade	98
2.2.4	Participação Indígena através do AISAN	103
3	PARTICIPAR É USUFRUIR	105
3.1	A Estrutura de Atendimento em Amarante	107
3.2	O Atendimento “Local”, Fora do Local	116
3.2.1	A Disputa pela Demarcação dos “Lugares”	118
3.3	Descompassos do Atendimento Local	123
3.3.1	Atendimento Específico e Diferenciado?	126
4	O PROTAGONISMO INDÍGENA NA SAÚDE INDIGENISTA	131
4.1	Quando para Participar é Preciso “Romper”	134

4.1.1	Se o DSEI Não Vai aos Índios, os Índios Vão ao DSEI	136
4.1.2	Participando Via Pressão	141
4.1.3	Sobre trilhos: Se o Atendimento à Saúde Não se Efetiva, os Trens Não Circulam	142
4.1.4	Alerta Permanente	145
4.2	Reivindic(ações) e Resultados: Limites e Desafios da Participação Indígena ..	147
4.2.1	“Sem Dinheiro Não há saúde”	149
4.2.2	Disputa pela Gestão	154
4.2.2.1	“Toma que o Filho é Teu”	159
4.2.3	O Poder de “Nomear”	161
4. 2. 4	Pelas Instâncias “Autorizadas” de Participação	168
4.2.5	Saúde de Qualidade?	177
4.3	“Guerra é Guerra”: Perdas e Ganhos no Confronto Interétnico	179
4.3.1	Estratégias Indígenas para Particip(Ação) e suas Conseqüências	182
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
	REFERÊNCIAS	193

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	Mapa das Terras Indígenas no Maranhão	27
Quadro 02	DSEI criados no Brasil	37
Fluxograma 01	Inserção dos DSEI nas Coordenações Regionais da FUNASA	40
Quadro 03	Saúde no Brasil Pós-Constituição de 1988	45
Quadro 04	Pólos-Base no DSEI-MA/ 2000	53
Quadro 05	Gerenciamento dos Pólos-Base no DSEI-MA	59
Quadro 06	Estrutura de organização de serviços no DSEI-MA em 2007	62
Quadro 07	Conselheiros locais Tentehar-Guajajara em 2000 e 2006	80
Quadro 08	Reuniões do Conselho Distrital do DSEI-MA 2000 - 2007	82
Quadro 09	AIS Tentehar-Guajajara lotados nas aldeias em 2000 e 2006	93
Quadro 10	AIS Tentehar-Guajajara na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) em 2000 e 2006	98
Quadro 11	Formas de Participação Indígena Oficial e as Definidas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante)	105
Quadro 12	Agentes e Objetivos da ação	133
Quadro 13	Estratégias de Participação acionadas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante)	135
Quadro 14	Chefia do DSEI-MA /1999-2007	165
Quadro 15	Reivindicações de melhorias na organização de serviços/2006	178

INTRODUÇÃO

O meu contato com os índios ocorreu quando fazia graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal do Maranhão/ UFMA, em 1998. Havia no curso de ciências sociais um professor e alguns alunos que estavam estabelecendo uma parceria com uma equipe que trabalhava a saúde indigenista na Fundação Nacional de Saúde/ FUNASA (que na época adotava a sigla FNS), para execução do projeto de pesquisa *Etnologia e saúde bucal das populações indígenas do Maranhão*¹.

Um dos alunos envolvido neste projeto convidou-me para participar desta pesquisa. Abordou-me, casualmente no corredor da UFMA, e lançou-me a questão: “Você faz alguma objeção em trabalhar com a questão indígena?”. Na ocasião, respondi que todo o campo de pesquisa era importante.

Ao participar da primeira reunião envolvendo UFMA, FUNASA e Fundação nacional do Índio/FUNAI, em julho de 1998, não fazia idéia que ali estava iniciando um ciclo de minha vida que ainda permanece. A questão indígena mostrou-se um grande desafio ao qual me dediquei na graduação, mestrado e doutorado.

O encontro com a questão indígena só não foi mais instigante do que o encontro com os próprios índios, quando fui a primeira vez a aldeia dos Tentehar-Guajajara²... Havia em mim uma inquietação imensa: nunca estivera antes em uma aldeia, o que me aguardava? Nesta primeira viagem estávamos três alunos e um indigenista³ da FUNAI de São Luís. Deslocamos-nos de São Luís para Santa Inês, de ônibus, em uma manhã ensolarada. Antes de irmos para aldeia fomos fazer compras em Santa Inês, cidade mais próxima da aldeia para a qual estávamos nos dirigindo.

A expectativa que senti me fazia lembrar dos filmes e livros de aventura que havia assistido e lido ao longo da minha vida... Ali, ao fazer compras, refletia sobre o que deveria ou não levar para aldeia. Ia para um lugar que não conhecia e por mais que o indigenista me falasse como era a aldeia, minha imaginação ia além do que ouvia. Resultado: exagero... comprei mais coisas do que precisava, principalmente os remédios...

Meu primeiro contato foi com os Tentehar-Guajajara, da Terra Indígena/TI⁴ Pindaré. A aldeia Januária está localizada a aproximadamente 9 km de Santa Inês, para onde nos dirigimos pela BR-316, asfaltada e muito movimentada por carros de grande porte. Passaram-se aproximadamente 20 minutos, após termos saído de Santa Inês, quando chegamos a uma placa informando que ali se iniciava a Terra Indígena Pindaré, coroada com a seguinte frase: proibida a entrada de pessoas não autorizadas pela FUNAI.

¹ Projeto de Pesquisa vinculado ao Plano de Saúde do Índio do Estado do Maranhão da FNS/Maranhão, inserido na área de atuação da assistência odontológica. Participavam deste projeto de pesquisa um professor do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMA, cinco alunos do curso de Ciências Sociais da UFMA e um indigenista da FUNAI de São Luís.

² Povo indígena que habita em regiões do Maranhão e Pará. A autodenominação deste povo tem várias grafias, optei por utilizar a grafia usada por professores indígenas desta região, *Tentehar*, juntamente com *Guajajara*, visto que é um nome muito utilizado por eles e pelos moradores do entorno das terras indígenas.

³ Esta viagem, referente à Pesquisa Etnologia e Saúde Bucal das Populações Indígenas no Maranhão, ocorreu em julho de 1998.

⁴ De acordo com Lei 6001/73 (Título III, Cap. 1) as Terras Indígenas são aquelas ocupadas pelos “silvícolas”, ou seja, são as terras reservadas pelo Estado Brasileiro para usufruto dos índios, assim como as de domínio das comunidades indígenas, sendo proibido às pessoas estranhas caçar, pescar, coletar frutos, desenvolver atividades agropecuárias e de extração em Terras Indígenas (BRASIL, 1973).

Chegamos ao final da tarde. Deparei-me com uma aldeia organizada em forma de arruado⁵. As casas eram dispostas em torno de uma rua principal, então não asfaltada, a maioria de alvenaria, coberta de telhas em cimento-amianto. Nesta aldeia predomina a língua portuguesa, mas era possível perceber que eles eram “diferentes”.

Por conta deste projeto estive durante o ano de 1998 e 1999 participando da *Equipe de Etnologia*⁶ que continuou pesquisando e também acompanhando todo o processo de mudança na saúde indigenista e da criação do Distrito Sanitário Indígena no Maranhão/ DSEI-MA. O DSEI constitui um modelo construído com base no Sistema Único de Saúde/SUS, um subsistema organizado em nível de complexidade crescente, com reordenação e adaptação da rede de serviços de atenção básica de saúde. Toda a estrutura de organização de serviços para os povos indígenas passa a ser vinculada de forma subordinada à organização de serviços definidos para a sociedade brasileira.

Ao concluir a graduação em Ciências Sociais, no início de 2000, fui contratada⁷ para fazer o acompanhamento antropológico das ações de saúde no Pólo-Base de Amarante (parte do DSEI-MA), atuando junto aos povos Tentehar-Guajajara, Krikati e Pukobyê (Gavião).

Este trabalho propiciou contatos constantes com índios tanto no Pólo-Base, em Amarante, como nas aldeias, rendendo-me experiência de vida e profissional. Foram dez meses intensos, de muitas atividades, tentando conciliar a necessidade de “administrar” as atividades de pesquisa com o gerenciamento dos serviços e de pessoal, além dos muitos problemas a resolver. Durante este período produzi conhecimento através de relatórios, pareceres e outros documentos e pude acompanhar o delineamento *in loco*, de uma proposta de atendimento à saúde dos povos indígenas cheia de ambigüidades e contradições tanto na formulação, quanto na implementação das ações.

Após dez meses de contrato, fui demitida de forma inesperada. Busquei conhecer os motivos da demissão, tendo sido apontado como causa minha “incompetência” para solucionar um conflito ocorrido entre índios Pukobyê (Gavião) e funcionários do Pólo-Base de Amarante. Alguns Pukobyê (Gavião) haviam retido um carro da FUNASA, que atuava no Pólo-Base, e agredido seriamente seu motorista.

A justificativa apontada indica a compreensão que a FUNASA tinha do papel do antropólogo como administrador de conflitos interétnicos. Por outro lado, a situação específica utilizada como deflagradora da demissão ocorreu quando me encontrava em período de folga, em São Luís.

A demissão pôs fim a uma situação incômoda que minha presença criava no Pólo-Base por questionar a contradição que percebia entre os discursos oficiais⁸, que afirmam o respeito às especificidades

⁵ Aldeia com casas de frente uma para outra, separadas por uma rua.

⁶ Neste período a Equipe de Etnologia, que era composta por alunos do Curso de Ciências Sociais da UFMA que estavam em processo de conclusão de curso e do indigenista da FUNAI de São Luís, não contava mais com a participação do professor do Departamento de Sociologia e a Antropologia da UFMA. Os alunos apresentaram trabalhos monográficos, de conclusão de curso, sobre a saúde indígena e indigenista: dois analisaram questões relativas ao fenômeno saúde/doença e dois sobre a atual política indigenista de saúde.

⁷ Este contrato tinha caráter temporário, baseado na Consolidação das Leis do Trabalho/ CLT. O vínculo empregatício era com a Prefeitura de Amarante, que havia estabelecido um convênio com a FUNASA (nível central – Brasília) para a execução das ações indigenista de saúde, para funcionamento do Pólo-Base de Amarante.

⁸ Sempre que usar o termo *discurso oficial*, ao longo do trabalho, estou me referindo aos documentos relativos à questão indígena (leis, decretos, portarias, política, etc.).

sócio-culturais dos povos indígenas e a implementação de ações que o negavam. Tais questões vinham sendo colocadas por mim em reuniões e documentos por mim produzidos (pareceres e relatórios).

Os questionamentos e sugestões sobre a necessidade de avaliar com cuidado aspectos relativos à implementação da atenção à saúde, visando avaliar o critério de respeito à diferença, não foram considerados. A forma como tais questões eram recebidas indicava que, no entendimento da chefia do DSEI-MA, não eram pertinentes a função do antropólogo.

Ao longo das reuniões e discussões ficou claro o quanto havia equívocos no entendimento, por parte da chefia do DSEI-MA, sobre o papel do antropólogo neste processo. Este profissional era considerado aquele que, por deter conhecimento sobre as culturas dos povos indígenas, tinha a função de atuar visando a evitar ou contornar situações de conflito entre índios e funcionários da saúde indigenista.

Este entendimento não era compartilhado pelo secretário de saúde do município, quem de fato se constituía o contratante, que discordava da demissão, por entender que vinha desempenhando minhas funções a contento. A chefe do DSEI-MA mostrou-se irredutível.

Essa situação abalou-me muito, especialmente pela demissão ter sido efetuada pela chefia do DSEI, ocupada por uma pessoa com quem pensava ter desenvolvido uma relação de confiança e amizade e pela frustração de deixar um trabalho de pesquisa inacabado.

No ano seguinte, 2001, fiz seleção para o Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na UFMA e dois anos depois defendi a dissertação sobre saúde indigenista. Em 2003, ingressei no doutorado do mesmo Programa, passando a investigar, especificamente, a participação dos Tentehar-Guajajara no DSEI-MA.

A Construção do Objeto de Estudo

A pesquisa *Etnologia e Saúde Bucal das populações Indígenas no Maranhão* levou-me a ter contato com outros povos, além dos Tentehar-Guajajara de diferentes aldeias e terras indígenas. Estive em aldeias dos Pukobyê (Gavião), Krikati e Ramkokamekra-Canela. Este contato foi significativo por me permitir verificar, *in loco*, as diferenças marcantes entre os povos indígenas. No senso-comum sempre é forte a idéia de que “índios são todos iguais”.

Durante o processo de elaboração da monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais sobre a construção social do fenômeno saúde-doença entre os Ramkokamekra, no período de 1998 a 2000, interessei-me pela forma como se articulam as diferentes percepções sobre o fenômeno saúde/ doença e a construção da política indigenista de saúde no Brasil (CRUZ, 1999).

Durante o trabalho monográfico, refletia também sobre as possibilidades de efetivação do discurso oficial que destacava a realização de atendimento indigenista de saúde específico e diferenciado. Pude refletir melhor sobre estas questões, posteriormente, ao trabalhar no Pólo-Base de Amarante, que atendia a três povos indígenas. Situações vivenciadas neste Pólo-Base permitiram-me observar e questionar elementos da formulação e implementação do modelo de DSEI, principalmente no que se refere ao respeito às especificidades sócio-culturais dos povos indígenas. Algumas destas questões foram discutidas na dissertação e outras fundamentam a elaboração desta tese.

Neste trabalho estou considerando povos indígenas como nações, a partir da definição de Kymlicka (1996). Este autor considera a nação como sendo:

[...] una comunidad histórica, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una tierra natal determinada y que comparte una lengua y una cultura diferenciadas. La noción de “nación”, en este sentido sociológico, está estrechamente relacionada con la idea de “pueblo” o de “cultura”⁹ (1996, p. 26).

Os povos indígenas são distintos entre si. Cada povo possui suas próprias formas de organização, compartilham culturas e línguas diferenciadas e já habitavam no território que hoje compreende o Brasil, um país que considero multinacional¹⁰. Neste sentido, os povos indígenas configuram nações que, na relação com o Estado, constituem minorias nacionais (KYMLICKA, 1996; GUIBERNAU, 1997) que buscam autonomia e garantia de direitos específicos e diferenciados.

Os povos indígenas apresentam diferenças marcantes em relação à sociedade brasileira, mas também no contexto de cada povo. Dentre as muitas diferenças chamaram-me atenção os aspectos relacionados ao fenômeno saúde-doença, tema sobre o qual realizei o trabalho monográfico de conclusão do curso de Ciências Sociais, conforme já referi. Trago, deste trabalho, a percepção de que existem diferentes concepções sobre saúde/doença entre os povos indígenas.

Considero saúde/ doença categorias de entendimento construídas socialmente (VERANI, 1993). Faço uma distinção entre saúde *indigenista* e saúde *indígena*. Saúde *indigenista* refere-se a um conjunto de normas, valores e formas de ações relativas ao fenômeno saúde/ doença, direcionadas aos povos indígenas, colocadas em práticas por instituições governamentais (COELHO, 1990) ou não-governamentais, ou seja, não-indígenas; saúde *indígena* consiste nas formas de identificação, explicação, tratamento e prevenção do fenômeno saúde/ doença, definidas no âmbito das culturas dos povos indígenas

Na monografia de conclusão da graduação identifiquei algumas questões que pude pesquisar no mestrado, elaborando a dissertação “Política Indigenista de Saúde: O específico e diferenciado como desafios”. Pude apreender a vinculação, de forma subordinada, da política indigenista de saúde à política nacional de saúde através da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/ DSEI para realizar atendimento primário de saúde aos índios. Coloquei em questão as categorias “específico” e “diferenciado”, enfatizadas no discurso oficial de saúde indigenista (CRUZ, 2003). Ao mesmo tempo questioneei a idéia de que teriam ocorrido “avanços” na relação entre Estado e povos indígenas, tal como colocado na política indigenista de saúde.

Como é comum a construção de projetos de pesquisas, tive um percurso cheio de idas e vindas que se iniciou no anteprojeto, elaborado como pré-requisito para ingresso no doutorado.

No Anteprojeto estabeleci como objeto de estudo a participação indígena nas instâncias de controle social definidas na política indigenista de saúde: Conselhos Locais e distritais de saúde¹¹ no âmbito dos

⁹ Uma comunidade histórica, mais ou menos completa institucionalmente, que ocupa um território e uma terra natal determinada e que compartilha uma língua e uma cultura diferenciadas. A noção de nação, neste sentido sociológico, está estritamente relacionada com a idéia de “povo” e de “cultura” (tradução minha).

¹⁰ O Estado brasileiro admite que é multicultural ao reconhecer as diferenças, todavia não se reconhece enquanto multinacional ao não considerar os povos indígenas como nações.

¹¹ Tal como na saúde pública nacional, na saúde indigenista foi definido que os usuários do subsistema participariam da organização dos serviços através dos conselhos locais, formados exclusivamente por índios, e conselho distrital, de composição paritária (usuários/ índios e prestadores de serviço).

DSEI. Neste momento ainda estava muito centrada em perceber a efetivação ou não do que havia sido formulado.

No Projeto para qualificação da pesquisa da tese, defini como objeto apreender a participação indígena na organização e execução das políticas indigenistas de saúde e educação. Aqui ampliei o foco, tentando não me restringir à saúde, mas considerando também a educação indigenista. Assim, defini como campo empírico a atuação dos conselheiros de saúde, dos agentes indígenas de saúde e dos professores indígenas.

Após a qualificação, por sugestão de minha orientadora e também da banca, percebi que seria um universo muito grande de investigação. Optei, então, por focalizar a participação indígena na execução e organização das ações indigenistas de saúde, investigando somente os agentes indígenas de saúde.

Ao reiniciar as investigações, refletindo sobre as idas e vindas do processo de construção do objeto de estudo, além de manter o objetivo de realizar a pesquisa junto aos Tentehar-Guajajara, mantive o foco de investigação sobre a participação indígena. O termo participação indígena vem sendo destacado nos documentos relativos à saúde indigenista¹² e interessava-me entender seu significado tanto nos discursos oficiais quanto para os índios.

Neste percurso, recuperei algumas considerações desenvolvidas na minha dissertação, dentre elas a idéia central de que o novo modelo de atenção à saúde indigenista se constitui uma adequação do modelo definido na Política Nacional de Saúde.

A política indigenista de saúde apresenta uma ambigüidade ao enfatizar a pretensão de respeito às especificidades dos povos indígenas, através de ações específicas e diferenciadas que contemplem as diferenças entre cada povo e, ao mesmo tempo, subordinar-se as diretrizes e princípios definidos na política nacional de saúde. Esta postura reflete a tensão na relação entre Estado brasileiro e povos indígenas em lidar com a *diferença* como um dos grandes desafios do multiculturalismo (SEMPRINI, 1999).

Neste trabalho busquei identificar e analisar **ambigüidades** e **contradições** na saúde indigenista no que se refere aos discursos oficiais e as práticas relativos à participação indígena, buscando entender a relação entre Estado brasileiro e povos indígenas desenvolvidas pós-Constituição de 1988 tomando como referência o processo de participação indígena na saúde indigenista.

A ambigüidade aqui é entendida como a duplicidade de sentidos nos discursos oficiais, que permite mais de uma interpretação, e contradição é entendida como falta de coerência tanto em relação às afirmações nos discursos oficiais, como também entre os discursos e ações.

Tenho como objetivo apreender **se ocorre e como se dá a participação dos índios no atual modelo indigenista de saúde**, de forma a identificar as possibilidades de respeito à diferença na saúde indigenista através da participação indígena. Tomo como referência algumas questões centrais que permeiam todo o trabalho: primeiro, questiono o que é participação indígena para o Estado e para os povos indígenas e se a mesma pode contribuir para efetivação do respeito à diferença na implementação dos serviços de saúde; segundo, se o Estado/FUNASA/DSEI-MA vem e como vem implementando ações que visem a efetivar a

¹² Cf. Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas, 2000; Decreto 3156/99; Lei 9.836/99; Portaria 70/2004.

participação indígena; terceiro, se os povos indígenas, especialmente os Tentehar-Guajajara, têm participado da execução e organização da saúde indigenista no DSEI-MA e como ocorre esta participação.

Apesar de considerar que o atual modelo indigenista de atenção à saúde é uma reprodução da política nacional de saúde e, portanto, contradiz-se em relação ao critério de respeito às especificidades de cada povo, acredito que a relação entre Estado e povos indígenas dá-se num contexto de poder vinculado à dimensão do direito e dos discursos de verdade.

Poder aqui é entendido na perspectiva de Foucault (1981), como algo que circula, que funciona em cadeia, sem nunca estar localizado aqui ou ali, nas mãos de alguns, nem apropriado como uma riqueza ou um bem, funcionando e se exercendo em redes. Nas malhas do poder, os indivíduos não só circulam, mas também estão sempre em posição de exercê-lo ou sofrer a sua ação, não sendo nunca alvos inertes ou consentidos, mas sempre centros de transmissão: o poder não se aplica aos indivíduos, mas passa por eles. Para o poder se estabelecer ou funcionar, necessita da produção, funcionamento e acumulação de discursos de verdades:

(...) em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer ou funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade. Isso vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial (FOUCAULT, 1981, p. 179-80).

Para este autor, estamos submetidos à verdade na medida em que a mesma é a lei e produz um discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Neste sentido, o direito - que abrange tanto leis, quanto o conjunto de aparelhos, instituições e regulamentos que o aplicam - é um instrumento de dominação, vinculando relações de dominação e pondo-as em prática.

A dominação, por sua vez, abrange múltiplas determinações que existem e funcionam no interior do corpo social. Assim, o sistema do direito é um permanente canal de relação de dominação e técnicas de sujeição polimorfos: não deve ser visto como uma legitimidade a ser estabelecida, mas como um procedimento de sujeição, no qual o problema do direito passa a ser de dominação e sujeição.

Na relação entre Estado e povos indígenas isso pode ser percebido pela forma como estes povos são constitucionalmente considerados brasileiros em função do critério de nacionalização adotado no Brasil, o *jus solis*, que define como brasileiro os nascidos no Brasil. Neste sentido, é possível identificar o Brasil como um Estado ilegítimo, tal como define Guibernau (1997), por se constituir um Estado sem nação:

[...] arbitrariamente projetado, ignorando-se as identidades culturais e lingüísticas dos grupos que estão dentro de suas fronteiras. Uma nação-estado envolve a criação de um aparelho de estado que controla o uso legítimo dos meios da violência em seu território, conserva soberania interna e externa, e recebe o reconhecimento internacional de sua situação (GUIBERNAU, 1997, p. 126).

Assim, percebo que a definição dos povos indígenas como brasileiros é marcada por uma relação de poder, na qual as regras de direitos são definidas com base em verdades construídas em discursos (FOUCAULT, 1981). Para entender este processo, tomo como referência a categoria *colonialidade do poder*, de Quijano (2005), para pensar a relação de colonização legitimada por um imaginário que estabelece diferenças

imensuráveis entre colonizador e colonizado, diferenças estas marcadas por identidades opostas: o colonizador aparece como aquele que detém o padrão ideal e o colonizado como o que necessita sofrer um poder disciplinador por parte daquele, o que ocorre através de uma política que se diz “justa” e visa promover um processo de ocidentalização.

Por outro lado, os povos indígenas, apesar da relação impositiva do Estado, não se encontram necessariamente em uma posição de passividade, mas estão continuamente em processo de *resignificação* ao lidar com a alteridade (GEERTZ, 1978). Constroem estratégias próprias que lhes tem permitido manter como povos distintos da sociedade nacional, sempre em posição de exercer o *poder* ou sofrer a sua ação (FOUCAULT, 1981).

Considero relevante apreender ambigüidades e contradições no processo de participação indígena, por entender que existem diferentes perspectivas sobre a participação indígena, tanto no âmbito do Estado, como dos diferentes povos indígenas.

As relações interinstitucionais relacionadas às políticas indigenistas no Brasil, ocorrem em um campo de lutas para transformar ou conservar o campo de forças. Neste sentido, percebo o Estado não como um todo homogêneo, mas como um lugar de conflitos, no qual atuam diferentes instituições e diferentes atores no que se refere à questão indígena.

As instituições governamentais envolvidas com a questão indígena, apesar de fazerem parte do Estado, em alguns momentos podem encontrar-se em campos opostos na relação de poder. Por exemplo, o Ministério Público Federal/MPF e a FUNAI têm o papel de fiscalizar e de proteger os interesses dos povos indígenas. A FUNASA também tem a função de proteger e garantir o cumprimento dos direitos à saúde indigenista.

O Estado não é entendido como um ser abstrato, mas como espaços institucionalizados no qual atuam agentes que disputam o poder e posições.

A partir desta perspectiva procuro fazer uma correlação entre os discursos oficiais e práticas adotadas. Como já referi o Estado não é homogêneo e os povos indígenas, além de diferentes entre si, possuem diversidades internas. As possibilidades de efetivação do respeito à diferença, não ocorrem exatamente da forma prevista na política indigenista, mas como uma construção realizada na prática em consequência das contradições, ambigüidades e da atuação desses povos.

Busquei ir além do que a política e a legislação vigentes definem como *participação*, mapeando outras possibilidades de participação na saúde indigenista como possibilidade de efetivação do respeito à diferença.

Pude perceber que, além dos mecanismos oficiais de participação, os Tentehar-Guajajara tem criado estratégias próprias para serem sujeitos da execução e organização dos serviços indigenistas de saúde. Desenvolvo algumas reflexões a partir de dois eixos principais: a *participação indígena oficial* e as *estratégias indígenas de participação* na saúde indigenista.

Quando me refiro à *participação indígena oficial* remeto às formas de participação definidas nos textos oficiais que estabelecem um “lugar” específico para os índios (como conselheiros locais e distritais de

saúde, como AIS AISAN e como “usuários”)¹³. Ao tratar de *estratégias indígenas de participação* na saúde indigenista, refiro-me aos meios adotados pelos índios, que rompem com que está previsto, na tentativa de participar da saúde indigenista.

Após a Constituição de 1988, especialmente a partir da década de noventa, os discursos oficiais passam a ser marcados por uma *violência simbólica*, entendida aqui como sendo aquela que impõe significados de forma dissimulada e legítima “dissimulando as relações de força que estão nas bases de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica, a essas relações de força” (BOURDIEU, 1998, p. 19). A *violência simbólica* passa a prevalecer, em detrimento da violência explícita expressa no objetivo de homogeneização.

As mudanças relacionam-se a ênfase no discurso de respeito à diferença e a formulação de políticas e serviços de saúde que enfatizam a participação indígena. O discurso oficial imprime a necessidade dos índios participarem. Procurei suscitar debates e reflexões sobre questões relativas à participação indígena na saúde indigenista, que refletem a própria relação do Estado brasileiro com os povos indígenas. Fazer, tal como sugere Bourdieu (1998), um esforço de desconstruir o que aparece como natural, especialmente no que se refere à participação indígena. Entendo que ao identificar ambigüidades e tensões neste processo, é possível mapear aspectos que expressam ou negam a possibilidade do respeito à diferença na participação indígena.

Metodologia e Fontes de Pesquisa

Este trabalho é resultado de pesquisas iniciadas em 1998. Durante todo esse período acumulei muitas informações sobre saúde indigenista. Houve momentos em que me sentia muito confortável, por ter muito claro aquilo que pretendia pesquisar, mas em outros momentos sentia-me como em meio a um oceano de informações, papéis, depoimentos e idéias que me deixavam imersa em confusão.

O trabalho de pesquisa é uma atividade racional, um ofício que é aprendido, que leva o pesquisador – enquanto sujeito – a vivenciar dúvidas limitações, hesitações, inseguranças, embaraços, etc., pois “nada mais é universal e universalizável do que as dificuldades” (BOURDIEU, 1998, p.18). Neste sentido, as dificuldades que tive durante a realização da pesquisa colocaram-se como desafios a serem superados.

Estou me aventurando na cultura do outro, tentando entender um encontro entre aspectos da nossa cultura e a dos povos indígenas, em especial, a dos Tentehar-Guajajara. Não é tarefa fácil e o que tento apresentar aqui é mais um olhar, uma interpretação de aspectos ou dimensões das questões que envolvem o *outro* e ao mesmo tempo, fazem pensar em nós¹⁴.

O trabalho de pesquisa compreende um processo de ir e vir no qual precisamos desconstruir e reconstruir “interpretações” Tal como coloca Bourdieu (1998) é preciso romper com o senso-comum, com as representações que são partilhadas por todos

¹³ Existe também a atuação nas ONG indígenas, às quais farei referência, mas não se constituem foco desta investigação. As ONG indígenas em si já trazem elementos para realização de uma tese.

¹⁴ Faz pensar em nós pelo fato de que a formulação e implementação de qualquer política pública dependem de diversos fatores, entre eles o interesse e opiniões dos atores principais envolvidos, os quais nem sempre são considerados (VÁSQUEZ ET AL, 2003).

[...] quer se trate dos simples lugares-comuns da existência vulgar, quer se trate das representações oficiais, freqüentemente inscritas nas instituições, logo, ao mesmo tempo na objetividade das organizações sociais e nos cérebros. O pré-construído esta em toda parte... (BOURDIEU, 1998, p. 34).

A pesquisa é uma atividade que exige do pesquisador competência, criatividade, esforço metódico e vigilância permanente, o que Bourdieu (1998) denomina de exercício da dúvida radical – questionar as representações cotidianas e oficiais, problematizá-las e refleti-las. Para tanto, indica a história social dos problemas, dos objetos e dos instrumentos do pensamento, ou seja, que o pesquisador realize um esforço de desconstrução do que aparece como “natural” como um instrumento poderoso de rompimento do senso-comum.

Para isso é necessário desprendimento e coragem para colocar em cheque não só afirmações e “verdades” colocadas por outras pessoas, mas também as nossas próprias afirmações e “verdades”. Isso exige uma vigilância epistemológica, na qual precisei questionar os meus próprios questionamentos, pois estava discutindo aspectos relacionados ao encontro de *culturas* distintas.

A cultura é aqui apreendida a partir do que define Geertz (1978). Este autor entende que “*o homem está amarrado a teias de significado construídas por ele, sendo a cultura essas teias*” (GEERTZ, 1978, p.15). Considera, assim, que a cultura aproxima-se da idéia de “*sistemas organizados de símbolos significantes que orientam a existência humana*” (1978, p.58).

Nesta trajetória de investigação não posso perder de vista que a cultura é dinâmica. Dentro desta perspectiva propus-me a investigar relações entre duas culturas dinâmicas. Tive que realizar o duplo movimento que Da Matta (1978) destaca: transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico. No primeiro caso, estabelecendo uma relação de proximidade com um povo ou cultura diferente, no caso os Tentehar-Guajajara; no segundo, realizando um afastamento de aspectos que fazem parte da minha própria cultura, o sistema único de saúde, no qual já atuei como servidora.

Ao me propor a fazer esta viagem que agora descrevo, parti da consideração de que o real é relacional (BOURDIEU, 1998). Busquei perceber as vinculações entre o local (os Tentehar-Guajajara no Maranhão), o nacional (as definições realizadas no Brasil sobre a questão indígena) e o internacional (definições em conferências ou mesmo vinculação com organismos internacionais).

Tomo a saúde indigenista e mais especificamente a participação indígena para refletir sobre a relação entre Estado e povos indígenas. A participação aqui entendida tanto no âmbito das formulações oficiais (conselheiros, AIS, AISAN), como também na participação exercida no dia-a-dia pelos índios, que o modelo refere-se como usuários, mas prefiro referi-me a eles como participantes indígenas; assim como através das *estratégias indígenas de participação*.

Os Tentehar (Nós somos gente verdadeira), também conhecidos como Guajajara (Os donos do Cocá) e Tembé (Nariz Chato), vivem em terras indígenas localizadas no Maranhão e Pará, respectivamente. Os que vivem no Maranhão, constituem uma população de aproximadamente 20 mil pessoas. Estão há mais de 380 anos em contato interétnico. Falam o Tentehar, língua classificada no tronco-linguístico Tupi (WAGLEY & GALVÃO, 1955; COELHO, 1987, 2002; ZANNONI, 1999).

Tomo como referência empírica a participação indígena dos Tentehar-Guajajara da Terra Indígena Araribóia, localizadas na região de Amarante do Maranhão¹⁵. Para demarcar este recorte utilizo a expressão Tentehar-Guajajara (Amarante) entre parênteses para demarcar a região em que estão localizados, visto que a terra indígena Araribóia está localizada em uma área extensa abrangendo vários municípios no Maranhão: Amarante, Bom Jesus da Selva, Arame, Buriticupu e Santa Luzia.

Quadro 01: Mapa das Terras Indígenas no Maranhão



A TI Araribóia possui a extensão de 413.589 hectares, foi demarcada em 1977, e constitui a segunda maior terra indígena em extensão no Maranhão. Nesta Terra Indígena vive também, além dos Tentehar-Guajajara, parte do povo Awá-Guajá.

Realizei a pesquisa especificamente em seis aldeias da Terra Indígena Araribóia, localizadas na região de Amarante do Maranhão, atendidas pela Casa de Apoio à Saúde do Índio/ CASAI e Pólo-Base, a qual estarei me referindo como CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante)¹⁶.

A CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) atende atualmente aproximadamente trinta e sete aldeias¹⁷ Tentehar-Guajajara e constitui uma estrutura de atendimento que foi criada como resultado de

¹⁵ Cidade que se localiza a aproximadamente 150 km de Imperatriz.

¹⁶ Esta é uma estrutura criada pelos próprios índios, sobre a qual tratarei no capítulo I. Utilizarei *CASAI/Pólo-Base Guajajara* de forma a respeitar a forma como os índios se referem a esta estrutura. Amarante entre parêntese para demarcar a região.

¹⁷ Refiro-me a um número aproximado visto que entre o povo Tentehar-Guajajara é muito comum aldeias serem criadas e outras abandonadas, assim não é possível definir um número preciso.

mudanças no atendimento indigenista de saúde no Pólo-Base de Amarante, ao longo do período de 2000 a 2006, cuja configuração teve diretamente a participação indígena¹⁸.

A escolha por realizar a pesquisa junto aos Tentehar-Guajajara que vivem em terra indígena localizada na região de Amarante do Maranhão deve-se ao fato de que acompanhei o processo de implantação do DSEI-MA e o início das atividades neste Pólo-Base, durante o período de 2000. Optei por esse recorte em função de lá ter realizado o trabalho de investigação para a dissertação e pelas condições práticas relativas à realização da pesquisa (facilidade de acesso), como também por considerar que esta aldeia abrange elementos focados em meu trabalho de investigação: a participação oficial e as estratégias indígenas de participação. Defino o recorte temporal de 2000 a 2007 por corresponder ao período de funcionamento do novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.

A investigação constou de revisão bibliográfica, pesquisa documental e trabalho de campo. No levantamento documental tomei como referência jornais impressos e *on line* como um dos recursos para mapear as estratégias de participação acionadas pelos índios. Inicialmente realizei um levantamento de todas as estratégias acionadas pelos Tentehar-Guajajara, cujo total corresponde a um número de aproximadamente trinta e uma situações. Em seguida selecionei as que envolviam os Tentehar-Guajajara (Amarante).

Além das informações adquiridas via jornal fiz levantamento da documentação das instituições diretamente relacionadas à questão indígena. Após este levantamento passei às informações diretas dos índios, funcionários da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), DSEI-MA, FUNAI, etc.

O trabalho de pesquisa no DSEI-MA ocorreu sem problemas no acesso aos documentos. As relações estabelecidas no âmbito da FUNASA e nas aldeias facilitaram a apreensão de informações. O mesmo ocorreu em Amarante do Maranhão, não só na própria CASAI, mas nas conversas com moradores da cidade que não estão relacionados diretamente a questão indígena.

Considero que o “acesso” aos documentos foi facilitado pelo fato de participar da Pesquisa *Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena*, coordenada pela prof^a. Elizabeth Coelho, minha orientadora, financiada pelo Fundo de Amparo a Pesquisa no Maranhão/FAPEMA e SUS/Ministério da Saúde.

Coloco acesso entre aspas, visto que um dos problemas vivenciados na etapa da pesquisa documental refere-se ao “desaparecimento” de documentos. No DSEI-MA a justificativa apresentada para o sumiço dos documentos eram as constantes mudanças de prédios. Alguns documentos só foram acessados através de relações estabelecidas fora do DSEI. Documentos importantíssimos como atas de reuniões do Conselho Distrital, por exemplo, obtive com um funcionário que havia reproduzido cópias para si. O acesso, neste caso, foi possível graças a relações estabelecidas antes da realização da pesquisa.

Na CASAI Guajajara, a justificativa para a perda de documentos eram as dissidências entre os índios que ocasionavam mudança de prédio, favorecendo a perda dos documentos. Outra justificativa apresentada foi a de que os índios que se encontravam em tratamento na CASAI costumavam usar os documentos para fazer cigarro. Alguns documentos só foram acessados porque os próprios índios, conselheiros locais e AIS, disponibilizaram suas cópias.

¹⁸ Estarei fazendo referência a tais *mudanças* no capítulo I.

Soma-se a dificuldade de obter informações a questão da alta rotatividade dos funcionários que atuam na saúde indigenista tanto na CASAI/Pólo-Base Guajajara, quanto no DSEI-MA.

Pude, durante a realização da pesquisa documental, observar a forma como funcionários do DSEI-MA e CASAI/Pólo-Base Guajajara relacionam-se com os índios. No DSEI-MA prevalece um clima de temor, por parte de alguns funcionários, sempre que é necessário o contato com os índios. Pude perceber esse clima através de contatos telefônicos e, principalmente, quando os índios estavam no DSEI-MA. Os funcionários temiam interrompê-los quando estavam reunidos com a chefia do DSEI-MA, mesmo quando havia a necessidade de entregar algum documento de interesse dos índios.

Acredito que este temor deva-se a situações vivenciadas pelos funcionários durante os momentos em que os índios acionam *estratégias indígenas de participação* ou ameaçaram fazê-lo, como, por exemplo, a ocupação do prédio da FUNASA e retenção de funcionários.

Em Amarante a situação não é muito diferente, apesar do contato com os índios ser contínuo, visto a proximidade das aldeias e a grande demanda destes por serviços de saúde na cidade. Esta situação deve-se principalmente a possibilidade constante de embate e conflitos com índios alcoolizados na CASAI Guajajara.

Nas aldeias, o conhecimento anterior mantido com os índios e a inserção nesta pesquisa do Ministério da Saúde facilitou a entrada e a convivência com os índios. A viagem para as aldeias não é só um deslocamento no espaço geográfico, mas um deslocamento de mundo, de tempo... Essas viagens são sempre cheias de surpresas e imprevistos. Sempre que vou para as aldeias Tentehar-Gujajara, enquanto me¹⁹ distancio de Amarante do Maranhão, sinto um misto de curiosidade e ansiedade pelo que vivenciarei. As viagens sempre oferecem grandes aventuras... Não só em função do deslocamento físico, mas principalmente a viagem interior, de reflexão, de pesquisa... O exercício de um olhar que se pretende atento, buscando apreender além do que se vê...

As diferenças são muitas: contemplar o horizonte e ver serras que em seu cume são azuladas e parecem tocar o céu; ou a mudança na vegetação que passa da tonalidade verde para a marrom, pela transição entre floresta e cerrado. Ou o inesperado encontro com um veado, que tão surpreso quanto nós saí em disparada e logo se confunde com as sombras dos pequizeiros...

Na aldeia logo passo a ouvir continuamente uma língua conhecida: o Tentehar. A curiosidade é recíproca: observo e sou observada o tempo todo. Nas conversas questiono e sou questionada... A chegada à aldeia não é um ponto de partida, mas a continuação de um processo que é mais do que uma pesquisa, é um encontro ou reencontro com pessoas com quem convivo durante algum período nas aldeias, em suas casas. A pesquisa é mais do que uma relação entre sujeitos, é uma relação social na qual se interage.

Cada povo, cada aldeia tem sua história... Ao chegar às aldeias Tentehar-Gujajara, à primeira vista, parece-nos que a diferença está só na língua, um sinal diacrítico. Mas, a convivência e o tempo mostram que as diferenças estão também na forma de se organizar, de pensar e representar o mundo... Além de

¹⁹ Durante o período de 1998 a 1999 realizava as viagens com membros da pesquisa *Etnologia e saúde Bucal das Populações indígenas no Maranhão*. No ano de 2000 realizava sozinha a pesquisa nas aldeias. Nas viagens de 2006 estava em companhia de Bruno Ferreira e Michael Cardoso, dois estudantes do Curso de Ciências Sociais da UFMA. Fazemos parte da equipe de Pesquisa *Política Indigenista de Saúde e Participação indígena*, coordenado pela Prof^a Dr^a Elizabeth Coelho, da UFMA.

compartilhar uma língua, compartilham uma cultura diferenciada, constituem o que Kymlicka (1996) define como sendo *nação*.

Os Tentehar-Guajajara tem mais de 380 anos de contato com a sociedade envolvente. As relações foram intensas e tiveram repercussão na cultura. Muitas coisas mudaram na relação entre os Tentehar-Guajajara e o Estado. Entendo que esta relação dá-se em processos distintos, nos quais ambos acionam estratégias distintas. O Estado elabora suas formas próprias de tratar os povos indígenas e os povos indígenas, por sua vez, elaboram suas formas de lidar com o Estado.

Na relação entre Estado e povos indígenas cabe considerar que cada povo indígena constrói sua *identidade*, entendida aqui a partir do que define Castells (2001, p. 22-3):

Um processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda em um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significados (...) Identidades organizam significados.

Para este autor, quem constrói e os motivos pelos quais a identidade coletiva é construída, são determinados pelo seu conteúdo simbólico e o significado que passa a ter para aqueles que com ela se identificam. Os povos indígenas, na relação com o Estado, acionam tanto a *identidade legitimadora* quanto à de *resistência* (CASTELLS, 2001). A *identidade legitimadora* é introduzida por instituições dominantes da sociedade com objetivo de expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais, que a internalizam construindo significados a partir da mesma; a *identidade de resistência* é:

criada por atores que se encontram em oposição/ condição desvalorizadas e/ ou estigmatizadas pela lógica de dominação, construindo, assim, trincheiras de resistência e sobrevivência com base em princípios diferentes dos que permeiam os princípios da sociedade, ou mesmo opostos a estes últimos (CASTELLS, 2001, p. 34).

É na tensão entre estes dois tipos de identidade que a relação de poder entre Estado e povos indígenas vem se constituindo e caracterizando a construção das políticas indigenistas no Brasil: em alguns momentos estes povos acionam a identidade legitimadora, na qual reivindicam os mesmos direitos facultados à sociedade nacional, buscando um tratamento de igualdade; e em outros momentos acionam a identidade legitimadora, reivindicando direitos diferenciados²⁰ e criando estratégias que têm possibilitado manterem-se como povos distintos.

A forma como tratam o Estado é permeada pelos significados construídos e elaborados por cada povo. Portanto, quando me refiro a uma pesquisa sobre o respeito às especificidades dos povos indígenas, estou me referindo à especificidade dos Tentehar-Guajajara que vivem em algumas aldeias da Terra Indígena Araribóia. É importante fazer essa demarcação, pois se estou partindo da premissa do respeito à diferença pelo Estado no atendimento indigenista de saúde, não posso desconsiderar as especificidades existentes entre os povos indígenas, e, até mesmo dentro de um mesmo povo.

²⁰ Kymlicka (1996) destaca que um dos grandes desafios do multiculturalismo é acomodar a diversidade das minorias nacionais de forma estável e moralmente aceita, através da cidadania diferenciada que consiste em direitos específicos em função do grupo. Os direitos diferenciados podem servir também para protegê-los contra pressões externas do poder econômico e político da sociedade na qual estão inseridos.

Para ampliar os conhecimentos sobre o povo Tentehar-Guajajara tomei como referência trabalhos anteriores produzidos por Coelho (1987, 2002), assim como os de Wagley & Galvão (1955), Galvão (1996), Zannoni (1999), Gomes (2002). Tais trabalhos foram consultados com objetivo de apreender aspectos sócio-culturais a partir de uma dimensão histórica, visando a obter subsídios para o entendimento e análise sobre a maneira como a organização social deste povo tem implicações na forma como foi definida a participação indígena na organização e execução das ações indigenistas de saúde.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos principais, assim distribuídos:

No Capítulo I, apresento a estrutura de organização de serviços de saúde no modelo de DSEI, de forma a situar onde se insere a participação indígena definida oficialmente, e também a forma como foi se definindo a organização de serviços junto aos Tentehar-Guajajara (Amarante) em função das iniciativas dos próprios índios.

No Capítulo II e III, trato das formas de participação indígena que não rompem com o que está instituído. No Capítulo II analiso aspectos da participação indígena instituídos oficialmente, relativos à execução e organização dos serviços de saúde. Trato especificamente da participação dos AIS, AISAN, conselheiros locais e distritais de forma a apreender se o Estado (DSEI-MA/FUNASA-MA) vem e como vem implementando ações que visem promover a participação indígena e se os Tentehar-Guajajara tem efetivamente participado deste processo.

No Capítulo III, discuto as formas de participação dos Tentehar-Guajajara na organização e execução dos serviços mais especificamente no âmbito da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) e aldeias. Busco refletir sobre a demarcação de espaços de participação indígena formuladas pelo Estado e as formas de participação *resignificadas* pelos índios, considerados “usuários” de serviços pelo modelo de DSEI, mas que se constituem efetivos participantes no processo da saúde indigenista.

No Capítulo IV analiso as *estratégias de participação indígena* acionadas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante), enfocando principalmente as ações que rompem com o que está instituído oficialmente. Para tanto, analiso os tipos de estratégias acionadas, as reivindicações apresentadas, os resultados e as conseqüências.

Por último, nas Considerações Finais, faço algumas reflexões sobre as ambigüidades e contradições na participação indígena em um modelo de saúde que se pretende específico e diferenciado, mas ao mesmo tempo reflete as possibilidades do respeito à diferença, através da participação indígena como um dos grandes desafios do multiculturalismo.

1 MODELO INDIGENISTA DE SAÚDE: os Desafios da Diversidade

Ao longo do tempo de contato interétnico²¹, a relação entre povos indígenas e Estado, no Brasil, tem sido caracterizada pelo objetivo explícito de assimilação destes povos, com a criação de várias estratégias e mecanismos que permitissem concretizá-lo, conforme já fiz referência. Coelho chama a atenção para o fato de que em pleno século XX, todavia, “a insistência dos povos indígenas em contrariar as previsões de aculturação e assimilação, por tanto tempo afirmadas nas políticas indigenistas brasileiras, provocou a necessidade de o Estado redimensionar a relação que vinha mantendo com os Povos indígenas” (2001, p. 27).

A existência de vários povos indígenas no Brasil e a pressão que passaram a exercer, juntamente com organizações²² de apoio aos mesmos, assim como a pressão da opinião pública nacional e internacional contribuíram para mudanças no texto constitucional de 1988, garantindo a inclusão do respeito à diferença. Nesta Constituição, no seu artigo 231 foi definido que:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, os direitos originários sobre suas terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 2000).

Além de tratar de aspectos relativos especificamente à questão indígena, esta Constituição ocasionou mudanças no que se refere à saúde pública ao definir que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Estabeleceu, também, as condições para a construção de um Sistema Único de Saúde/ SUS.

A saúde pública nem sempre foi um direito de todos. A partir da década de 1920, a saúde passou a constituir um direito dos trabalhadores, condicionado a contribuições feitas à previdência social. Durante o período de regime militar, dá-se uma ampliação das políticas sociais, através de um processo de privatização dos setores de bens de consumo coletivo, entre os quais se inserem saúde e educação. No período de 1964 a 1975, o Brasil passou por um processo, que se pode chamar, de *desenvolvimento sem democracia*: o setor econômico passa a ter como base o investimento no setor de bens de capital, com a presença de capital financeiro e um processo crescente de empréstimo internacional.

Na saúde pública brasileira, a partir da década de 1970, organizam-se os movimentos populares da saúde, como parte constitutiva dos novos movimentos sociais, especialmente em São Paulo. Tais movimentos tinham em comum a crítica as condições de saúde e necessidade de redemocratização do país, vindo a se unificar no Movimento Sanitário de Saúde na luta pela Reforma Sanitária (SILVA, 2004).

Paralelamente a tais discussões no Brasil, ocorriam discussões em âmbito internacional que influenciaram as mudanças na saúde pública no Brasil. A vinculação com o contexto internacional pode ser observada em relação à *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*, em Alma-Ata²³, realizada de 6 a 12/09/1978.

²¹ Categoria que abrange as relações estabelecidas entre indivíduos e grupos de diferentes procedimentos “nacionais”, “raciais” ou “culturais” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976, p. 1).

²² Associação Brasileira de Antropólogos/ABA, Conselho Indigenista Missionário/CIMI, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência/SBPC, Centro de Trabalho Indigenista/CTI, etc. (SANTILLI, 1991).

²³ Capital do Cazaquistão/União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

A Organização Mundial de Saúde/ OMS foi a promotora desta Conferência que definiu um modelo internacional da *Política de Cuidados Primários de Saúde* (PHC - Primary Health Care), cujas deliberações foram registradas na Declaração de Alma-Ata. Esta Declaração define que “todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores” (OMS, 1978).

Este modelo prevê uma forte vinculação entre saúde e participação das pessoas para as quais as ações de saúde são direcionadas, tanto no âmbito da organização como da execução no atendimento primário, que deve ser realizado em nível local: no local de moradia²⁴.

No Brasil, um dos países que também participou da Conferência de Alma-Ata (1978), as mudanças na saúde pública nacional e a saúde indigenista têm como marcos, além da Constituição Federal de 1988, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, ambas realizadas em 1986.

O texto constitucional de 1988 lança os elementos que subsidiaram as mudanças a partir do início da década de 1990, com a criação SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde/LOS (Leis 8.080/90 e 8.114/90) e a Norma de Operacionalização Básica. A Lei 8.080/90, no artigo 4º Título II, define que o Sistema Único de Saúde – SUS constitui:

o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...] (BRASIL, 1990a).

Esta definição do SUS atribui responsabilidades sobre a saúde nas três esferas: federal, estadual e municipal, mas prevê que a iniciativa privada poderá participar do SUS de forma complementar.

As LOS não dispõem sobre a forma como a saúde indigenista seria integrada no SUS. A tentativa de criação de um modelo indigenista de atenção à saúde, inspirado nos princípios do SUS, tem início na década de 1990. A primeira experiência de DSEI no Brasil, ocorreu em 1991, com a criação do DSEI Yanomami para atender aos Yanomami²⁵.

Em relação aos outros povos indígenas, as mudanças na saúde ocorreram cheias de idas e vindas, demonstrando uma disputa interinstitucional entre FUNAI e FUNASA. Em alguns momentos a coordenação das ações de saúde foi assumida pela FNS/FUNASA²⁶, através do Decreto 23/91; em outros pela FUNAI, com o Decreto 1141/94. A partir de 1994, com a Resolução N.º 2 da Comissão Intersectorial de Saúde do Índio/ CISI²⁷,

²⁴ A *Política de Cuidados Primários de Saúde* foi construída com base nas experiências de alguns países, entre os quais a China, Bangladesh, Nigéria e Cuba.

²⁵ O DSEI Yanomami foi criado através da Portaria Interministerial 316, de 11 de abril de 1991 (SANTOS, 2000; MAGALHÃES, 2001).

²⁶ Neste período a Fundação Nacional de Saúde adotava a sigla FNS, o que mudou em 2000, quando a Fundação passou a ser referida pela sigla FUNASA. A sigla FNS passou a designar Fundo Nacional de Saúde.

²⁷ A CISI foi instituída pelo Decreto 1.141/94, sendo presidida pelo Ministério da Justiça através da FUNAI, com objetivo de prestar assessoria ao Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de projetos de saúde direcionados aos povos indígenas.

ambas as instituições assumiram a saúde indigenista: a FUNAI, responsável pela assistência; a FUNASA pela prevenção²⁸.

A alternância de atribuição de responsabilidade sobre as ações de saúde entre a FUNAI e FUNASA demonstra uma disputa que se caracteriza como um *campo de poder*²⁹, tal como define Bourdieu (1998). As relações interinstitucionais relacionadas à política indigenista de saúde, ocorrem em um campo de lutas com objetivos de transformar ou conservar o campo de forças de um Estado que aqui é apreendido como sendo um lugar de conflitos e não um todo homogêneo, conforme já fiz referência.

A divisão de responsabilidade manteve-se até o final da década de noventa, quando passou a vigorar a nova legislação que culminou com a transferência da responsabilidade sobre todas as ações indigenistas de saúde para a FUNASA e a criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/ DSEI no Brasil³⁰.

Quadro 02: DSEI criados no Brasil.



FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

FONTE: www.funasa.gov.br, 2003

²⁸ O Decreto 23/91 transferiu a coordenação e execução das ações indigenistas da FUNAI/ Ministério da Justiça para a FUNASA/ Ministério da Saúde. O Decreto 1.141/94 transferiu estas ações novamente para a FUNAI. A Resolução N.º 2, publicada pela CISI, em outubro de 1994, aprovou o *Modelo de Atenção Integral à Saúde Indígena* que estabelece uma divisão de responsabilidades institucionais (CRUZ, 2003).

²⁹ Para Bourdieu campo de poder consiste em: “relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um quantum suficiente de força social - ou de capital - de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão capital as que têm por finalidade a definição da forma legítima de poder...” (BOURDIEU, 1998, p. 28-9).

³⁰ Cf. em www.funasa.gov.br

A inserção da gestão da saúde indigenista no âmbito da FUNASA significou um desafio que comprometeu a referência positiva que esse órgão havia conquistado ao longo dos anos. Despreparada para assumir essa função, que requer competências que seus quadros não dispunham, como, por exemplo, conhecimento da diversidade indígena e sensibilidade para atuar com diferentes concepções de saúde e doença, a FUNASA viu-se envolvida num emaranhado de denúncias de ineficiência no que se refere à saúde indigenista.

1.2 Universalidade e Diversidade: Faces de uma Mesma Moeda?

A partir de princípios constitucionais, foi definido que o SUS teria como diretrizes: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, universalidade e equidade. A descentralização seria realizada com direção única em cada esfera do governo (estadual, municipal e federal); o atendimento integral abrangeria atividade de assistência curativa e também de prevenção; a participação da população dar-se-ia através das instâncias de controle social referentes às atividades e serviços públicos de saúde. A universalidade garantiria o atendimento a todos e a equidade possibilitaria que as redes de serviços fossem organizadas a partir das desigualdades existentes, buscando ajustar suas ações de acordo com as necessidades de cada parcela da população.

Neste sentido, a formulação e implementação da política indigenista de saúde, adquire as seguintes características: é baseada na política nacional de saúde, que foi criada para a sociedade brasileira; é definida contraditoriamente como sendo indigenista – para os povos indígenas – e também nacional, como se todos os indígenas fizessem parte de uma única nação.

A política indigenista de saúde, que se efetiva através dos DSEI, caracteriza-se pela fragmentação ou, como colocado oficialmente, pela descentralização. Expressa um dos aspectos que considero contraditório no atual modelo de atendimento indigenista de saúde: o fato de que ao mesmo tempo em que o Estado afirma o respeito aos aspectos sócio-culturais dos índios, retira a saúde indigenista de uma instituição criada especificamente para o trato com estes povos e a insere num sistema nacional.

Não pretendo discutir aqui os problemas presentes nos princípios e diretrizes dos órgãos indigenistas oficiais, criados para promover o processo de *aculturação*³¹ destes povos, a sua integração à comunhão nacional, mas apreender em que medida a fragmentação ou descentralização interfere no processo de atenção à saúde indígena. Cabe ressaltar, todavia, que apesar de todos os problemas existentes nas instituições indigenistas, especialmente o Serviço de Proteção ao Índio e a FUNAI³², foram criadas para o trato específico com estes povos, com estruturas específicas para execução de serviços: infra-estrutura física, recursos humanos, recursos financeiros, patrimônio, etc. Instituiu-se uma rede de serviço específica para os povos indígenas, nas

³¹ Categoria que se refere ao processo de transformação dos índios em “civilizados”. Cf. Siegel et al (1959)

³² Ao longo do tempo, a relação entre povos indígenas e o Estado – primeiro o português e brasileiro – foram marcadas pela criação de vários mecanismos, como, por exemplo, o Directório de Pombal, no período do Brasil Colônia, ou ainda o Regimento das Missões, de 1848. Cf. Coelho (1990).

aldeias, e a contratação de pessoal para atuar exclusivamente com os índios, admitidos através de regime jurídico único. Apesar dos objetivos explícitos de assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional, as condições de trabalho acabavam por favorecer que os profissionais conhecessem os povos com os quais trabalhavam e alguns aprendessem a respeitar suas culturas.

A relação entre Estado e povos indígenas, após a Constituição de 1988, passa a ser fortemente marcada pela ambigüidade do discurso oficial e pelo descompasso entre o discurso oficial e as ações indigenistas. Anteriormente o discurso apontava para a homogeneização³³, mas a forma de organização dos serviços era específica aos povos indígenas. Atualmente, o discurso configura-se de forma ambígua, oscilando entre diferenciação e universalidade, o que se expressa, também na organização e execução dos serviços que tendem a homogeneização. Pacheco chama a atenção para o fato de que:

[...] tais políticas são executadas segundo uma lógica que homogeneiza os grupos sociais a que se destina. A idéia de “público alvo” não consegue acurar as diferenças culturais e de condições sociais sobre as quais uma determinada política é desenvolvida. Em muitos casos é essa lógica homogeneizante que leva a política à ineficácia ou uma baixa cobertura. [...] (PACHECO, 2005, p. 177).

Apesar do discurso de respeito à diferença, criou-se um modelo de atenção à saúde subordinado ao sistema nacional, cuja rede de serviços é uma réplica do que está definido no âmbito do SUS, adaptada às terras indígenas. A contratação de pessoal é temporária, o que gera instabilidade e alta rotatividade de funcionários e, ao mesmo tempo, inviabiliza um processo de qualificação profissional continuada para o trato com os povos indígenas.

Anteriormente, de acordo com o Estatuto do Índio/ Lei 6001/73 eram garantidos cuidados especiais aos índios. Havia a garantia de que os direitos dos brasileiros eram aplicados, também, aos índios. Os índios não eram excluídos do acesso ao atendimento de saúde oferecido à população brasileira. A referida lei define³⁴, no artigo 54, que “os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional” (BRASIL, 1973).

Antes da década de noventa, a FUNAI já realizava atendimento indigenista de saúde em nível local, nas aldeias, através da atuação de profissionais de saúde e mesmo de índios, como monitores. Havia também espaços destinados ao alojamento dos índios que precisavam de atendimento de saúde fora das aldeias, as *Casas de Índio* que são semelhantes às CASAI³⁵.

Ao destacar a atuação anterior da FUNAI não pretendo assumir que tais serviços eram prestados de forma eficiente, mas ressaltar que grande parte do que se coloca como novidade no modelo atual já vinha sendo vivenciado. Por outro lado, quero apontar o significado da existência de um órgão exclusivo ao atendimento dos povos indígenas como uma expressão do reconhecimento de que são distintos dos brasileiros e, portanto, requerem estruturas burocráticas específicas.

³³ Homogeneização aqui é entendida como um processo de unificação da sociedade brasileira.

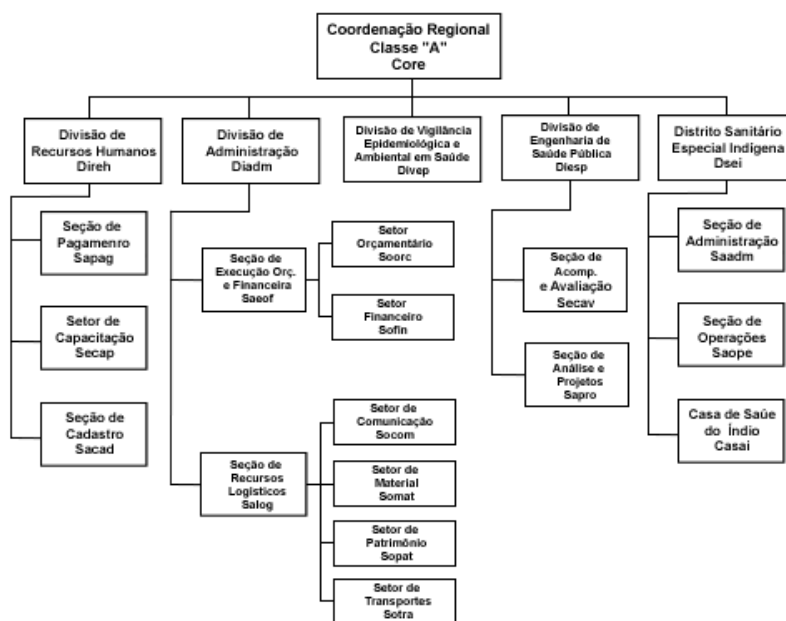
³⁴ A Lei 6001/73 está em vigor, pois não foi aprovado o novo Estatuto, que se encontra em revisão no Congresso Nacional desde outubro de 1991.

³⁵ As *Casas de Índio*, sob direção da FUNAI, eram destinadas a hospedagem dos índios que, independente dos motivos, necessitavam permanecer nas cidades. As CASAI são definidas como um local específico para receber, alojar e alimentar os índios em tratamento de saúde nas cidades e seus acompanhantes indígenas.

Ao fazer uma correlação entre o modelo de saúde anterior e o atual modelo, observa-se que ocorreu um processo de deslocamento do atendimento prestado aos índios de um órgão específico para o SUS.

Dentro do SUS, como já foi exposto, a saúde indigenista ficou à cargo da FUNASA, situando-se no organograma regional desse órgão no nível de outras divisões tais como Recursos Humanos, Administração, Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Engenharia de Saúde Pública, conforme diagrama abaixo:

Fluxograma 01: Inserção dos DSEI nas Coordenações Regionais da FUNASA



FONTE: www.funasa.gov.br

O modelo de saúde atual se propõe a executar uma atenção integral à saúde, em contrapartida ao estilo assistencial que caracterizava o antigo modelo³⁶.

A atual política indigenista de saúde, denominada *Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas/ PNASPI*³⁷, que foi aprovada como parte integrante da política nacional de saúde, afirma ter o propósito de:

Garantir o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, p. 12, grifos meus).

³⁶ Cf Costa (1987); Santos (2000).

³⁷ A *Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas* foi elaborada de acordo com a Constituição Federal de 1988 e das determinações das Leis Orgânicas, sendo aprovada em caráter preliminar, em 2000, pelo Conselho Nacional de Saúde e aprovada, em 2002, pelo Ministério da Saúde através da Portaria 254/2002 como parte integrante da Política Nacional de Saúde (CRUZ, 2003).

A referência à existência da diversidade, a pretensão de contemplá-la e reconhecer a eficácia das “medicinas” coloca-se ao lado da afirmação de que a garantia da atenção à saúde para os povos indígenas está subordinada aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

Na política indigenista de saúde há a afirmação de que para a sua implementação faz-se necessária à adoção de um **modelo complementar e diferenciado** de organização de serviços que garantam ao índio o exercício de sua cidadania, visando à proteção, recuperação e promoção de saúde. Uma cidadania estabelecida dentro de uma concepção de universalidade e igualdade em relação a todos os outros brasileiros, por conta da qual se criou um subsistema no SUS. Neste sentido, ressalta:

[...] Deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a **adequação de capacidade do Sistema**, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados **é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada**, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da **adequação das formas convencionais de organização de serviços** (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, p.5, grifos meus).

O atendimento diferenciado, de acordo com este texto, está relacionado à **adequação** das formas convencionais de organização dos serviços às especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais contidas no SUS³⁸. O diferenciado, neste sentido, corresponde à adequação ao que já está instituído, que compreende a referência principal.

A forma como foi definida a saúde indigenista evidencia o tratamento fragmentado, ou descentralizado, que o Estado adotou nas políticas públicas. Como consequência as políticas indigenistas passam a ser compartimentalizadas em diferentes ministérios e instituições.

Essa fragmentação reflete uma imposição da forma de organização burocrática da sociedade brasileira, desrespeitando as formas de organização dos povos indígenas, cuja organização está baseada em uma concepção holística. A fragmentação intensifica-se no trato da saúde indigenista, que segundo esse modelo requer a atuação de diferentes instituições (FUNASA, prefeitura, ONG, etc.) ou setores distintos de uma mesma instituição.

Oficialmente tais instituições são colocadas como responsáveis pela execução dos serviços de saúde, na perspectiva de um atendimento específico e diferenciado. Na prática, todavia, tais instituições não prestam o atendimento nesses moldes. Ao DSEI/FUNASA caberia a responsabilidade maior de organização dos serviços.

A lógica fragmentada de organização de serviços desrespeita as formas de organização dos povos indígenas, que se baseiam no contexto de totalidade.

³⁸ A própria *Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas* reconhece que para sua implementação faz-se necessário a criação de um subsistema do SUS. O Subsistema foi criado através da Lei 9.836 ou Lei Arouca, que foi sancionada em 23/09/1999. Esta Lei acrescenta o Capítulo 5 ao Título II da Lei 8.080/90, referente à organização e funcionamento de saúde no SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000; CRUZ, 2003).

Por outro lado, a descentralização das ações, que delega às instâncias de poder local a execução dos serviços, permite que a atenção aos povos indígenas seja prestada por aqueles que vivenciam conflitos constantes como esses povos.

Nesse contexto, os índios precisam dirigir-se a diferentes instituições e diferentes instâncias de uma mesma instituição (FUNASA), não mais a uma única instituição, como ocorria com a FUNAI. Por exemplo, quando os índios identificam deficiências no atendimento básico de saúde precisam dirigir-se à equipe do Pólo-Base, ao DSEI, à coordenação da FUNASA, e ao executor do convênio, que pode ser a secretaria de saúde/prefeitura municipal ou uma ONG indígena ou, ainda, uma ONG não-indígena.

A fragmentação no atendimento implica, também, numa fragmentação das responsabilidades pela deficiência dos serviços. Os índios têm dificuldades em identificar a quem devem cobrar a resolução dos problemas.

Tais questões implicam diretamente na participação indígena na organização dos serviços de saúde: como intervir e acompanhar as ações de saúde numa rede de serviços tão fragmentada e difícil de identificar os responsáveis? Para apreender melhor a importância da fragmentação na participação indígena, considero relevante apresentar a estrutura de serviços e seu sistema de operacionalização. Tomo como referência o DSEI-MA, especificamente a rede de serviços para atendimento dos Tentehar-Guajajara (Amarante), de forma a apreender como afeta a participação indígena e a qualidade dos serviços indigenistas, tentando identificar os serviços e a quem compete executar-lhes.

Ao Ministério da Saúde é atribuída à função de gestor nacional do SUS, regulamentado pela Lei 8080/91 (BRASIL, 1991). Consequentemente, foi constituído o responsável pela atenção à saúde dos índios. Sobre a execução de serviços indigenistas de saúde o MS determinou no artigo 1º da Portaria 1163/GM, de 14 de setembro de 1999:

(...) que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999, grifo meu).

O lugar da saúde indigenista neste documento já apresenta elementos para interpretações ambíguas, visto que a forma como está redigido deixa margem para diferentes entendimentos, pois coloca a FUNASA como intermediária da execução das ações e não como executora direta .

Intermediar a execução não significa executar. A intermediação pode ser feita de várias formas, dentre as quais, disponibilizando recursos financeiros para a execução através de terceiros, o que de fato ocorreu na implementação dos DSEI.

O Decreto 3.156/99, no entanto, deixa claro que caberia a FUNASA executar as ações indigenistas de saúde e que ao MS estabelecer políticas e diretrizes visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio. Ao mesmo tempo em que este documento aponta a FUNASA como executora, estabelece os DSEI como a instância através da qual seriam executados os serviços de saúde.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, **cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (BRASIL, 1999b, grifo meu).**

O texto da PNASPI, de acordo com o Decreto referido, coloca a FUNASA como o órgão **responsável e coordenador das** ações de saúde indigenista (MS, 2002). Uma incumbência ratificada pela Portaria 70/04, que afirma:

“Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - compete:
I - Coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (MS, 2004).

Independente das ambigüidades identificadas nos documentos oficiais sobre a qual instituição caberia a execução das ações indigenista, todos os documentos apresentam uma afirmação recorrente: a saúde indigenista, enquanto um subsistema, deve obrigatoriamente obedecer todos os princípios e diretrizes do SUS. Esta é uma afirmação que não deixa dúvida quanto ao “lugar” de saúde indigenista que se afirma específica e diferença e ao, mesmo tempo, subordinada a um sistema universalizado.

1.3 O Modelo de DSEI: o Específico no Universal

O DSEI, de acordo com a *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena*, constitui um modelo de organização de serviços de saúde de forma integrada, hierarquizada e com complexidade crescente de articulação com a rede do SUS.

O modelo do DSEI apresenta uma proposta de ação baseada no respeito aos aspectos sócio-culturais dos povos indígenas, por meio da execução de serviços de saúde específicos e diferenciados. A organização dos serviços indigenistas de saúde, tal como preconizado no subsistema criado no âmbito do SUS, foi definida de forma regionalizada e hierarquizada, visando uma alta capacidade de resolução de serviços tal como a elaborada para atender os não-índios, conforme pode ser observado no quadro abaixo:

QUADRO 03: Saúde no Brasil Pós-Constituição de 1988

ATENDIMENTO DE SAÚDE -DSEI				ATENDIMENTO DE SAÚDE -SUS		
	NÍVEL	LOCAL	RECURSOS HUMANOS	NÍVEL	LOCAL	RECURSOS HUMANOS
D S E I	ATENÇÃO BÁSICA	ALDEIA	AIS/AUX. DE ENF/ EMSI	ATENÇÃO BÁSICA	DOMI CÍLIO	ACS/AUX. DE ENF/ ESF
		PÓLO-BASE	EMSI		UBS	ESF
	APOIO	CASAI	EQUIPE DE ENF			
	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAIS	EQUIPES MÉDICAS	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAIS	EQUIPES MÉDICAS

FONTE: Dados da pesquisa.

De acordo com o modelo em vigor, o atendimento à saúde é prestado segundo os níveis de complexidade abaixo dispostos:

- a) Nível I, Atenção Básica;
- b) Nível II, Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade;
- c) e Nível III, Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade.

Para o atendimento básico foi definida a organização de serviços em nível local, nas aldeias, através da atuação de equipes multidisciplinares de saúde do índio/ EMSI, formadas minimamente por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes indígenas de saúde/ AIS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000). A organização da atenção básica copia o modelo da Equipe do Programa da Família/PSF, criada para atender aos não-índios.

A participação indígena na execução dos serviços de saúde está prevista, no DSEI, através da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, que serão apresentados mais detalhadamente no capítulo 2.

O sistema de fluxo dos usuários do DSEI, da mesma forma que o do SUS, ocorre de forma interna e externa, visando facilitar o acesso a todos os níveis de complexidade. A referência faz parte do fluxo externo, juntamente com a contra-referência. A referência é o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, ocorrendo sempre que há a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos. A contra-referência é o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (REBIDIA, s/d).

De acordo com a portaria 479/2001, está previsto que os DSEI possuam uma rede de serviços composta dos seguintes estabelecimentos que compõem sua infra-estrutura física que podem estar localizados nas aldeias e cidades onde se realiza o atendimento na rede SUS: Posto de saúde (Tipo I e II); Pólo-Base (Tipo I e II) e Casa do Índio. Conforme a realidade local existe a possibilidade de dois estabelecimentos funcionarem num mesmo prédio (MS, 2001).

No âmbito da aldeia são previsto o atendimento nos Postos de Saúde que são considerados como sendo “porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde” (MS, 2001). A distinção entre o tipo I e II refere-se a quem desenvolve as atividades: no tipo I esta prevista a atuação do AIS e no II a de uma auxiliar de enfermagem.

Além dos serviços nas aldeias, de acordo com a Portaria 479/01 (FUNASA, 2001), estabeleceu-se a criação de Pólos-Base, definidos como parte da estrutura de organização de serviço. A PNASPI destaca que:

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades [indígenas] terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, p. 07).

Nesta definição, o Pólo-Base é colocado como uma primeira referência de atendimento de saúde e para os AIS. A Portaria 479/01 refere-se ao mesmo como sendo “[...] um estabelecimento de referência para um conjunto de aldeias” (MS, 2001) e o classifica como sendo do Tipo I e II. Os de tipo I constituem uma instância de atendimento e a primeira referência para os AIS, os auxiliares de enfermagem e as EMSI (MS, 2001). Correspondem a uma Unidade Básica de Saúde³⁹ (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000), que se localiza em terras indígenas. Os de Tipo II constituem uma estrutura de apoio técnico e administrativo à equipe multidisciplinar, mas não de assistência. Localizam-se nos municípios de referência (MS, 2001).

Para o atendimento aos indígenas que precisam deslocar-se das aldeias para receber atendimento na rede hospitalar do SUS, foi definida a criação das Casas de Apoio à Saúde do Índio/ CASAI⁴⁰ (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000). A PNASPI (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000) coloca que as CASAI deveriam estar:

Localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

A CASAI é colocada como um local de prestação de serviços de apoio aos pacientes encaminhados para receber atendimento médico na rede hospitalar do SUS. A portaria 479/01 define como suas principais funções:

- a) recepção e apoio de pacientes e acompanhantes encaminhados pelos distritos;
- b) estabelecimento dos mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
- c) assistência de enfermagem aos pacientes em fase de recuperação;
- d) acompanhamento de pacientes para consultas, exames e internações hospitalares; e
- e) alojamento e alimentação de pacientes e acompanhantes durante o tratamento (MS, 2001).

Incluem-se nessa situação os que necessitam de tratamentos de nível II (Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade) e nível III (Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade).

³⁹ Unidade que realiza atendimento básico e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista e especialistas nestas áreas.

⁴⁰ As Casas de Apoio à Saúde do Índio, que atualmente são referidas pela sigla CASAI, durante o ano de 2000 eram referidas no DSEI-MA pela sigla CASI.

A participação indígena na organização dos serviços de saúde foi prevista através das seguintes instâncias: os Conselhos Locais e Distritais⁴¹.

Além dos tipos oficialmente definidos de participação indígena já apresentados, podem ocorrer situações nas quais os índios assumem o gerenciamento das ações indigenistas de saúde. Esse, todavia, não é um lugar previsto para ser ocupado exclusivamente por índios. Os documentos oficiais colocam a possibilidade de ações complementares de saúde indigenistas executadas por ONG (Decreto 3.156/99, Lei 9.836/99), que **também** podem ser indígenas.

Cabe destacar, que faço uma distinção entre organização de serviços e gerenciamento de serviços. A organização de serviços relaciona-se a aprovação do plano distrital, avaliação dos serviços de saúde e apreciação de prestação de contas de instituições executoras dos serviços de saúde, através do Conselho Distrital de cada DSEI, tal como previsto nos documentos oficiais⁴². O gerenciamento refere-se à responsabilidade direta sobre a execução dos serviços de saúde, de responsabilidade institucional, quer seja governamental ou não-governamental, podendo ser tarefa de uma ONG indígena.

1.3.1 O DSEI no Maranhão

As primeiras iniciativas de implantação do DSEI-MA ocorreram em 1999, quando Equipe de Saúde do Índio/ ESAI⁴³, que passou a compor a equipe do DSEI-MA, programou um trabalho de informação e divulgação do novo modelo nas aldeias atendidas pelo DSEI-MA. A Coordenação de Saúde do Índio/ COSAI⁴⁴ considerou que seria melhor fazer a divulgação através de um seminário, em São Luís, que reuniria as lideranças de todos os povos indígenas, assim como representantes das Administrações Regionais da FUNAI. A ESAI ficou responsável por sua organização.

O evento, denominado *Seminário Regional sobre a Proposta do Ministério da Saúde na Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas*, ocorreu no período de 29 a 31 de março de 1999. Neste Seminário foi apresentado o modelo de atenção à saúde indígena, proposto pelo Ministério da Saúde, por uma representante da COSAI, uma antropóloga.

Estiveram presentes índios Tentehar-Guajajara, Ramkokamekra-Canela, Apaniekra-Canela, Krikati, Pukobyê (Gavião) e também Tentehar-Tembé. Além dos índios, participaram deste evento prefeitos, secretários de saúde, representantes da FUNAI, de ONG, da Universidade e técnicos da FUNASA.

⁴¹ No capítulo 2 serão detalhadas a composição e função desses conselhos.

⁴² Cf. Decreto N.º 3156/99 (BRASIL, 1999b).

⁴³ As Equipes de Saúde do Índio/ ESAI foram criadas no âmbito das coordenações regionais da FUNASA, com objetivo de planejar e executar ações de saúde específicas às populações indígenas de sua área de abrangência. (SANTOS,2000).

⁴⁴ Coordenação criada na FUNASA, vinculada ao departamento de Operações, com as funções de coordenar, no âmbito do SUS, ações de saúde, assim como definir, em conjunto com o departamento de saúde da FUNAI, critérios para elaboração de projetos específicos de caráter estratégicos visando à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio (CRUZ, 2003).

Não houve a participação indígena esperada pela COSAI. Estiveram presentes índios de apenas cinco dos oito povos que habitam no Maranhão⁴⁵ e estes afirmaram que, mesmo como lideranças, não tinham condições de legitimar as deliberações definidas no Seminário, destacando a necessidade de retornar às aldeias e dialogar com suas comunidades.

Era possível observar um desconforto por parte de alguns índios e de representantes da FUNAI diante da possibilidade de extinção da FUNAI face a transferência de suas ações para outros órgãos. O desconforto foi reforçado pelo insucesso da apresentação do modelo. A antropóloga, representante da COSAI, não conseguia se expressar em português, por não ser brasileira. A esta dificuldade somou-se a ausência de tradutores que pudessem transmitir, nas diferentes línguas indígenas, o que estava sendo colocado.

A *Equipe de Etnologia*⁴⁶ ao avaliar os resultados deste seminário sugeriu a ESAI-MA que fosse realizado um trabalho de discussão sobre as mudanças na saúde indigenista junto aos índios nas aldeias. A ESAI-MA aceitou a sugestão, pois percebia a necessidade de fazer um trabalho de informação e divulgação junto aos povos indígenas, tal como fora programado inicialmente. Para tanto, foi formada uma equipe composta por um representante da ESAI-MA e pelos integrantes da equipe de Etnologia. Definiu-se, ainda, que tal atividade seria realizada tomando-se como critério a divulgação por Administrações Regionais da FUNAI no Maranhão, visto que a organização administrativa da FUNAI sempre fora referência das ações de saúde desenvolvidas pela FUNASA, no âmbito da prevenção⁴⁷.

Em meados de maio de 1999, iniciou-se esse trabalho de divulgação que se restringiu a informar às mudanças que ocorreriam na saúde indigenista, sem a discussão de questões extremamente relevantes relacionadas à definição e organização do DSEI-MA. Foram tratadas apenas questões mais operacionais.

O trabalho de divulgação nas aldeias não foi suficiente para esclarecer as dúvidas e inquietações sobre o modelo do DSEI, frente às inúmeras barreiras: étnicas, lingüísticas, etc. Como consequência da permanência de dúvidas e resistência às mudanças foi então realizado um encontro em São Luís, de 23 a 24/08/1999, com a presença de lideranças indígenas de todos os povos que seriam atendidos pelo DSEI-MA, representantes da FUNAI e da ESAI-MA, assim como o Chefe da COSAI, Ubiratan Pedrosa. Esta reunião foi solicitada pelos próprios índios.

A reunião foi conduzida pelo chefe da COSAI, que novamente apresentou o modelo e as atribuições da FUNASA. Ressaltou a necessidade do trabalho dos AIS em cada aldeia e que o mesmo deveria ser escolhido pela própria comunidade. Informou que haveria uma equipe para supervisionar seus trabalhos nos locais onde seriam instalados os Pólos-Base: Amarante, Grajaú, Zé Doca, Barra do Corda, Arame. Nestes municípios seriam firmados convênios com a rede hospitalar para assistência aos índios.

⁴⁵ Os Tentehar-Guajajara, Ka'apor (Urubu) e Awá-Guajá falam línguas indígenas distintas que são classificadas como pertencentes ao tronco lingüístico Tupi. Os índios Pukobyê (Gavião), Krikati, Ramkokamekra-Canela, Apaniekra-Canela e Timbira/Krepúmkateyê falam línguas distintas entre si que são classificadas como pertencente ao troco lingüístico Macro-Jê (RODRIGUES, 1993).

⁴⁶ Equipe sobre a qual já fiz referência, formada por alunos do curso de Ciências Sociais e o indigenista da FUNAI de São Luís.

⁴⁷ Conforme já fiz referência, no período de 1994 a 1999 vigorou o Decreto 1.141/94 e a Resolução Nº 02, publicada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio/CISI que aprovou o *Modelo de Atenção Integral à Saúde Indígena* que aprovou a divisão de responsabilidade entre ambas as instituições: a FUNASA com a prevenção e a FUNAI com a assistência.

O chefe da COSAI informou, ainda, que na organização das ações estava prevista uma rede de serviços de transportes e de farmácia, assim como seriam desenvolvidos trabalhos na área da assistência básica. Ressaltou que a proposta do DSEI seria discutida e adaptada a cada realidade, mas enfatizou a necessidade da existência de um AIS em cada aldeia.

As questões tratadas nesta reunião pelo chefe da COSAI permitem identificar que sua realização tinha como objetivo principal trazer informações que dirimissem as eventuais dúvidas dos índios. Estes, por sua vez, pretendiam sair da reunião com alguns pontos definidos, tais como a indicação do chefe do DSEI-MA e a localização de sua sede.

O posicionamento dos povos indígenas na relação com a FUNASA evidencia o quanto a participação indígena é um processo em construção, que passa pela resignificação que os índios fazem dos espaços e modos de participação.

Esta situação configura uma relação de *poder*, tal como define Foucault (1981), como algo que circula, na qual os indivíduos estão sempre em posição de exercê-lo ou sofrer a sua ação, não sendo nunca alvos inertes ou consentidos, mas sendo sempre centros de transmissão: o poder não se aplica aos indivíduos, mas passa por eles.

A indicação do chefe do DSEI-MA foi abordada nesta reunião por iniciativa dos índios que colocaram a necessidade da definição da chefia. Uma parte dos índios indicou o nome do médico que atuava na FUNAI. Um Tentehar-Guajajara discordou dessa indicação, afirmando que o chefe do DSEI teria que estar comprometido com a comunidade indígena, ressaltando nunca ter visto o médico da FUNAI nas aldeias, sendo apoiado por outra parte dos Tentehar-Guajajara.

Outro Tentehar-Guajajara indicou a enfermeira/chefe da ESAI-MA para o cargo, o que gerou discussão entre os índios, por discordarem desta indicação. Os que se opuseram a esta indicação informaram que um grupo de índios havia ido a Brasília reivindicar a disposição da enfermeira/chefe da ESAI-MA para outros setores da FNS/FUNASA⁴⁸ ou mesmo para outra instituição, por não concordarem com sua atuação na saúde indigenista.

O chefe da COSAI, por sua vez, fez a seguinte colocação:

O objetivo do DSEI não é criar divisões entre os índios. A nomeação do chefe do DSEI é uma atribuição do presidente da FNS, da qual não abre mão. O representante tem que ser da FNS, vocês podem até fazer sugestões, mas o critério de escolha estabelece que o representante deve ser do quadro da FNS, pois o representante da comunidade indígena estará no Conselho Distrital (Ubiratan Pedrosa, 1999).

Uma das lideranças Krikati perguntou ao chefe da COSAI, qual seria sua indicação para a chefia do DSEI. Em sua resposta indicou um médico da FNS/FUNASA. Diante dessa colocação, um Tentehar questionou: “se é o presidente da FNS que vai escolher o chefe do DSEI, o que os índios tão fazendo aqui?” (Tentehar-Guajajara, 1999) Uma das lideranças Tentehar sugeriu que fosse feita uma votação, sendo apoiado pelos demais índios. O chefe da COSAI acatou a sugestão, reiterando que as lideranças indígenas sugerissem um nome, mas ressaltou que a FNS/FUNASA já tinha um nome a indicar para a chefia do DSEI-MA.

⁴⁸ Conforme já destaquei a época a Fundação adotava a sigla FNS. Optei por utilizar ambas as siglas no momento em que a referência ainda é FNS.

Configurou-se, assim, a indicação de três nomes: o médico da FNS/FUNASA, sugerido pela COSAI; a enfermeira que ocupava a chefia da ESAI-MA, indicada por uma parte dos índios; e o médico da FUNAI, por outra parte dos índios. Como resultado, foi escolhida, em votação pelos índios, a enfermeira, que na ocasião chefiava a ESAI-MA. A FNS/FUNASA acatou esta decisão e a mesma assumiu a chefia do DSEI-MA.

Outra questão discutida nesta reunião foi a localização da sede do DSEI-MA. Alguns índios entendiam que deveria ser em Santa Inês, outros argumentavam que fosse São Luís, posicionamento que acabou prevalecendo.

A participação indígena na definição da chefia do DSEI-MA e na localização da sede do mesmo ocorreu por demanda dos índios e não pela criação de espaços para discussão por parte da FUNASA. Ambas as definições no DSEI-MA mostram a forma como, em alguns aspectos, as ações da saúde indigenista não foram realizadas conforme o encaminhamento da FNS/FUNASA, mas devido às pressões dos povos indígenas. Estes criaram espaços para discussão, nos quais fizeram prevalecer seus interesses no embate com o que a FUNASA pretendia determinar.

Outras questões relacionadas à grande abrangência do DSEI-MA e a criação de Pólos-Base que atenderiam a povos diferentes não foram discutidas, mas apresentadas como algo definido durante o trabalho de divulgação⁴⁹. Esse encaminhamento demonstra uma tendência na implantação e implementação das ações de saúde no DSEI-MA via centralização das decisões por parte da FUNASA. Essa não parece ter sido uma exclusividade da FUNASA-MA, pois o mesmo foi observado em Pernambuco, de acordo com Athias (2001):

[...] a implantação do Distrito Sanitário Indígena ocorreu de forma verticalizada e o movimento indígena não dispôs do tempo necessário para entender a proposta como um todo e discuti-la adequadamente. Houve uma única reunião promovida pela FUNASA em abril de 1999, da qual participaram as lideranças indígenas, em que se tratou basicamente da definição do território distrital. Em seguida deu-se início ao processo de implementação da proposta em ritmo acelerado, sem a participação indígena em seu acompanhamento e desenvolvimento. A equipe da FUNASA do nível local não elaborou uma prática de diálogo com os usuários dos serviços, o que tem provocado reflexos importantes no processo de implantação do distrito (ATHIAS; MACHADO, 2001, p.6).

O processo de verticalização, ocorrido em Pernambuco, repetiu-se no Maranhão, visto que apesar da participação na definição da chefia do DSEI-MA e de sua sede, os índios alegavam que não participaram desde o início do processo de discussão ocorrido na *I e II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*.

Dando continuidade a uma postura de centralização, o DSEI-MA, após a publicação dos documentos que legalizavam as mudanças na saúde indigenista⁵⁰, realizou o processo de seleção, contratação e capacitação dos profissionais que iriam atuar no DSEI-MA.

⁴⁹ O trabalho de divulgação ocorreu no período de maio a agosto de 1999.

⁵⁰ A Medida provisória 1977-8/99, que dispôs sobre a organização da previdência e dos Ministérios, transferindo bens e recursos humanos do Ministério da Justiça/ FUNAI para o Ministério da Saúde/ FUNASA. O Decreto 3.156/99, que dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas pelo MS, no âmbito do SUS. A Portaria 1163-GM/99 que dispôs sobre as responsabilidades do MS na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas. A Lei 9.836/99 ou Lei Arouca, que dispôs sobre a criação de um subsistema de atenção a saúde indígena.

1.4 O Atendimento à Saúde dos Tentehar-Guajajara

No processo de implantação do DSEI-MA foram criados 5 Pólos-Base para atender aos oito povos indígenas assim distribuídos:

Quadro 04: Pólos-Base no DSEI-MA/ 2000.

Pólos-Base	Povos
1. Zé Doca	Tentehar-Guajajara, Awá-Guajá, Ka'apor (Urubu)
2. Arame	Tentehar-Guajajara;
3. Amarante	Tentehar-Guajajara, Krikati e Pukobyê (Gavião);
4. Grajaú	Tentehar-Guajajara;
5. Barra do Corda	Ramkokamekra-Canela, Apaniekra-Canela, Krapu'mkatyê e Tentehar-Guajajara.

FONTE: Dados da pesquisa.

Para execução dos serviços indigenistas de saúde, foram firmados convênios com as prefeituras. No caso do Pólo-Base de Amarante, a FUNASA/ nível central firmou convênio com a prefeitura de Amarante do Maranhão para atender aos três povos referidos.

No Pólo-Base de Amarante pude confrontar o discurso oficial com as práticas da assistência à saúde indigenista, analisando a configuração que apresentava em 2006, tendo como parâmetro de comparação o ano de 2000, quando foi implantado.

O Pólo-Base de Amarante instalou-se, em 2000, nos fundos do prédio onde funcionava o Serviço de Saúde Pública/ SESP, localizado próximo ao Hospital Municipal de Amarante. Este local não possuía condições adequadas para receber pacientes que deveriam realizar tratamento na rede SUS de Amarante. Para viabilizar o funcionamento desse Pólo-Base usava-se parte da estrutura do SESP, como telefones e computadores.

Apesar de vários problemas ocorridos durante o período de instalação (2000) foi possível montar uma estrutura mínima de atendimento à saúde, composta de recursos humanos com contratos temporários, através da Consolidação das Leis do Trabalho/ CLT. Havia duas camionetes Toyota para fazer o deslocamento dos pacientes das aldeias para a cidade, havia também um rádio amador instalado em Amarante e sete rádios nas aldeias, nas quais foram lotados postos de saúde para fazer o atendimento primário.

No município de Amarante do Maranhão, onde funcionava, e continua funcionando, a primeira referência⁵¹ do atendimento aos Tentehar-Guajajara da Terra Indígena Araribóia e aos Pukobyê (Gavião), não foi

⁵¹ A referência é o encaminhamento do paciente para um estabelecimento de saúde de maior complexidade, em função da insuficiência resolutiva no nível que o referiu ou encaminhou, conforme destaquei anteriormente.

criada nenhuma CASAI⁵² nos primeiros anos de funcionamento dos serviços de saúde. Durante este período, foi criada uma CASAI para atendê-los em Imperatriz, com a função de receber e alojar pacientes que necessitassem de tratamento mais especializado, assim como seus acompanhantes indígenas. A CASAI de Imperatriz atendia não só índios do Pólo-Base de Amarante (Tentehar-Guajajara, Pukobyê/Gavião e Krikati), mas também aos Tentehar-Guajajara assistidos pelos Pólos-Base de Arame e Grajaú.

Os índios Tentehar-Guajajara e Pukobyê (Gavião) que precisavam permanecer na cidade de Amarante ficavam em residências que eram improvisadas como hospedarias. Seus proprietários, para complementar a renda familiar, passavam a alugar o espaço e vender refeições. Geralmente construíam uma parte contígua à casa, apenas com cobertura, sem paredes. Nestes locais os índios permaneciam acomodados em redes, geralmente amontoados uns sobre os outros, em função do espaço reduzido.

Para atendimento indigenista de saúde na área de abrangência do Pólo-Base de Amarante foi definida, pela chefia do DSEI-MA, a criação de oito postos de saúde. Tais postos de saúde funcionariam nas aldeias com atuação dos auxiliares de enfermagem e dos agentes indígenas de saúde/ AIS. Na sede do Pólo-Base, em Amarante, foram lotados uma auxiliar de enfermagem e um AIS Tentehar-Guajajara para atender aos índios encaminhados das aldeias pelos AIS e/ou auxiliares de enfermagem.

Pude observar que as deficiências no atendimento a saúde agravam-se, em 2006, principalmente nas aldeias, tanto no que se refere à infra-estrutura quanto aos recursos humanos que deveriam ser preparados para desenvolver um atendimento inter-cultural, visando o respeito às culturas indígenas. Não são oferecidas condições para o profissional desenvolver suas atividades tal como coloca Buchillet:

[...] em termos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças é importante conhecer as nosologias indígenas, saber como os índios nomeiam, categorizam os sintomas e os agrupam em entidades patológicas, e não se limitar às definições ocidentais das patologias (BUCHILLET, 2004, p.).

Esta é uma condição afirmada nos documentos oficiais. Segundo a PNASPI, os profissionais não indígenas que vão atuar junto aos índios necessitariam, além dos conhecimentos da medicina ocidental, o conhecimento da concepção sobre o fenômeno saúde/doença e da forma de organização deste povo. Essa previsão não tem se efetivado.

O auxiliar em enfermagem, não-indígena, da aldeia Mucura não recebeu nenhuma capacitação para trabalhar com os Tentehar-Guajajara. Afirmou que durante o período em que trabalha com os Tentehar-Guajajara não teve problemas de relacionamento com os índios, visto que tenta exercer suas atividades sem intervir em suas vidas, tentando respeitar suas decisões. Esse respeito se coloca inclusive no sentido de apoiar a forma de tratamento definida pelos índios. Quando um paciente que precisa de tratamento fora da aldeia se recusa a sair, concorda que o tratamento seja feito pelo pajé. O mesmo ocorre quando o paciente opta por fazer o tratamento fora da aldeia, situação em que solicita o encaminhamento devido.

Sem receber nenhum treinamento ou capacitação que o orientasse no trato com este povo, foi elaborando maneiras de lidar com as questões da saúde ao longo do tempo de trabalho, a partir da observação da

⁵² As aldeias dos índios Krikati localizam-se distantes da cidade de Amarante, próximo ao município de Montes Altos, mas considerando as relações conflituosas com moradores desta cidade, em face o processo de demarcação e homologação da terra indígena Krikati, solicitaram que a referência fosse em Imperatriz. Quando necessitavam de tratamento mais especializado, eram atendidos diretamente em Imperatriz.

forma como vivem, visando adequar as ações de saúde à realidade local. A situação de trabalho vivenciada por este profissional demonstra uma prática improvisada de respeito à diferença.

Dentre os relatos que fez, apontou uma situação em que, durante uma epidemia de escabiose, percebeu que a recomendação para usar um medicamento tópico, continuamente, não estava sendo cumprida. Decidiu, então, aplicar o medicamento em banhos coletivos. Nesta atividade atuou junto com sua esposa, indo ele para o banho com os homens, levando o medicamento tópico para ser usado, e a sua esposa com as mulheres, fazendo o mesmo.

Não há investimento em infra-estrutura e material para atendimento na própria aldeia, uma das ações que além de criar condições de atenção em nível local, poderia contribuir para a redução das demandas indígenas por atendimento na cidade. Os auxiliares de enfermagem e os AIS, por exemplo, relataram as dificuldades em exercer suas atividades, também, pela falta de medicamentos adequados, apesar de reconhecerem ter ocorrido uma melhora na distribuição dos mesmos no início do ano de 2006. A melhora, segundo eles, refere-se à própria disponibilidade dos medicamentos, visto que anteriormente era constante sua falta. Todavia, quantidade não quer dizer qualidade, visto que avaliam que o tipo de medicamento disponível não é adequado para atender as necessidades nas aldeias.

O auxiliar de enfermagem da aldeia Mucura, em função do tempo de serviço, já havia identificado algumas morbidades prevalentes em certas épocas do ano e os medicamentos necessários para suprir seu tratamento. Em determinados períodos do ano prevalecia gripe, em outros, diarreia, em outros dermatites, etc. Os pedidos de providências nesse sentido nunca foram atendidos.

Os problemas na oferta de medicamentos devem-se a condução administrativa da FUNASA na compra desse material, de forma centralizada, em Brasília. Posteriormente são encaminhados às Coordenações Regionais de cada Estado que as repassam às CASAI e Pólo-Base.

No caso do DSEI-MA, os problemas na compra de medicamentos inadequados para atender as demandas em função dos tipos de morbidade, devem-se, entre outras coisas, ao fato desde DSEI-MA ainda não dispor de um perfil epidemiológico que permitiria encaminhar a relação de compra dos medicamentos para atender a realidade local. As informações existem, todavia não são sistematizadas e analisadas de forma a elaborar um perfil epidemiológico no DSEI-MA.

As aldeias não contam com infra-estrutura física para a realização dos serviços de saúde, embora essa tenha sido uma demanda constante dos índios. Essa lacuna soma-se a falta de material a ser utilizado, o que inviabiliza a realização de muitas ações e descumprimento do que está posto sobre a estrutura de atendimento para atenção à saúde nas aldeias⁵³. Segundo o auxiliar de enfermagem não-indígena, quando o atendimento era realizado em sua casa, uma das únicas vezes em que uma enfermeira do PSFI, visitou a aldeia e pretendeu realizar exames ginecológicos, não havia maca. A enfermeira, então sugeriu realizá-los na cama do auxiliar de enfermagem, proposta que não foi por ele acatada, inviabilizando-se a ação. Uma proposta considerada absurda, visto que entendia que o atendimento dos pacientes requeria uma infra-estrutura mínima exclusivamente para atendimento dos índios.

⁵³ Cf Portaria 479/01 (FUNASA, 2001)

Se não há investimento significativo na infra-estrutura e em material para realização dos serviços de saúde, o que dizer do investimento na aldeia para acomodação dos profissionais não-índigenas? Na estruturação dos serviços de saúde nas aldeias, a inexistência de um lugar de trabalho e de moradia para o auxiliar de enfermagem retrata o descaso da FUNASA com este profissional.

Uma das razões para ocorrência desta situação refere-se à ambigüidade existente na gestão da saúde indigenista que leva várias instituições a serem designadas como responsáveis por diferentes aspectos dessa atenção. O auxiliar em enfermagem lotado na aldeia não tem vínculo empregatício com a FUNASA, mas com a prefeitura, todavia, a responsabilidade sobre a infra-estrutura é da FUNASA-MA.

O DSEI-MA e FUNASA-MA justificam a inexistência de prédios nas aldeias para atendimento específico de saúde pelos problemas na licitação necessária para realização das obras. O setor de licitação⁵⁴ também é responsável pela compra de material, também sempre em falta nas aldeias, tais como: equipamento para esterilização e material de sutura.

Ao comparar seu trabalho anterior junto aos Parakanã com o que desenvolvia junto aos Tentehar-Guajajara, o auxiliar de enfermagem da aldeia Mucura afirmou que as condições de serviços eram bem diversas. No Pará tinha todo o apoio para desenvolver suas atividades, desde o deslocamento para as aldeias, o que não acontecia no Pólo-Base de Amarante/ DSEI-MA, onde tudo fica a cargo deste profissional.

Às precárias condições de trabalho somam-se problemas relacionados à comunicação entre profissionais que atuam nas aldeias e na CASAI/ Pólo-Base Guajajara (Amarante. A CASAI não possui sequer telefone. Na aldeia Juçaral havia um telefone público que não funcionava, sendo necessário para estabelecer contato com o Pólo-Base/ CASAI ir ao povoado mais próximo, Campo Formoso.

1.4.1 Índios Gestores?

Durante o primeiro ano de implantação do DSEI, os povos que vivem em terras indígenas localizadas no Maranhão, eram atendidos através de convênios firmados entre FUNASA e Prefeituras Municipais. Foram celebrados convênios que correspondiam aos cinco Pólos-Base: Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú e Zé Doca. Três desses Pólos criados, Amarante, Zé Doca e Barra do Corda, passaram a atender mais de um povo.

O Pólo-Base de Amarante que começou a funcionar em janeiro de 2000, conforme referido, através de um convênio entre FUNASA, nível central (Brasília) e a prefeitura de Amarante do Maranhão. Este Convênio, celebrado no valor total de R\$ 1.045.117,70⁵⁵, tinha por objeto as ações de saúde em terras indígenas,

⁵⁴ Este setor cuida das licitações de todas as ações da instituição direcionadas aos índios e aos não-índios e está desvinculado do DSEI.

⁵⁵ Além deste foram pactuados mais quatro convênios com os seguintes valores: R\$ 1.201.617,21, com a prefeitura de Arame, 1.200.759,03, com a de Barra do Corda, 65.373,00, com a de Maranhãozinho, R\$ 970.022,57, com a prefeitura de Zé Doca. Todos os convênios, incluindo o de Amarante, totalizaram um investimento de R\$ 4.582.889,51, todos celebrados em dezembro de 1999 (VIANA, 2007).

definidas e detalhadas em *Plano de Trabalho*⁵⁶ do Projeto de *Atenção Integral à Saúde para os Povos Indígenas da área de abrangência do Município de Amarante* (MS, 1999d).

Neste convênio a Prefeitura de Amarante é definida como executora das ações e à FUNASA cabe a responsabilidade de garantia dos recursos financeiros. A FUNASA é atribuída também a função de apoiar procedimentos técnicos e operacionais a serem executados, prestando assistência ao município de Amarante, realizando o acompanhamento, supervisão, orientação e fiscalização das ações a serem executadas, assim como analisar e aprovar prestações de contas disponibilizadas em função do convênio (MS, 1999c).

A ocorrência de problemas no gerenciamento dos recursos pelas prefeituras, gerou atritos na relação com os povos indígenas, que as acusavam de mau gerenciamento dos recursos financeiros destinados à saúde indigenista.

As prefeituras não costumavam prestar contas do desembolso dos recursos destinados à saúde indigenista e, também, não cumpriam o calendário de pagamento dos salários dos profissionais contratados para atuar no PSFI.

Como opção a esta situação os índios criaram associações, com as quais passaram a ser firmados os convênios para a execução das ações de saúde indigenista. Todavia, as prefeituras continuaram responsáveis pelos recursos federais para o pagamento dos servidores vinculados ao Programa de Saúde da Família Indígena/PSFI, ou seja, as equipes de saúde que atendiam aos índios, atribuição que se mantém atualmente. O gerenciamento da saúde indigenista no DSEI pode ser percebido através do quadro a seguir:

Quadro 05: Gerenciamento dos Pólos-Base no DSEI-MA

PÓLO-BASE	GERENCIAMENTO 2000		GERENCIAMENTO 2001		GERENCIAMENTO 2002 - 2005	
	POVO INDÍGENA	INSTITUIÇÃO	POVO INDÍGENA	INSTITUIÇÃO	POVO INDÍGENA	INSTITUIÇÃO
Amarante	Tentehar - Guajajara Krikati e Pukobiê (Gavião)	Prefeitura de Amarante do Maranhão	Tentehar - Guajajara	Prefeitura de Amarante do Maranhão	Tentehar - Guajajara	Organização de Desenvolvimento e Saúde Indígena do Amarante - ODSAI
			Pukobyê (Gavião)		Pukobyê (Gavião)	Associação Saúde Indígena Pyhcopcatiji do Maranhão-ASIP.
			Krikati		Krikati	Associação dos

⁵⁶ Neste Plano de Trabalho foram estabelecidos recursos financeiros para as ações de assistência, promoção à saúde, desenvolvimento de Controle Social, contratação de recursos humanos, infra-estrutura – aquisição de mais uma toyota, rádios de comunicação, equipamento do Pólo-Base, Postos de Saúde e CASI de Imperatriz – e recursos para despesas como deslocamento de pacientes, combustível, urnas funerárias, serviços de terceiros - pessoa física e jurídica (CRUZ, 2003).

						Krikati
Zé Doca	Tentehar - Guajajara Awá (Guajá) Ka'apor (Urubu)	Prefeitura de Zé Doca	Tentehar - Guajajara Awá (Guajá) Ka'apor (Urubu)	Prefeitura de Zé Doca	Tentehar - Guajajara Awá (Guajá) Ka'apor (Urubu)	DSEI-FUNASA ONG Pró-Vida
Arame	Tentehar - Guajajara	Prefeitura de Arame	Tentehar - Guajajara	Prefeitura de Arame	Tentehar - Guajajara	Associação Indígena das Comunidades Indígenas de Arame - ASCIA; FUNASA;
Grajaú	Tentehar - Guajajara	Prefeitura de Grajaú	Tentehar - Guajajara	ASSINGRA	Tentehar - Guajajara da aldeia Coquinho, Tentehar - Guajajara do PIN Bananal e Morro Branco.	Associação das Sociedades Indígenas de Grajaú - ASSINGRA; DSEI-FUNASA
Barra do Corda	Ramkokamekra e Apaniekra - Kanela, Krepunkateyê Tentehar - Guajajara	Barra do Corda	Ramkokamekra e Apaniekra - Kanela, Krepunkateyê Tentehar - Guajajara	KANEGUATIM	Ramkokamekra e Apaniekra	Associação de apoio dos Kanela - AASKAN
					Tentehar - Guajajara	Associação de saúde e Desenvolvimento dos Povos - Katu Ipj,
					Tentehar - Guajajara	Associação de Saúde das Sociedades Indígenas de Jenipapo dos Vieiras

FONTE: Oliveira (2005) e Vieira (2005).

É possível identificar que para realizar o atendimento indigenista à saúde na área de abrangência do DSEI-MA, em 2001, a FUNASA/ Brasília firmou convênios com ONG Indígenas e manteve convênios com prefeituras: dois convênios foram firmados com as associações indígenas KANEGUATIM e ASSINGRA; três foram mantidos com as prefeituras de Amarante, Zé Doca e Arame.

Em 2001 foram formadas as duas primeiras ONG indígenas para executar as ações indigenistas de saúde. A KANEGUATIM foi a primeira criada em Barra do Corda. Posteriormente foi criada a ASSINGRA, em Grajaú. Cada uma firmou dois convênios: um para serviços básicos de saúde e outro de saneamento básico para implantação de sistemas de abastecimento de água. Com a KANEGUATIM nos valores, respectivamente, de R\$ 956.277,00 e R\$ 603.792,68; e com a ASSINGRA nos valores de R\$ 970.022,57 e R\$ 709.491,42 (VIANA, 2007).

Em 2002 foram criadas mais seis ONG indígenas, conforme o Quadro 05, em decorrência de dissidências entre os índios. Foram constituídas por povo e região. Todas celebraram convênios com a FUNASA/Brasília. Além das ONG indígenas consta o convênio com a Pró-Vida, gerenciada por não-índios.

O Quadro 05 demonstra a configuração que foi se delineando a partir do momento em que os próprios índios passaram a gerenciar os serviços. Aponta, também, a ocorrência de dissidências internas a um povo: os Tentehar-Guajajara. Optei por trazer informações dos cinco Pólos-Base para identificar as relações estabelecidas entre os índios com a criação de suas ONG para gerir serviços em diferentes Pólos que atendiam a povos distintos.

Para atender aos Tentehar-Guajajara no Pólo-Base de Amarante formou-se, em 2002, a ONG *Organização de Desenvolvimento e Saúde Indígena do Maranhão – ODSAI*, sob a liderança das índias MSG e SG e SSG, as duas últimas, irmãs. Esta ONG, tal como as outras criadas para atender a saúde indigenista no âmbito do DSEI-MA, era responsável pelos insumos complementares, tais como: medicamentos específicos, alimentação, transporte, e fornecimento de urnas funerárias. À FUNASA-MA cabia a responsabilidade, entre outras coisas, de fornecer medicamentos básicos e manter as CASAI de São Luís, Imperatriz e Teresina/ PI, criadas pela própria instituição, além das ações relacionadas ao saneamento básico, a compra de material através de licitação, a construção dos postos de saúde nas aldeias, etc.

Entendendo que havia problemas na forma como MSG vinha gerenciando a ODSAI, as irmãs SG e SSG assumiram sua condução num processo de dissidência dentro de uma mesma ONG, em 2005. Cabe destacar que todas as envolvidas neste processo, ocupavam cargos na execução da saúde indigenista: as irmãs como AIS e a última como técnica em enfermagem.

Formaram-se, então, dois grupos, que passaram a gerenciar recursos oriundos da divisão do montante destinado a ONG *ODSAI*. Cada grupo criou uma CASAI em Amarante: uma que era designada como Pólo-Base de M⁵⁷, conduzido pelo grupo liderado por MSG, chegou a ter sob sua jurisdição 30 aldeias; a outra, designada como Pólo-Base de S⁵⁸, liderado pelas irmãs SG e SSG atendia aos Tentehar-Guajajara de 7 aldeias.

A criação das duas CASAI implicou no aluguel de duas casas, que deveria ser pago com recursos do convênio firmado com ODSAI ou da própria FUNASA. Tais casas passaram a ser referidas pelos índios como CASAI/ Pólo-Base.

A execução da saúde indigenista em Amarante ficou sob responsabilidade das ONG *ODSAI* até janeiro de 2005, quando o convênio foi extinto por solicitação do MPF, em face dos indícios de irregularidades no gerenciamento dos recursos financeiros. O gerenciamento dos recursos passou a se fazer pela FUNASA, através das coordenações regionais.

Ao longo do período de funcionamento da ONG *ODSAI*, em Amarante, de 2002 a 2005, a condução do atendimento oscilou entre a forma unificada e a dissidente. A primeira dissidência ocorreu em 2004, seguida do processo de unificação em 2005. Houve nova dissidência, em fevereiro de 2006, e nova unificação em setembro do mesmo ano. Após essa unificação, entretanto, permaneceram as articulações de MSG para a revitalização de outra CASAI até abril de 2007, quando em uma reunião do Conselho Local, ambas as partes entraram em acordo para que o serviço de saúde continuasse funcionando de forma unificada.

⁵⁷ Refere-se a MSG.

⁵⁸ Refere-se a SG.

Diante das dissidências, o DSEI-MA/ FUNASA-MA buscava unificar o atendimento das CASAI em Amarante. Em 2006, o DSEI-MA teve uma participação direta no processo de unificação do atendimento, através de articulações com os índios, por meio de reuniões nas aldeias e na cidade de Amarante.

Esta situação não ocorreu apenas junto aos Tentehar-Guajajara atendidos no Pólo-Base de Amarante: os Pukobyê (Gavião) criaram uma CASAI/Pólo-Base na cidade de Amarante; os Krikati criaram uma estrutura na aldeia a qual se referem como Pólo-Base, visto que os atendimentos mais especializados são realizados em Imperatriz, onde já existia uma CASAI criada pelo DSEI-MA.

Parte dos índios Tentehar-Guajajara que vivem em aldeias localizadas mais próximas ao município de Bom Jesus das Selvas, que constitui um total aproximado de oito aldeias⁵⁹, ao longo do processo de dissidência e unificação – já referido, em alguns momentos optaram por ser atendidos pelo grupo liderado por MSG, em outros pela unificação. Esta situação manteve-se até 2006, quando decidiram criar a própria CASAI/Pólo-Base no município de Bom Jesus das Selvas. Tal iniciativa foi apoiada pelos índios das outras aldeias, próxima a Amarante.

O atendimento à saúde no DSEI-MA dá-se com base na seguinte configuração: seis Pólos-Base e dezoitos sub-pólos para atender às dissidências dos próprios índios:

Quadro 06: Estrutura de organização de serviços no DSEI-MA em 2007

N	Pólo-Base	Sub-Pólo - CASAI/ Pólo-Base	Povo Indígena
1	Zé Doca		Ka'ápor ; Awá-Guajá
2	Santa Inês		Awá-Guajá; Tentehar-Guajajara
3	Barra do Corda	Barra do Corda	Tentehar-Guajajara
		Jenipapo dos Vieira	Tentehar-Guajajara
		Kwarahy	Tentehar-Guajajara
		Fernando Falcão	Ramkokamekra-Kanela Apaniekrá-Kanela;
		Timbira	Krampukateyê
4	Grajaú	Assingra	Tentehar-Guajajara
		Tupanahy	Tentehar-Guajajara
		Coquinho	Tentehar-Guajajara
		Morro Branco	Tentehar-Guajajara
		Ipu	Tentehar-Guajajara
		Urucu-Juruá	Tentehar-Guajajara
5	Arame	Zutiwa	Tentehar-Guajajara
		Angico Torto	Tentehar-Guajajara
		Lagoa Vermelha	Tentehar-Guajajara
6	Amarante	Amarante	Tentehar-Guajajara
		Bom Jesus das Selvas	Tentehar-Guajajara
		Gavião	Pukobyê (Gavião)
		Krikati	Krikati

FONTE: Dados da pesquisa.

De acordo com o quadro acima é possível perceber as divergências entre as lógicas indígena e não indígena. No que se refere às categorias de classificação, os nomes dos municípios são utilizados para classificar

⁵⁹ A CASAI/Pólo-Base de Bom Jesus das Selvas passou as seguintes aldeias: Cari, Iporangatu, Placa, Brejinho, Mirindiba, Santa Helena, Angelim e Cerozal.

os pólos. Essa é uma classificação geopolítica do estado, que não corresponde às divisões dos espaços ocupados pelos índios, ou sejam, as terras indígenas.

Ao designar os denominados “sub-pólos” as categorias utilizadas mais confundem do que classificam, pois misturam nomes de povos indígenas, como Krikati, nome de família lingüística, como Timbira, nomes de associações indígenas, como Kwarahy, nomes de aldeias e, também, nomes de municípios, como se fossem intercambiáveis.

Essas classificações expressam formas de *colonialidade do saber*, ao se impor categorias que não dizem respeito aos povos indígenas em detrimento de suas próprias formas de classificação.

O quadro aponta, também, os desdobramentos decorrentes das mobilizações indígenas, que configuram a divergência entre a estrutura proposta pela FUNASA e a que se efetiva em função das demandas dos índios.

Entre os povos de língua Jê, as divisões são em número de quatro para atender a cinco povos: dois “sub-pólos” criados no Pólo-Base de Amarante, para atender aos Pukobyê (Gavião) e Krikati; dois no Pólo-Base de Barra do Corda, sendo um para os Krampukateyê e outro para os Ramkokamekra-Kanela e Apaniekrá-Kanela.

No caso dos Tentehar-Guajajara foram criados quatorze “sub-Pólos” para atendê-los. Em Barra do Corda, por exemplo, foram criados três. No Pólo-Base de Grajaú ocorreu o maior número de dissidências, seis, enquanto que no de Arame ocorreram três. Ambos atendem apenas aos Tentehar-Guajajara, o que indica divergências intra-povo.

No Pólo-Base de Amarante ocorreram três dissidências entre os Tentehar-Guajajara: um grupo liderado pelas irmãs SG e SSG; um segundo grupo liderado por MSG e um terceiro formado por índios cujas aldeias localizam-se próximo ao município de Bom Jesus das selvas.

No período em que este quadro me foi informado, em maio de 2007, já haviam ocorrido acordos e a unificação de dois grupos dissidentes dos Tentehar-Guajajara (liderados por MSG e as irmãs SG e SSG). Permaneceu um grupo atendido na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) e outro no de Bom Jesus da Selva, tal como aparece no quadro.

A ocorrência de dissidência entre os índios, além de outros fatores, teve um papel decisivo no processo de recomposição do Conselho Distrital, em maio de 2007. A previsão de 22 membros no total foi duplicada, ficando vinte e duas vagas para os “usuários” indígenas.

1. 4.2 Instâncias de Atendimento Criadas pelos Índios

A criação de CASAI pelos próprios índios foi observada também nos outros Pólos-Base, com exceção do Pólo Base de Zé Doca. Este foi subdividido pela própria FUNASA, com a criação do Pólo-Base de Santa Inês: aquele continuou atendendo aos Ka’apor e Awá-Guajá; este atendendo aos Awá-Guajá e Tentehar-Guajajara. Atualmente o DSEI-MA é composto de seis Pólos-Base: Amarante, Arame, Grajaú, Barra do Corda, Santa Inês e Zé Doca.

A criação de CASAI/Pólo-Base pelos próprios índios tornou-se regra. O Pólo Base de Arame, passou a funcionar com três CASAI/Pólo-Base, o de Barra do Corda com cinco CASAI/Pólo-Base, e o de Grajaú com seis.

Os Tentehar-Guajajara (Amarante), consideram que a estrutura de organização de serviços com base em um único Pólo-Base deixou de existir a partir do momento em assumiram o gerenciamento das ações de saúde, através da ONG ODSAI, e constituíram as duas CASAI/Pólos-Base.

Para a FUNASA-MA, no entanto, a estrutura de referência em Amarante é constituída por um Pólo-Base, havendo um funcionário da FUNASA que ocupa o cargo de chefe e responde por ambas as CASAI, a que atende aos Tentehar-Guajajara e a que atende aos Pukobyê (Gavião). De 2005 a 2006 o funcionamento destas CASAI ocorreu com recursos advindos de suprimento de fundo disponibilizado pela FUNASA-MA.

Oficialmente, todavia, consta no DSEI-MA/ FUNASA-MA a existência de apenas três CASAI localizadas em São Luís, Imperatriz e Teresina/PI e seis Pólos-Base, seguindo praticamente a mesma estrutura de organização do período de sua implantação, em 2000.

Todavia, os Pólos-Base que são parte do DSEI-MA não estão estruturados para desenvolver suas atividades como unidades administrativas, não se enquadrando no modelo de Pólo I nem de Pólo II. A FUNASA, na prática, acaba assumindo as CASAI/Pólos-Base criados pelos índios como referência na atenção à saúde indigenista. Inclusive o funcionamento destas CASAI, de 2005 a 2006, teve como base os recursos advindos de suprimento de fundo disponibilizado pela própria FUNASA-MA/DSEI-MA.

As divisões realizadas pelos próprios índios, que se recusaram a aceitar a organização de serviços estruturada em seis Pólos-Base, fez com que o DSEI-MA reconhecesse as novas estruturas, embora não apresentem as características dispostas no modelo indigenista de saúde. Esta configuração é uma característica do DSEI-MA, decorrente da forma como os índios foram conduzindo a estrutura de serviços indigenistas, a partir de conflitos e divisões internas.

O “modelo” imposto pelos índios configura-se no que denominam CASAI/Pólo-Base e que a FUNASA designa como sub-pólo. A percepção que a FUNASA tem sobre essa questão está registrada em ata da reunião ocorrida em 24/04/06:

Com relação **ao reconhecimento do sub-pólo** [...] [o funcionário do DSEI-MA] **esclareceu que oficialmente** existem apenas seis Pólos Base no Maranhão que são Amarante, Arame, Grajaú, Barra do Corda, Santa Inês e Zé Doca e que **existe uma discussão para a criação de alguns Pólos Base e subpólos** e que **isso depende do DESAI** e que será discutida na reunião do Conselho Distrital para deliberação e encaminhamento a Presidência da FUNASA, porém o DSEI-MA já trabalha com as divisões existentes [...] (ATA de Reunião da Formação do Conselho Local de Bom Jesus da Selva, 2006).

A FUNASA admite a existência das subdivisões dos pólos, mas transfere para o DESAI⁶⁰ a responsabilidade sobre a criação formal dessas novas estruturas. O reconhecimento destas estruturas está explícito pelo fato da FUNASA tomá-las como referências administrativas e manifestar o interesse em reorganizar os serviços, segundo informou um dos funcionários do DSEI-MA.

⁶⁰ O DESAI, que substituiu a COSAI, foi criado pelo Decreto 3.450, de 09/05/2000 que aprovou o novo estatuto da FUNASA, em função da incorporação das ações de saúde para os povos indígenas. (CRUZ, 2003).

Estava, inclusive, prevista a contratação um corpo de funcionários para cada uma CASAI/Pólo-Base, composto por um chefe, escolhido pelos próprios índios, dois auxiliares administrativos e um de serviços gerais. Em cada uma destas estruturas já existem equipes multidisciplinares de saúde, remuneradas através das prefeituras, com recursos do PSFI.

2 PARTICIPAÇÃO INDÍGENA “AUTORIZADA”

A participação indígena nas ações indigenistas de saúde, conforme já antecipei, não se constitui uma inovação, pois alguns índios já atuavam como monitores, realizando trabalhos de atenção à saúde, quando essa ação ainda estava a cargo da FUNAI⁶¹. Participavam, também, de projetos de saúde executados por organizações não-governamentais.

Considero que a inovação deste modelo de DSEI em relação à participação indígena está em dois aspectos principais: o primeiro, quando destaca a atuação do AIS como um dos elementos principais na implementação do atendimento em nível local; o segundo, quando define que os índios participariam da organização dos serviços, através das instâncias de controle social, com representação nos Conselhos de Saúde.

O modelo assistencialista desenvolvido pela FUNAI não previa que os índios fossem ouvidos, nem participassem das decisões relativas às ações de saúde que lhes afetassem diretamente⁶². Por outro lado, cabe considerar que a participação indígena foi inserida em cumprimento aos princípios e diretrizes do SUS, que por sua vez já foram inspirados nas definições da Declaração de Alma-Ata (1978). Portanto, criar espaços de participação indígena não significou uma avaliação da relação marcada pela *colonialidade* que o Estado vinha mantendo com os povos indígenas.

No entanto, analiso a participação dos AIS e dos conselheiros indígenas, que é parte do modelo de DSEI, como uma estratégia para abordar questões mais amplas da relação entre Estado e povos indígenas. Busco apreender se o Estado, através da FUNASA/DSEI, vem implementando a participação indígena, tal como posto nos documentos oficiais e de que modo isso vem sendo feito. Fundamentalmente pretendo perceber em que medida a particip(ação) indígena, oficial ou não, tem alterado a marca de *colonialidade* das relações Estado/povos indígenas.

2.1 Participação Indígena: como “Direitos” e “Deveres”

No Brasil, ao mesmo tempo em que o Estado apresenta um discurso que enfatiza a participação indígena dentro do contexto de respeito à diferença, define as regras, os lugares e as formas como esta participação deve ocorrer.

Foram definidos mecanismos que permitiriam a participação efetiva dos povos indígenas nas decisões sobre as ações indigenistas, ignorando-se que existem diferenças entre a forma de organização ocidental e as dos povos indígenas.

O discurso presente no SUS destaca que a participação da comunidade constitui um dos objetivos e elementos centrais no processo de rompimento com a forma como vinham sendo formuladas e implementadas

⁶¹ Durante o processo de mudança, com a criação dos DSEI, os monitores indígenas de saúde da FUNAI foram transferidos para a FUNASA, tal como ocorreu com os outros funcionários da FUNAI que atuavam na saúde indigenista.

⁶² Refiro-me a inexistência de definições oficiais sobre a participação indígena, mas cabe destacar que os povos indígenas ao longo do tempo de contato interétnico têm sempre buscado formas de se fazerem ouvir nas deliberações relativas às ações indigenistas.

às ações de saúde pública até a década de 1990. Esse discurso inspira-se no que vinha sendo discutido internacionalmente, como pode ser percebido na Declaração de Alma-Ata.

Nesta Declaração, são feitas várias referências à participação, dentre as quais cabe destacar a seguinte afirmação: “É **direito e dever dos povos participar** individual e coletivamente no **planejamento** e na **execução** de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978, grifo meu). A participação, na organização e execução das ações de saúde, é colocada como um **direito** e, ao mesmo tempo, como um **dever**, uma obrigação.

Esta afirmação, de âmbito internacional, tem conexão com a saúde pública no Brasil. É possível identificá-la na Lei 8080/90, que regulamenta a criação do SUS: o **direito** a participação, previsto no SUS, relaciona-se a condição de que as pessoas às quais as ações de saúde são direcionadas participem da organização através das instâncias denominadas de controle social; o **dever** de participar refere-se à condição de que os cuidados primários de saúde **devem** ser executados também, e principalmente, por pessoas da localidade em que tais ações são implementadas.

A participação como um **direito** é afirmada na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde/LOS⁶³ (Leis 8080/90 e 8142/90⁶⁴). A Constituição define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada de serviços, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – **participação da comunidade**; (BRASIL, 2000, p. 115, grifo meu).

A Constituição de 1988 definiu que a participação da sociedade brasileira, através das instâncias de controle social, deveria ser uma das diretrizes norteadoras das ações e serviços executados no SUS, enquanto a Lei 8080/90 a estabelece como um princípio, mas ambos não definem como esta participação deveria ocorrer.

De acordo com Correia (2000, 2005) a participação social na saúde pública foi concebida na forma de controle social. Esta autora ressalta que;

A institucionalização da participação se deu como resultado do restabelecimento da articulação entre as demandas sociais e as ações do Estado. Esta aconteceu na perspectiva do controle social, ou seja, do controle do Estado pelos setores organizados na sociedade que representam os interesses coletivos direcionados suas ações para a incorporação de suas demandas, com uma inversa ao do período ditatorial, em que o Estado mantinha o controle exclusivo sobre a sociedade com seus mecanismos de repressão (CORREIA, 2005, p. 64).

O controle social, no processo de gestão do SUS foi regulamentado pela Lei 8142/90, está prevista para ser realizada através das seguintes instâncias colegiadas: Conferências Nacionais de Saúde e Conselhos de Saúde, funcionando através da participação paritária entre os usuários e os demais componentes -

⁶³ Para efetivar as mudanças na saúde pública no Brasil, iniciou-se um processo de regulamentação através da publicação de Leis específicas voltadas para a criação do SUS. Em 1990, foram publicadas as Leis 8080/90 e 8142/90, que constituem as Leis Orgânicas da Saúde/ LOS, complementares à Constituição, com caráter nacional de norma geral (CARVALHO; SANTOS, 1992).

⁶⁴ A Lei 8080/90 regulamenta a criação do SUS e a Lei 8142 trata da participação da comunidade (BRASIL 1991^a; BRASIL, 1991b).

administradores e prestadores de serviços. As Conferências e Conselhos de Saúde são deliberativos sobre a formulação e avaliação das ações de saúde, apenas o último de caráter permanente. (BRASIL, 1990a, 1990b).

2.1.1 O “Direito” de Organizar

No âmbito da saúde indigenista, a criação de instâncias políticas que viabilizassem a participação indígena nas decisões sobre a saúde foi definida nos moldes do SUS: Conselhos de Saúde⁶⁵; Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas, realizadas como parte das Conferências Nacionais de Saúde; Conselho Nacional de Saúde/ CNS, assim como Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, visto que os indígenas se constituem, também, usuários do SUS.

As iniciativas de realização de conferências nacionais de saúde dos povos indígenas são anteriores a Constituição de 1988. A Primeira *Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*, ocorreu em 1986, como parte da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Além desta, foram realizadas mais três Conferências Nacionais: *A II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*, em 1993; *a III Conferência Nacional de Saúde Indígena*, em 2003; e *a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*, em 2006. Foram realizadas, respectivamente, como parte da IX, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde.

A *Política Nacional de Atenção a Saúde para Povos Indígenas* (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000) afirma a importância da participação indígena em todas as etapas de planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, abrangendo expressões formais e informais. A participação indígena foi regulamentada pela Lei 3156/99. Esta Lei, por sua vez, foi definida de acordo com a Lei 8142/90 que trata da participação dos não-índios na gestão do SUS. Tal como é regra nos demais Conselhos, foi definido que os conselheiros indígenas não seriam remunerados.

A diferença está na definição de que deveriam ser criados dois Conselhos indígenas no âmbito do DSEI: Distrital e Local. O Conselho Distrital, tal como os Conselhos Municipais de Saúde, possuem composição paritária - formado por 50% de representantes dos usuários indígenas e 50% de representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde. A Lei 3.156/99 também trata da participação dos índios nos Conselhos Municipais de Saúde, posto que são, também, usuários do SUS (BRASIL, 1999b)

O Conselho Distrital de saúde possui caráter deliberativo e as seguintes funções, de acordo com o artigo 4, do Decreto 3.156/99:

- I - aprovação do Plano Distrital;
- II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e
- III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (MS, 1999b).

⁶⁵ O Decreto 3.156/99 regulamentou que a participação indígena ocorreria através da formação do conselho distrital e local em cada DSEI, de acordo com a Lei N° 8.142/90 (BRASIL, 1999b).

O Conselho Local é composto exclusivamente por usuários indígenas de cada comunidade indígena, mas a sua criação, tal como colocado no Decreto Nº 3.156/99, não é obrigatória e sim facultativa: “Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas” (BRASIL, 1999b).

A atribuição dos conselheiros locais restringe-se às discussões sobre os serviços de saúde executados em sua área de abrangência e a atuação como instância consultiva junto ao Conselho Distrital.

Em 2003 foi publicado mais um documento que regulamenta a participação indígena. Trata-se da Portaria 70/04, um documento apresentado com o objetivo de aprimorar a atual política indigenista de saúde (MS, 2004).

No que se refere especificamente a participação indigenista nos mecanismos oficiais, a Portaria 70/04 coloca, no Art. 7, que compete ao Conselho Distrital:

- I- Aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;
- II- Acompanhar as ações dos Conselhos Locais de saúde indígena; e
- III - Exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena (MS, 2004).

Essa Portaria reduz em parte o poder de participação dos índios ao retirar a competência do Conselho de reprogramar as ações de saúde, conforme contido no Decreto 3.156/99. Restam a este Conselho apenas as funções de aprovação e acompanhamento das ações definidas pela FUNASA.

A lógica do controle social pretende-se fortemente marcada pela perspectiva democrática, efetivada através do caráter deliberativo, no qual os representantes dos usuários e dos setores prestadores de serviços passam a compor os Conselhos de Saúde e a deliberar nas Conferências Nacionais de Saúde, passando a assumir o poder de interferir na política de saúde descentralizada. O controle social proposto na Política Nacional de Saúde baseia-se na forma de elegibilidade e representatividade de grupos igualitários e cidadãos, com poderes delegados de tomar decisões por todos.

Observo dois aspectos no sistema de controle social que merecem discussão. Primeiro, o fato de que o controle vai se efetivar a partir de formas e espaços regulados pelo Estado. No caso dos povos indígenas a participação, além de regulada e previamente estabelecida, limita-se ao papel de fiscalização de ações. O segundo aspecto, e mais grave no caso dos índios, a imposição de formas de participação que se inspiram em critérios ocidentais que estão muito distantes das formas construídas no âmbito das organizações políticas indígenas, constituindo lógicas culturais distintas (MAGALHÃES, 2001).

2.1.2 Conferências Nacionais de Saúde

As conferências Nacionais de Saúde Indígena são definidas no novo modelo como instâncias privilegiadas de participação indígena. No entanto, isso não tem se efetivado, especialmente no caso dos índios que vivem no Maranhão. Na primeira e na segunda *Conferência* a participação dos povos indígenas foi mínima, com a presença de alguns índios do povo Tentehar-Guajajara, num Estado onde vivem oito povos.

Essa situação já significaria pouca representatividade se tomássemos como referência os padrões ocidentais de representação. Agrava-se quando sabemos que a delegação de representação não corresponde à

forma de organização política dos povos indígenas. Se a questão da representação de um povo por alguns índios requer uma atenção especial, muito mais complexa torna-se pretender que oito povos sejam representados através de índios de um só povo.

A não participação desses povos indígenas deixou-os à margem das mudanças na saúde indigenista. Isso pôde ser observado durante o trabalho de divulgação nas aldeias do novo modelo indigenista de saúde, quando pude observar que desconheciam as novas regras que estavam sendo implantadas.

A III conferência contou com um número maior de índios. A participação na IV foi realizada de forma tumultuada em função da não observância do regimento interno que subsidia as *Conferências Nacionais*: realização de reuniões em nível local, regional e nacional.

No DSEI-MA não ocorreram as reuniões em nível local para discussão das questões específicas de cada aldeia, que seriam somadas às de cada Pólo-Base e onde seriam escolhidos os “delegados” indígenas. A não ocorrência das discussões em nível local levou os índios a acionar estratégias próprias de participação para obter a anulação da conferência distrital, realizada em fevereiro de 2006 sem que tivessem ocorrido as etapas locais e assegurar a participação na *IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*.

2.1.3 Conselho Local dos Tentehar-Guajajara

Os povos indígenas, ao longo do tempo de contato interétnico, têm expressado o desejo de participar das ações indigenistas. Os lugares demarcados para serem ocupados pelos índios no processo de participação colocam-se como uma imposição do modelo.

A forma como foi definida a participação indígena, através das instâncias de controle social, de caráter colegiado e representativo é apresentada como um mecanismo aplicável à todos os povos indígenas, independentemente de suas diversidades sócio-culturais. Ignora as características destes povos não partilharem a idéia de representação, tal como apontado por Garnelo e Sampaio:

As sociedades indígenas não partilham a idéia de democracia representativa tipo grega; aqui a noção de representatividade não contempla a delegação de autoridade e da possibilidade de decidir pelos representados. O poder do chefe político indígena não tem alcance suficiente para tomar decisões que possam alterar a realidade social de seus liderados, e nem tem como garantir que suas decisões e acordos sejam por estes cumpridos. Como sua autoridade é centrada no uso da palavra as “chefias” não conduzem os liderados conforme seus desejos, mas enunciam propostas e pontos de vistas que podem ser considerados, seguidos ou rejeitados (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 313).

O princípio da participação indígena construiu-se de forma tão alheia aos povos indígenas que precisou ser a eles apresentado. No Maranhão isso ocorreu durante o trabalho de divulgação do novo modelo de saúde nas aldeias, em 1999, antes da implantação do DSEI-MA.

Neste trabalho de divulgação além de apresentar o modelo de DSEI foi colocada, também, a necessidade de formação de Conselhos Locais e Distritais de saúde no DSEI-MA. Cada aldeia atendida no Pólo-Base de Amarante, por exemplo, teria a representação de um conselheiro local, escolhido pela comunidade. Os conselheiros distritais seriam escolhidos entre os conselheiros locais.

A existência de descompasso entre o que está formulado no novo modelo e sua implementação pode ser aprendida no primeiro ano de funcionamento do DSEI-MA, em 2000. As instâncias de controle social não foram implantadas conforme prevê a legislação. Os Conselhos Locais só foram criados após três meses. Durante o primeiro ano de funcionamento, o Conselho Local do Pólo-Base de Amarante reuniu-se quatro vezes, das quais acompanhei as três primeiras: duas ordinárias e uma extraordinária⁶⁶.

A primeira reunião ordinária, na qual foi criado o Conselho Local, foi realizada no período de 18 a 19 de março de 2000; a segunda, de caráter extraordinário, ocorreu entre os dias 9 a 10 de junho de 2000; e a terceira, de caráter ordinário, ocorreu de 23 a 24 de julho de 2000. As duas primeiras ocorreram na cidade de Amarante, a terceira na aldeia Juçaral.

Na reunião em que foi formado o Conselho Local foram definidos os nomes dos 32 conselheiros locais, relativos às trinta e duas aldeias. Neste período o Conselho Local era formado pelos três povos: Tentehar-Guajajara, Pukobyê (Gavião) e Krikati. O Pólo-Base de Amarante atendia a aproximadamente quarenta e nove aldeias, mas nesta reunião só compareceram índios de trinta e duas aldeias.

As reuniões sempre seguiam o mesmo direcionamento: os índios colocavam-se, apresentando questões específicas sobre suas aldeias e suas reivindicações, em seguida passava-se a palavra aos representantes do DSEI-MA, Pólo-Base de Amarante e Prefeitura/ Secretaria de Saúde de Amarante.

A prevalência da forma de organização dos Tentehar-Guajajara pode ser percebida durante a realização das reuniões do Conselho Local. Uma característica comum a todas as reuniões consistia no fato de que nunca participavam apenas conselheiros indígenas. Estavam sempre acompanhados do cacique e de outras lideranças indígenas de suas aldeias. Cada índio geralmente estava junto de sua família nuclear. Durante as reuniões os índios colocavam-se independentemente de serem conselheiros ou não. Todos expressavam o desejo de ser ouvidos.

Apesar do trabalho de divulgação e das reuniões realizadas, as dúvidas dos índios sobre o modelo de DSEI ainda permaneciam. As dúvidas não representavam apenas a dificuldade de entendimento em função das barreiras lingüísticas, mas eram resultados de um *diálogo intolerante* que, tal como ressalta Oliveira (1998), ocorre no encontro de culturas distintas, de diferentes campos semânticos, de forma hierarquizada. Para que ocorra um diálogo e a compreensão do que está sendo dito é preciso:

(...) um acordo intersubjetivo em torno de regras explícitas ou tacitamente admitidas.
(...) uma exigência de consenso sobre normas e regras (...) inerentes à argumentação e que devem nela prevalecer. A garantia de tal consenso está, precisamente, na existência de uma ética que seja intersubjetivamente válida e signifique o dever de todos os membros da comunidade em obedecer as regras e as normas instituídas por aquele consenso (OLIVEIRA, 1998, p.191-192).

⁶⁶ Busquei informações sobre a quarta reunião, mas não as obtive. Não foi possível ter acesso à Ata desta reunião, visto que não havia cópias no DSEI-MA ou CASAI/ Pólo-Base de Amarante. Tentei obter informações juntos aos Tentehar-Guajajara, mas quando questionados sobre esta reunião os índios informam apenas que a mesma foi com as outras: sem resultados.

Um dos aspectos mais questionados pelos índios referia-se a forma de participação indígena, com a criação de um Conselho Local formado por três povos distintos (Tentehar-Guajajara, Pukobyê/Gavião, Krikati): como apenas um índio/conselheiro iria decidir sobre as questões de sua aldeia, ou mesmo de aldeias na quais não residia ou das aldeias de outros povos? Para os índios soava como incoerente, para muitos dos funcionários do Pólo/Base e DSEI-MA soava como uma simples dificuldade de entender o modelo.

Diante da permanência de dúvidas, os funcionários do DSEI-MA, tentavam explicar aos índios um tipo de participação indígena que para os mesmos mostrava-se incoerente. Na primeira reunião do Conselho Local em Amarante, de 18 a 19/03/2000, a chefe do DSEI-MA procurou explicar o papel do Conselho Local durante sua explanação, registrada em Ata:

A presença da equipe do Polo Base (sic) é determinada pelos conselheiros. A equipe do Polo (sic) só está presente pois devia se lavrar a Ata, registrar em cartório para ser publicado em Diário Oficial. [...] O conselho é uma comunhão de pessoas onde vai ser discutido o problema das comunidades. O papel do conselho é: o índio deve residir na comunidade. O conselho avalia os problemas e tenta resolução dentro o Conselho Distrital, formado meio a meio por índio e não índios. A função do Conselho Regional é avaliar os problemas da aldeia junto com a comunidade, e assim levar para a reunião do Conselho Local; Em tempo: não é Conselho Regional, e sim Conselho Local. No momento em que o agente não trabalhar de forma correta, o Conselho pode determinar o afastamento do agente. [...] O conselho deve sempre perceber como está o trabalho do agente indígena e do auxiliar de enfermagem. Outra coisa que o conselheiro deve ter consciência é que ele deve permanecer na aldeia, claro que ele pode ir na cidade resolver seus problemas particulares, mas tem que morar na Aldeia. O conselheiro tem a função de chamar a atenção de algum índio que na cidade extrapolou no álcool. O poder do conselheiro é amplo. O conselheiro é o sentinela (sic) da comunidade (ATA, 2000a).

A chefe do DSEI-MA atribuiu ao conselheiro a responsabilidade sobre o acompanhamento das ações relacionadas à saúde indigenista, ficando encarregado de encontrar soluções para os problemas e interferir diretamente na atuação do pessoal, principalmente do AIS. Em sua fala, a chefe do DSEI-MA afirmou que o conselheiro deveria residir e permanecer na aldeia. Tais afirmações demarcam o lugar do índio ao mesmo tempo em que estabelecem a co-relação entre: aldeia, participação indígena, saúde.

Outro aspecto a destacar desta fala é a autoridade outorgada ao conselheiro. O mesmo é colocado como aquele que tem a função de chamar a atenção dos índios sempre que extrapolarem no consumo de bebidas alcoólicas. Enfatiza, a amplitude do poder do conselheiro, definindo-o como sentinela da comunidade. Ao atribuir todas estas prerrogativas ao conselheiro ignora as relações sociais entre os Tentehar-Guajajara, já estabelecidas, que não prevêm alguém com poder de mando ao ponto de intervir, de forma coercitiva, nas atitudes dos parentes.

Os Tentehar-Guajajara organizam-se através de famílias extensas, onde geralmente existe uma pessoa que se destaca no sentido de exercer liderança entre os parentes. Todavia esta liderança é exercida através do poder do convencimento e não da imposição. Há a exceção no caso em que os Tentehar-Guajajara entram em conflito/ guerra. Neste momento seguem a liderança de alguém que se destaca, como parte da estratégia para vencer o embate. Depois de resolvido o confronto as relações voltam a ser estabelecidas como anteriormente, sem a presença de chefe com poder de mando.

Ainda segundo a chefia do DSEI-MA, as reuniões do Conselho Local independeriam da presença de não-índios. Todavia, as reuniões do Conselho Local das quais participei durante o ano de 2000, contaram com a presença de representantes do DSEI-MA, do Pólo-Base de Amarante e Prefeitura de Amarante. Esta era uma reivindicação dos índios que entendiam que a discussão das questões da saúde indigenista deveriam contar com participação dos gestores não-indígenas.

Essa é mais uma situação onde se expressa a divergência dos campos semânticos indígena e não-indígena. Os índios não entendem a necessidade de realização de reuniões para discutir ações de saúde indigenista da qual participem somente índios. Essas ações estão diretamente vinculadas às instituições do mundo dos brancos⁶⁷, que as gerenciam e financiam, portanto, estes gestores devem estar presentes às reuniões.

Estas reuniões sempre aconteciam num período de aproximadamente dois dias, insuficientes para discutir as questões que se colocavam. Estendiam-se da manhã à noite, com intervalo para o almoço. O jantar sempre era servido após o término dos trabalhos.

Tais reuniões eram registradas em atas tal como as reuniões dos não-índios, demonstrando uma prevalência da forma de organização da sociedade ocidental. Esta era também uma exigência dos índios, que aprenderam que na relação com os não-indígenas são necessárias provas, por terem vivido diversas situações em que acordos não foram cumpridos. As atas assumiam o papel de instrumento de pressão, sempre que as decisões tomadas nas reuniões de Conselho Local não fossem cumpridas.

A formação do Conselho Local e as tentativas do DSEI-MA em explicar a estrutura da participação indígena não foram suficientes para dirimir as dúvidas dos índios, que foram reafirmadas na primeira reunião ordinária do Conselho Local, em 18 a 19/03/2000. Solicitaram, então, a realização de capacitação para que tivessem conhecimento sobre seu papel. Essa solicitação não foi atendida pois no *Plano de Trabalho* do convênio firmado entre a prefeitura de Amarante e a FUNASA não constavam recursos destinados para esse fim.

As dificuldades dos conselheiros em desempenhar seu papel manifestavam-se, principalmente, nas situações que requeriam um domínio maior dos códigos da sociedade não-indígena. Por outro lado, os próprios conselheiros passaram a resignificar seu papel e assumir funções que não estão previstas nos documentos oficiais. Passaram, por exemplo, a atribuir a si mesmos o poder de mando em relação à equipe do Pólo-Base.

Não só os conselheiros não entendiam o seu papel, como os demais índios que lhes imputaram o poder de tomar decisões ou obrigar a equipe do Pólo-Base a fazê-lo de acordo com as demandas indígenas.

Apesar dos Conselheiros locais não serem remunerados, quando eram marcadas as reuniões do Conselho Local, seu transporte, alimentação e hospedagem ficava sob responsabilidade do Pólo-Base de Amarante. Havia recursos previstos no Convênio para assegurar a participação de todos os conselheiros.

Alguns dos conselheiros locais sempre que se deslocavam para a cidade, passaram a exigir tratamento especial, tais como a utilização de viaturas para seu deslocamento e alimentação, mesmo quando se deslocavam para resolver questões que não estavam afeitas à função de conselheiro.

⁶⁷ O branco constitui o não-índio. Sempre que usar este termo é com este significado.

Em cada uma das reuniões realizadas em 2000, os índios expressavam suas expectativas em relação aos resultados desta instância de participação.

Na primeira reunião, de caráter ordinário, apresentavam uma postura de desconfiança e expectativa de mudança. Mostravam-se desconfiados em relação à efetivação das propostas colocadas ao longo do processo de divulgação e implantação do Pólo-Base no DSEI-MA. Predominava uma tendência à comparação com a atuação da FUNAI que, apesar das deficiências que vinha apresentando no atendimento à saúde, era considerada como o órgão que tinha um histórico de trabalho com os índios.

A expectativa de mudança referia-se a possibilidade de participação indígena através do Conselho Local, considerada singular, pois reconheciam que não haviam sido criadas oficialmente instâncias para que participassem das decisões sobre as ações indigenistas de saúde.

Na avaliação indígena, entretanto, as propostas apresentadas não estavam sendo cumpridas, não se sentiam participantes em todas as etapas de formulação e implantação do DSEI. Expressavam o desejo de atuar na definição de recursos humanos não-indígenas, na definição dos recursos para a saúde indigenista, na organização dos serviços em cada aldeia, etc. Consideravam, assim, ter sido excluídos do processo, visto que as reuniões ocorriam “sempre a portas fechadas”, tal como afirmavam.

Os conselheiros locais relacionavam os problemas nos serviços de saúde à atuação do DSEI-MA/FUNASA-MA, da Prefeitura e, principalmente, do Pólo-Base de Amarante. A equipe do Pólo-Base, que mantinha contato mais direto com os índios, passou a ser responsabilizada e acusada pelos conselheiros locais, que chegavam a afirmar que “os profissionais de saúde estavam apenas enganando os índios” (Conselheiro local Tentehar-Guajajara, 2000). Relacionavam os problemas existentes ao entendimento de que os funcionários do Pólo-Base “não gostavam do índio, mas unicamente do dinheiro”.

A segunda reunião do Conselho Local foi solicitada pelos próprios conselheiros. Nesta, os índios identificavam que os problemas continuavam praticamente os mesmos, sendo necessário repetir as reivindicações apresentadas na primeira reunião:

- Melhorar a qualidade do transporte de pacientes e acompanhantes, vista a existência de apenas um veículo que, pela sobrecarga de atividades, estava continuamente na oficina por problemas mecânicos, requerendo deslocamentos através de carros de linha ou mesmo motos;
- Distribuir quantidade adequada de medicamento para atender a demanda, pois era comum a situação em que os pacientes eram consultados, mas não recebiam os medicamentos para realizar o tratamento tal como prescrito;
- Melhorar as condições de trabalho das auxiliares de enfermagem que atuavam nas aldeias através da distribuição adequada de medicamentos e material necessário para o atendimento;
- Melhorar o atendimento na CASAI de Imperatriz, dentre outras coisas, em relação à forma como os índios eram tratados pelos funcionários, a demora em ser atendidos na rede SUS, a qualidade da alimentação oferecida (*marmitex*);
- Adquirir um prédio para funcionamento da CASAI, pois até aquele momento os pacientes que necessitavam deslocar-se para realizar tratamento em Imperatriz ficavam hospedados em um hotel próximo à rodoviária;

- Reformar os Postos de Saúde, nas aldeias, para que as auxiliares de enfermagem dispusessem de local adequado para realizar os atendimentos de saúde e também para residência;
- Realizar as obras de perfuração dos poços artesianos nas aldeias;
- Realizar o atendimento odontológico nas aldeias;
- Viabilizar atendimento de melhor qualidade no hospital municipal de Amarante, visto identificarem que não estavam sendo bem atendidos pelos funcionários;
- Realizar o atendimento na aldeia, através da equipe do Pólo-Base;

Os itens relacionados referem-se ao serviço de saúde ofertado no Pólo-Base. Nesta ocasião, os conselheiros locais demonstravam credibilidade em relação ao Conselho Local, considerado como uma instância que possuía poderes de resolutividade dos problemas apresentados. O posicionamento dos conselheiros locais nesta reunião indicava um deslocamento sobre responsabilidades dos problemas na saúde indígena: passaram a não mais considerar que as causas estavam no âmbito do Pólo-Base, mas no DSEI-MA. Os conselheiros, buscando a resolução dos problemas, elaboraram um documento para ser enviado ao chefe do Departamento de Saúde Indígena/DESAI, instância superior ao DSEI.

Na terceira reunião do Conselho Local, ocorrida na aldeia Juçaral, os problemas mantinham-se praticamente os mesmos, sendo repetidas as reivindicações. Os conselheiros começaram a apresentar uma postura de descrédito quanto aos resultados das reuniões do Conselho Local. Um conselheiro Tentehar-Guajajara sintetizou esta situação afirmando que: “só existe reunião e nada é resolvido, já estou cansado de reunião e não se resolver nada. Já estou cansado de vim para reunião e não levar nada de novo para minha aldeia...” (Conselheiro local Tentehar-Guajajara, 2000).

Afirmações neste sentido indicavam um desgaste e frustração em relação às expectativas da participação indígena no Conselho Local, pois percebiam que estavam sempre discutindo os mesmos problemas, sem que fossem implementadas resoluções (ATA, 2000c). Os índios avaliavam tal situação como uma falta de respeito para com o Conselho Local. Passaram a solicitar a realização de reuniões diretamente com o DESAI para juntos definirem soluções, por entenderem que o Pólo-Base e o DSEI-MA não tinha competência de fazê-lo. Os índios, nesta reunião, passaram a externar o desejo de criar associações indígenas para gerenciar os serviços de saúde.

Durante os cinco anos seguintes, de 2001 a 2005, as reuniões de Conselho Local foram suspensas sob a alegação de falta de recursos financeiros. Os recursos deveriam ser disponibilizados pelo DSEI-MA/FUNASA-MA para despesas com deslocamentos, alimentação e hospedagem dos conselheiros indígenas de cada aldeia.

Em uma reunião realizada no DSEI-MA em 2005 sobre a importância da revitalização do Conselho Distrital, os próprios índios apontaram que, além dos problemas com recursos financeiros, identificavam um outro problema no funcionamento dos mesmos: a inexistência de apoio técnico. Os índios referem-se ao apoio técnico como sendo o assessoramento de equipes preparadas para orientar as lideranças indígenas de cada região sobre os tramites e atuação do Conselho Local no modelo indigenista de saúde (FUNASA-MA, 2005). Problemas dessa ordem não se restringiram ao Conselho Local, atingindo também o distrital, sobre o qual tratarei a seguir.

Uma nova composição do Conselho Local só ocorreu em 2006. Neste período já havia se estabelecido mudanças na organização dos serviços de saúde por iniciativa dos próprios índios, após assumirem o gerenciamento das ações de saúde através de ONG indígenas, conforme já referido.

As instâncias oficiais de participação indígena acompanharam as transformações provocadas pelos índios na estrutura de atendimento da saúde indigenista. Foram criados Conselhos Locais de acordo com o número de CASAI/Pólo-Base e/ou Sub-Pólo.

No caso do Pólo-Base de Amarante, foram criados quatro Conselhos Locais: dois Tentehar-Guajajara, um formado por índios das aldeias localizadas mais próximas à Amarante e outros com índios de aldeias próximas ao município de Bom Jesus da Selva; um Pukobyê (Gavião); e um Krikati.

A partir das informações sobre os conselheiros locais de 2000 e as apreendidas durante a pesquisa de tese, em 2006, foi possível elaborar o seguinte quadro:

Quadro 07: Conselheiros locais Tentehar-Guajajara em 2000 e 2006

N	ALDEIA	CONSELHO LOCAL EM 2000		CONSELHO LOCAL EM 2006	
		CONSELHEIRO TITULAR	CONSELHEIRO SUPLENTE	CONSELHEIRO TITULAR	CONSELHEIRO SUPLENTE
01	Juçaral	Oseias Filho dos Santo Sousa Guajajara	Zezinho Apolinário Guajajara	Antônio Gomes Guajajara	-
02	Chupé	Luzirene Murupu Guajajara	Eva Vilma Guajajara	Mauro Silva	-
03	Lagoa Quieta	Olimpio dos Santos Ywyramu Guajajara	Silvio Santana da Silva	Sidney da Silva Guajajara	-
04	Bacabal	Antonio Guajajara	-	Antônio Guajajara	Isaias Guajajara
05	Tarumã	Tomás Silva Guajajara	Silverio Sousa Guajajara	Artuzinho Nuwia-i Guajajara	-
06	Mucura	José Firmino Guajajara	Ana Clere Pereira da Silva	Frederico Pereira	José Firmino Guajajara

FONTE: Dados da pesquisa.

O quadro acima aponta que entre o ano de 2000 e de 2006 em praticamente todas as aldeias ocorreu mudança de conselheiros. Somente em uma aldeia manteve-se o mesmo conselheiro, a aldeia Bacabal.

Outro movimento possível de ser identificado é o trânsito entre as funções de conselheiro e AIS. Em duas aldeias as pessoas que eram conselheiros, em 2000, assumiram, posteriormente, funções de execução na saúde indigenista. O que era conselheiro da aldeia Juçaral atualmente é auxiliar em enfermagem lotado na mesma aldeia e atende a mais três aldeias. A conselheira da aldeia Chupé atualmente está lotada nesta aldeia como AIS.

Observei que em algumas situações há uma superposição de funções. O conselheiro local/distrital é também agente indígena de saúde da aldeia Bacabal. O AIS que aparece como conselheiro local tanto em 2000, quanto em 2006, é escolhido, também, como conselheiro distrital em 2006.

Pude identificar situações nas quais há uma interseção entre postos de poder definidos nas aldeias, como o de cacique, e postos definidos pela política de saúde indígenista. Na aldeia Chupé em 2006, o conselheiro exercia também a função de cacique. Em duas aldeias, Lagoa Quieta e Bacabal, os conselheiros são irmãos dos respectivos caciques.

A forma como as instâncias de participação vão se compor no nível local obedece a critérios internos às aldeias, desconsiderando os princípios estipulados na definição oficial dos conselheiros locais.

A escolha dos conselheiros é permeada pelas relações estabelecidas no âmbito das aldeias. Pessoas que assumem a função de conselheiro podem ser substituídas tanto em consequência das avaliações de suas ações, como em função das relações de parentesco, dos interesses políticos e dos conflitos no âmbito das relações internas.

Em algumas situações a indicação ocorre à revelia do indicado, como pode ser observado no depoimento abaixo, do conselheiro da aldeia Tarumã:

Eu não sei falar bem, fiz até a segunda série.(...) Vou participar de reunião. Vou dizer assim, assim... Pra ir tem que ser convidado. Vou falar o que ta se passando. Eu não sei falar. Participar da reunião.. Não queria ser [conselheiro local], mas pessoal botou meu nome. Não tenho vergonha de falar também (Tentehar-Guajajara, Aldeia Tarumã, 2006).

Esse depoimento expressa, ainda, o entendimento dos índios de que são despreparados para atuar como conselheiros. Percebem essas instâncias como algo que é parte do mundo não indígena, que requerem competências próprias a esse mundo.

No primeiro semestre de 2007 foi realizada uma nova reunião do Conselho Local na qual os índios puderam participar e deliberar sobre a distribuição de rádios de comunicação a serem instalados nas aldeias. Para esta definição estabeleceram como critério a distância das aldeias de Amarante e a dificuldade de acesso.

Nesta reunião também foi discutida a representatividade no Conselho Local e no distrital, visto que o grupo liderado por MSG afirmava que não se sentia representado pelos índios que então compunham o Conselho Local. Este grupo apresentou duas propostas: que fossem criados dois Conselhos Locais ou que os índios do seu grupo tivesse assento no Conselho Distrital. Após votação venceu a segunda proposta. Foi definido ainda que o representante do grupo das irmãs SG e SSG, escolhido anteriormente, permaneceria como conselheiro distrital titular e que um índio do grupo de MSG, assumiria como suplente.

Além destas deliberações apresentaram um conjunto de reivindicações relativas ao atendimento à saúde, cujo teor reproduz praticamente as mesmas reivindicações de 2000: capacitação de AIS e AISAN; ampliação de recursos humanos; atendimento de melhor qualidade na CASAI/Pólo-Base Guajajara; compra de material odontológico, etc. Tais reivindicações expressam a problemática no atendimento à saúde após sete anos da implantação do DSEI-MA.

2.1.4 Conselho Distrital no DSEI-MA

A realização de reunião do Conselho Distrital não se constituiu uma prioridade no DSEI-MA, como instância criada oficialmente para permitir a participação indígena. Ao longo do período investigado só ocorreram seis reuniões, em períodos irregulares: em alguns anos não ocorreram reuniões e em apenas um ano as reuniões ocorreram com uma significativa frequência, em 2004, conforme pode ser percebido no quadro abaixo:

QUADRO 08: Reuniões do Conselho Distrital do DSEI-MA 2000 - 2007

ANO	PERÍODO	CARÁTER	OBJETIVO PRINCIPAL
2000	-	-	-
2001	22/06/2001	Ordinário	Formação do Conselho Distrital
2002	-	-	-
2003	25 a 28/11/03	Ordinária	Reorganização, indicação de nova chefia do DSEI-MA e discussão dos problemas relativos ao atendimento indigenista de saúde;
2004	10 a 11/02/04	Ordinária	Discussão dos problemas relativos ao atendimento indigenista de saúde;
	05 a 06/04/04	Extraordinária	Discussão dos problemas relativos ao atendimento indigenista de saúde;
	17 a 18/05/04	Ordinária	Discussão dos problemas relativos ao atendimento indigenista de saúde;
	21/06/04	Extraordinária	Indicação de nova chefia no DSEI-MA;
2005	-	-	-
2006	08 a 09/05/06	Ordinária	Reorganização do Conselho Distrital;

FONTE: Dados da pesquisa.

A criação do Conselho Distrital do DSEI-MA só ocorreu no segundo ano de seu funcionamento (OLIVEIRA, 2005), tendo ocorrido apenas uma reunião para sua criação. De acordo com a forma como foi definido o novo modelo de atenção à saúde indígena, uma das principais funções do DSEI é promover a articulação para o funcionamento do Conselho Distrital, que passa a ser a instância detentora do poder de decisão neste processo. Neste caso, de acordo com a legislação, a criação dos Conselhos Locais sem a criação do distrital inviabilizava a participação dos povos indígenas, nas decisões do DSEI-MA, visto que o Conselho Local não compreende uma instância deliberativa.

A forma como foi definida a participação indígena no Conselho Distrital, cria entre os profissionais diretamente vinculados à formulação e implementação da saúde indigenista uma divisão entre os conselheiros e “usuários” indígenas. Os índios não constroem essa distinção, conforme pode ser percebido nas situações em que um mesmo índio acumula o papel de agente e conselheiro.

Ao longo do período de 2001 a 2003, o Conselho Distrital não foi acionado conforme prevê a legislação⁶⁸. O processo de recomposição do Conselho Distrital perdurou de 2003 a 2007. Foram várias reuniões com o mesmo objetivo e poucos resultados. Somente após uma mobilização em 2003, com a ocupação dos prédios da FUNASA em São Luís pelos índios, houve a reconstituição do Conselho Distrital do DSEI-MA.

Em fevereiro de 2004, houve uma recomposição, tendo sido indicados seus membros para mandato de 2 anos (até novembro de 2005). Nessa ocasião ficou estabelecido que atuaria conforme a legislação vigente, com a previsão de aprovar, pela primeira vez, o Plano Distrital do DSEI-MA.

No período de 2003 a 2004 o Conselho Distrital reuniu-se cinco vezes, sendo uma em novembro de 2003 e quatro em 2004. Estas reuniões caracterizam-se pela discussão de alguns pontos recorrentes que expressam como vinha se construindo a participação indígena através dos mecanismos oficiais.

Nas reuniões, um dos temas recorrentes referia-se aos problemas nos serviços de saúde no âmbito local: precárias situações de atendimento nas aldeias e cobrança ao DSEI-MA/FUNASA/MA sobre a sua resolução.

Os conselheiros indígenas discutiam, também, a definição sobre recursos humanos, demonstrando a importância desta temática para os índios. Indicaram o nome do chefe do DSEI-MA, em uma das reuniões, e a realização de uma intervenção no DSEI-MA, o que foi prontamente acatado pelo Conselho Distrital. Ambas as deliberações, entretanto, não foram plenamente atendidas pela FUNASA, nível central. Não houve a publicação da portaria de nomeação do chefe do DSEI-MA escolhido pelos índios, nem a intervenção no DSEI-MA, apenas a indicação de consultor da UNICEF para atuar na chefia do DSEI.

Os índios, também, sugeriram a exoneração de algumas pessoas que ocupavam cargos de chefia e seu desligamento do DSEI-MA, apresentado a justificativa de que os apresentavam comportamento inadequado no trato com os índios. Na mesma reunião, o então chefe do DSEI-MA sugeriu que tais funcionários fossem apenas exonerados de suas funções, porém não desligados do DSEI-MA. Os índios concordaram com a condição de que houvesse reunião na qual tais funcionários fossem advertidos para que adotassem uma postura de maior sensibilidade para com os índios, o que seria avaliado na reunião seguinte.

Outro tema recorrente nas reuniões do Conselho Distrital refere-se à solicitação de capacitação dos conselheiros indígenas. O DSEI-MA/ FUNASA-MA justificava a não realização por conta do atraso no repasse de recursos financeiros do VIGISUS, necessários a sua promoção.

Os conselheiros indígenas abordavam problemas na efetivação dos serviços de saúde em decorrência da atuação de outras instituições, como prefeituras. Apontavam o atraso no pagamento de profissionais do PSFI e a falta de prestação de contas dos recursos financeiros disponibilizados para pagamento de recursos humanos da saúde indígena.

Durante o ano de 2005 não ocorreram reuniões. Alguns direcionamentos foram tomados no sentido de ser realizada uma reunião em março de 2006. Houve uma convocação, mas a reunião – por indicação dos próprios conselheiros indígenas - acabou se transformando numa conferência distrital (3ª Conferência

⁶⁸ Aprovação do Plano Distrital; avaliação da execução das ações de saúde planejadas, propondo, caso necessário, a sua reprogramação total ou parcial; apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde.

Distrital de Saúde Indígena do Maranhão) para eleição dos delegados que participariam da *IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*.

No documento enviado pelo DSEI ao coordenador da FUNASA para justificar a realização da reunião que seria do Conselho Distrital, em 2006, consta a seguinte afirmação:

Conforme encaminhamentos do Movimento Indígena organizado através da Coordenação das Associações Indígenas do Estado do Maranhão (COAPIMA) em 14.03.2006, informo que as lideranças do Maranhão deliberaram pela realização de uma reunião extraordinária do Conselho Distrital do Maranhão, visto a necessidade de retornarmos a dinâmica de participação do controle social do DSEI. Destaca-se que não ocorre reunião do Conselho Distrital do Maranhão há mais de 2 anos (DSEI-MA, 2006a).

Esta reunião, conforme destacado, ocorreu como a *III Conferência Distrital de Saúde* para eleição dos delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, visto que a primeira tentativa, ocorrida em fevereiro de 2006, teve sua anulação reivindicada pelos índios.

É interessante destacar que no documento de convoca dessa reunião há o reconhecimento, por parte da chefia do DSEI-MA do não funcionamento do Conselho Distrital e dos problemas que isso acarreta: “proporciona inúmeros entraves na implementação do DSEI e, principalmente, na relação com os **usuários** indígenas” (DSEI-MA, 2006a, grifo meu).

A chefia do DSEI atribui ao Conselho Distrital um poder de atuar nos inúmeros entraves à implementação do DSEI, principalmente na relação com os “usuários” indígenas. Possivelmente, refere-se às cobranças e mobilizações indígenas. Durante os anos em que não ocorreram reuniões do Conselho Distrital, os índios estiveram atuando e fiscalizando a saúde indigenista, segundo suas estratégias. (DSEI-MA, 2006a).

Um outro documento relativo a esta reunião afirma que a reunião convocada pelo DSEI-MA, no período de 22 a 24/03/06, tinha o objetivo de reestruturar o Conselho Distrital, em atendimento a reivindicação indígena. Para tanto, a instituição assumiu as despesas com hospedagem e alimentação dos índios em São Luís. (DSEI-MA, 2006b).

Na ocasião, o DSEI solicitou que fosse encaminhada a ata das reuniões das plenárias locais, convocadas para eleição dos representantes de cada área e região, “contendo a indicação dos nomes dos representantes legitimamente eleitos” (DSEI-MA, 2006b).

Através do ofício referido, o DSEI comunicou ainda, que a plenária teria caráter deliberativo extraordinário para recompor o Conselho Distrital. Seu eixo temático seria “A reorganização do DSEI/MA na perspectiva de produção de saúde, proteção à vida e valorização das concepções de saúde/ doença/ cura dos povos indígenas do Maranhão” (DSEI-MA, 2006b).

Em junho de 2006 foi convocada nova reunião para discutir a recomposição do Conselho, já que a convocação anterior não havia sido efetivada com esse fim. Mais uma vez foi adiada a recomposição do Conselho Distrital. Assim, durante o ano de 2006 este Conselho não funcionou.

A FUNASA aponta também como uma dos motivos para o não funcionamento das instâncias oficiais de participação, principalmente através do Conselho Distrital, a inexistência de consenso sobre a indicação de representantes indígenas entre os Tentehar-Guajajara, não só da região Amarante como também de Barra do Corda, Arame e Grajaú.

Nova articulação para a recomposição desse Conselho só veio ocorrer entre os dias 08 e 09 de maio de 2007, desta feita por pressão do Ministério Público e iniciativa de representantes do *Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde do Índio*⁶⁹. Esta ação teve origem ao reconhecimento de que o DSEI-MA era o único onde o Conselho não estava atuando.

Não houve a participação dos conselheiros distritais não-indígenas, apenas indígenas. O coordenador da FUNASA-MA esteve presente ao evento apenas na abertura. A chefia do DSEI-MA esteve na abertura e encerramento. Esta, durante a abertura, deixou transparecer que os problemas relativos a não efetivação dos mecanismos oficiais de participação, através dos Conselhos, era responsabilidade dos próprios índios, dirigindo-se aos mesmos afirmando:

Espero que dessa vez consigamos montar o Conselho Distrital. Precisamos muito dele. Estamos reunidos hoje para fazermos o nosso Conselho Distrital para que ações de saúde possam atingir as metas. Precisamos de todas as etnias. **Peço, por favor, vamos levar a sério esta reunião para montar o Conselho Distrital...** (Consuelo Cozac, 2007).

Os índios rebateram esta indicação afirmando que o DSEI-MA/FUNASA-MA era o responsável, pois há anos vinha marcando e desmarcando as reuniões, inviabilizando assim sua realização.

Essa reunião contou com a participação de índios, sendo conduzida por uma Pankararu e dois Kadiwéu, representantes do Fórum de Presidentes Não foram designados servidores do DSEI-MA para acompanhar a reunião. Sua participação ocorreu por insistência dos índios que precisavam de informações para deliberar sobre as questões discutidas.

Observei que durante a reunião foi atribuída a este Conselho grande responsabilidade sobre os resultados das ações indigenistas de saúde. Assim como foi afirmada a idéia de que os índios deveriam apreender a utilizar o Conselho em seu próprio direito. A representante do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais chegou a afirmar:

A participação [através do Conselho Distrital] é essencial para fazer o sistema dar certo. Não é a FUNASA que tem que implantar o Conselho. Somos nós. O Conselho tem o poder. Empoderamento social que só se dá através do conhecimento. [...] Desafia os índios a conhecer. Será que a lei tá errada ou nós não fazemos o dever de casa? A avaliação quem tem que fazer somos nós mesmos. Temos que fazer valer a Lei (Carmem Pankararu, 2007).

Os índios atendidos no DSEI-MA também demonstravam grandes expectativas quanto a atuação do Conselho Distrital na melhoria do atendimento à saúde. Por outro lado, interferiam no direcionamento da reunião estabelecida pelos índios representantes do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais, remetendo as discussões para os seus interesses: definir o número de membros do Conselho Distrital. Estava previsto, inicialmente, um Conselho com a composição de vinte e quatro membros. Os índios não aceitaram, exigindo que as dissidências fossem respeitadas, visto que cada grupo dos Tentehar-Guajajara não aceitava ser representado por índios de grupos rivais.

⁶⁹ Instituído através da Portaria 644, de 27 de março de 2006, com a finalidade de zelar pelo cumprimento das diretrizes do SUS, e também promover o fortalecimento e promoção do controle social na saúde indigenista (MS, 2006).

Tais posicionamentos expressam o fato de que junto com as ações de saúde há uma série de mercadorias simbólicas que levam os índios a competir entre si pela posição de liderança. Criam-se outras estratégias de definição e redefinição na relação com o outro: poder de interferir, dizer o que se quer, como se quer, etc..

Os conflitos intra-étnicos eram expressos durante toda a reunião, na qual discutiam e agrediam-se verbalmente, como foi o caso de índios Tentehar-Guajajara da região de Barra do Corda e também dos Pukobyê (Gavião). Em alguns momentos os índios atribuíam ao DSEI-MA/ FUNASA-MA o acirramento dos conflitos intra-étnicos, acusando-o de estimulá-los, agravando a desunião interna, como pode ser percebida na afirmação de um Tentehar-Guajajara:

Eu espero que seja honesto, não trazer mais conflito para nosso município. Não sei se toda aldeia tá igual nossa aldeia. [...]. Nossa região só tem conflito, através de nós mesmo. No Arame não tem união. Espero da FUNAI, da FUNASA ajudar acabar com a desunião [...] Não tamo ganhando só perdendo. Como cacique espero que a FUNAI e FUNASA apóie a união, por causa do Pólo [...] Não tô achando nada melhorando [...] Se unido não consegue, desunido é que não consegue. [...] Não vou mais apoiar a desunião. Se a FUNASA não tivesse apoiando, não tava desunido... No tempo da FUNAI não tinha desunião. Hoje cada qual quer puxar para o seu lado (Tentehar-Guajajara, Aldeia Nova, região de Arame, 2007).

Diante do quadro de dissidência os três índios que conduziam a reunião tentaram convencer os atendidos no DSEI-MA da importância de ter um Conselho com uma composição pequena, visto que um Conselho com grande número de membros tornava a sua operacionalização mais difícil.

A proposta com a composição de vinte e quatro membros não foi acatada, sendo definido que o Conselho Distrital teria um mandato provisório de um ano, com quarenta e quatro membros e a seguinte composição: vinte e dois índios (que constitui 50 % dos “usuários”), onze trabalhadores em saúde indígenista, sendo seis índios e cinco não-índios (relativos a 25% de trabalhadores) e onze instituições (que corresponde aos 25% de instituições prestadoras de serviços).

2.2 O “Direito” de Executar

No que se refere ao **dever** de participar, o texto da Declaração de Alma-Ata, imprime o caráter de **dever** ao associar participação à importância dos cuidados primários de saúde, percebidos como o centro do sistema de saúde. Os cuidados primários de saúde são definidos como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance **universal** de indivíduos e famílias da comunidade, **mediante sua plena participação** e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (OMS, 1978, grifo meu).

Os cuidados primários de saúde são apontados como elemento central na formulação e implementação de uma nova política de saúde pública. A participação da comunidade na execução destas ações é

colocada como condição essencial, por corresponderem ao primeiro nível de contato entre indivíduo, família e comunidade com o sistema nacional (OMS, 1978).

No Brasil, a Lei 8080/90 afirma que o “dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990a). Nos documentos que tratam da organização do SUS é possível identificar que o **dever** de participar aparece no critério definidor do agente de saúde que faz parte do Programa de Saúde da Família/ PSF⁷⁰ e atua no atendimento básico de saúde. O PSF tem como propósito principal:

Reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (MS, s/d2).

O atendimento primário constitui-se na principal estratégia do SUS junto à população em geral. Este programa tem como objetivo promover a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma contínua e integral.

O atendimento deve ser realizado na unidade básica de saúde ou em domicílio, através da atuação de agentes comunitários de saúde e outros profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) que compõem a Equipe da Saúde da Família, visando a estabelecer vínculos de co-responsabilidade que permitam facilitar a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade.

O agente de saúde no PSF é denominado Agente Comunitário de Saúde/ ACS, deve ser uma pessoa da própria comunidade, que vive vida de forma igual a de seus vizinhos, mas que se diferencia por está preparado para orientar as famílias sobre os cuidados com saúde e também por cuidar da saúde da comunidade.

O PSF corresponde, na saúde indigenista, ao atendimento nas aldeias através da Equipe Multidisciplinar de Saúde do Índio/EMSI que compõe o Programa da Saúde da Família Indígena/ PSFI. O AIS, que corresponde ao ACS, é definido como um agente de transformação na busca de melhorias da qualidade de vida e de autonomia do seu povo, sendo considerado um dos intermediadores entre o sistema de cura indígena e o sistema ocidental. Deveria ter o papel de **articulador político** e de **elo de ligação** entre as sociedades indígenas e o sistema oficial de saúde (MS,1996a).

De acordo com os documentos oficiais caberia aos AIS desenvolver as seguintes atividades:

- acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças, das gestantes e dos pacientes crônicos;
- acompanhar as ações de vacinação e fazer a supervisão de tratamentos de longa duração; atender aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); realizar ações de primeiros socorros;
- realizar atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência.

⁷⁰ O PSF foi criado em 1994, quando foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, com objetivo de melhorar os serviços de saúde através da incorporação e ampliação da atuação dos agentes comunitários e pela atuação de outros profissionais de saúde, mas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já funcionava desde junho de 1991.

A *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena* (BRASIL, Ministério da Saúde 2000) coloca a capacitação e atuação de agentes indígenas como uma estratégia para favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de recursos e conhecimentos técnicos da medicina ocidental, de forma a permitir a soma de conhecimentos e não substituir as práticas tradicionais de tratamento. Após a realização de fóruns de discussões⁷¹ foi elaborada uma proposta nacional de capacitação dos agentes indígenas de saúde, reafirmando a ambigüidade desta política de saúde: ao mesmo tempo, *indigenista e nacional*.

A justificativa para criação de uma Política Nacional de capacitação dos AIS é feita através de dois argumentos: pela constatação de que as atividades de capacitação existentes ocorriam de forma descontínua e heterogênea, resultando numa grande diversidade do perfil de atuação dos AIS; pela constatação de que o quadro de desassistência nas terras indígenas seria reduzido através da solidificação de uma proposta norteadora de formação de AIS para atuarem no âmbito da atenção primária (MS, 1996a).

A capacitação dos agentes indígenas de saúde caracteriza-se por possuir um conteúdo comum, a partir do qual todos os AIS teriam que adquirir conhecimento necessário ao desenvolvimento de seus trabalhos. A capacitação é colocada como tendo o objetivo de somente somar conhecimentos e não de substituir práticas tradicionais de tratamento (MS, 1996a).

A transmissão de conhecimento aos AIS enfatiza a capacitação, colocada como um instrumento essencial na saúde indigenista e uma estratégia para favorecer aos povos indígenas a apropriação do conhecimento. A definição de que esta capacitação deveria ser orientada por uma base comum de conhecimentos, de cunho nacional, demonstra o quanto o objetivo principal não é respeitar as diferenças entre os índios ou seus conhecimentos, mas integrá-los através da capacitação comum a um sistema, para que nele se incluam.

Os documentos que tratam do novo modelo de atenção à saúde indígena, mais especificamente os relacionados aos AIS, destacam que a indicação, seleção e avaliação da atuação do AIS deveriam ser realizadas pela comunidade indígena, de acordo com seus próprios critérios e realidade local, associada aos Conselhos deliberativos. Nestes mesmos documentos, entretanto, existe também a indicação de requisitos para ser agente indígena de saúde (MS, 1996a).

O documento *Formação de Agentes Indígenas de Saúde: propostas e diretrizes*, (1996b) destaca a necessidade do AIS ter um bom relacionamento com a comunidade, principalmente com os mais velhos e a importância de ter disposição para percorrer sua área de abrangência, definindo que não deveria ser exigida escolaridade formal. Admite, até mesmo, a dispensa da alfabetização, desde que capacitados e orientados com metodologia adequada.

Os candidatos poderiam ser do sexo masculino ou feminino, devendo as ações materno-infantis ser realizadas, preferencialmente pelos do sexo feminino, respeitando a divisão sexual dos povos indígenas. No caso de candidatos de uma única aldeia, os mesmos deveriam ser de parentelas diferentes, em número suficiente para atender as demandas da aldeia. Uma definição arbitrária que nega a autonomia dos povos indígenas na definição dos critérios de escolhas dos AIS.

⁷¹ A FUNASA promoveu, no período de 1995 a 1999, quatro fóruns macrorregionais sobre a formação dos AIS, nas cidades de Manaus, São Luís, Goiânia e Vitória, que teve a participação total de 148 pessoas, entre representantes de 34 instituições e algumas lideranças indígenas.

Este mesmo documento (MS, 1996b) destaca que, em cada comunidade, na definição dos AIS devem ser considerados os critérios populacionais, geográficos, culturais e étnicos, de acesso e de otimização dos serviços a serem prestados nos Distritos Sanitários. A estimativa é de um agente para cada 200 habitantes. O levantamento do número necessário de agentes deveria ser realizado em oficinas de planejamento, com instrumentos específicos, permitindo atualizar o sistema de cadastramento dos agentes de saúde.

A estimativa do número de AIS em função do número de habitantes mostra-se problemática, visto que em algumas terras indígenas há uma dispersão populacional em áreas de difícil acesso, sendo este critério inadequado para atender a demanda das aldeias que apresentam tais características.

Os documentos oficiais definem também que para ser AIS a pessoa precisa ter as seguintes características, dentre outras: ser indicado pela comunidade; residir na área de atuação; pertencer à sociedade junto a qual vai atuar, preferencialmente; não ter outro vínculo empregatício; ter um bom relacionamento com a comunidade; ter idade, preferencialmente, acima de 18 anos; ser alfabetizado, preferencialmente; manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho de saúde (MS, 1999a, 1999b). Estes requisitos são semelhantes aos definidos em relação aos agentes comunitários de saúde/ ACS⁷².

Dentre os critérios apontados como motivo de demissão está posto: deixar de residir na sua área de atuação, assumir outra atividade que comprometa o desempenho de suas funções; gerar conflitos ou rejeição junto à sua comunidade; não cumprir os compromissos e atribuições assumidos; pedir seu afastamento por motivos particulares.

Os critérios estabelecidos para escolha e atuação do AISAN são semelhantes ao do AIS. Cabe, especificamente, ao AISAN a competência para operação e manutenção dos sistemas de saneamento, assim como desenvolver a educação em saúde ambiental, dentre outras funções (MS, 1999VIANA, 2005).

É possível perceber que o **direito** à saúde, afirmado constitucionalmente, é vinculado ao **dever**, ou seja, este **dever** está estritamente vinculado ao critério de pertencimento: os agentes de saúde **devem** pertencer ao mesmo povo e **devem** residir na localidade onde vão ser executadas as ações primárias de saúde.

O pertencimento, assim, funciona como um elemento que condiciona a participação nas ações de saúde, ratificando a participação como um **dever** e um **direito**, tal como afirmado na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Considero que tal critério constitui um fator importante na saúde indigenista, visto que contribui para que pessoas de um povo não sejam contratadas para atuar como AIS junto a outro povo.

2.2.1 Os Índios e a Execução da Saúde Indigenista

O modelo de DSEI apresenta como característica principal o atendimento em nível local e traz como um dos seus pilares a participação indígena na execução dos serviços de saúde através da atuação de agentes indígenas de saúde/AIS.

⁷² Para ser admitido como ACS é preciso que o candidato conheça muito bem a comunidade em que vive, tenha espírito de liderança e de solidariedade, preenchendo os seguintes requisitos: possuir idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade no mínimo há dois anos; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Conforme já fiz referência, a atuação de índios em ações indigenista não constitui uma inovação deste modelo de DSEI. Em várias regiões do Brasil índios já atuavam tanto em instituições governamentais quanto não-governamentais, como é o caso dos serviços de saúde sob responsabilidade das missionárias da Consolata em Roraima e das Irmãs da Missão Salesianas no Mato Grosso⁷³.

Por ocasião da criação do DSEI-MA, apenas dois índios monitores de saúde indígena que atuavam na FUNAI foram transferidos para a FUNASA. De um total de cento e noventa e oito profissionais de saúde contratados, através da CLT em 2000, cento e cinco eram agentes indígenas de saúde, ou seja, mais de 50% dos profissionais. Em 2007 o número total registrado de AIS no DSEI-MA duplicou, sendo aproximadamente trezentos e sessenta. Uma questão mostra-se pertinente frente a tais números: como tem se efetivado a participação indígena na execução dos serviços de saúde através dos AIS.

2.2.2 O AIS e o Atendimento nas Aldeias

No Maranhão, a participação oficial dos índios na saúde indigenista foi ressaltada durante o trabalho de divulgação do novo modelo e na reunião em São Luís, em 1999, quando foi colocado o que a escolha dos AIS ficaria a cargo da comunidade. Todavia, as aldeias que teriam lotação de AIS já haviam sido pré-definidas pela equipe do DSEI-MA.

Em função da grande extensão da TI Araribóia, 413.589 hectares, optei por realizar a pesquisa mais especificamente em seis aldeias, conforme referido: Juçaral, Lagoa Quieta, Chupé, Bacabal, Tarumã e Mucura, localizadas na área próxima ao município de Amarante.

De acordo com informações dos índios e de funcionários da CASAI/Pólo-Base Guajajara e DSEI-MA, todos os AIS foram escolhidos pela comunidade onde atuam. A obtenção das informações sobre a lotação dos AIS mostrou-se uma tarefa difícil, visto a falta de controle por parte das CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) e do DSEI-MA dos recursos humanos. Não são estabelecidos contratos escritos, mas apenas verbais, o que constitui uma irregularidade na contratação de pessoal.

Esse descontrole deve-se, entre outras coisas, a fragmentação no gerenciamento das ações de saúde, ficando a verba destinada ao pagamento de recursos humanos sob controle das prefeituras. Funcionários do DSEI-MA informaram que os Pólos-Base de Zé Doca e Grajaú foram os únicos que continuaram enviando a relação de pessoal em 2007 para o DSEI-MA. O restante, incluindo a área de Amarante, não o tem feito. A prática tem sido encaminhar a relação diretamente da CASAI/Pólo-Base Guajajara para a prefeitura. Poucas cópias com a relação de pessoal foram localizadas durante a pesquisa. A partir das informações apreendidas foi possível elaborar o seguinte quadro sobre a atuação dos AIS:

Quadro 09: AIS Tentehar-Guajajara lotados nas aldeias em 2000 e 2006

ALDEIA	Lotação em 2000	Lotação em 2006*
--------	-----------------	------------------

⁷³ Cf. ARAUJO, s/d

	POPULO LAÇÃO	AIS	POPULO LAÇÃO	AIS
Juçaral	213	Surama Santana da Silva	319	Frederico Pereira Guajajara
Lagoa Quieta	60	Suluene Santana da Silva	56	Suluene Santana da Silva
Chupé	15		54	Luzilene Alves da Silva Guajajara
Tarumã	23		71	Pedro Rosa Guajajara;
Bacanal	63	Antônio Guajajara	107	Antônio Guajajara;
Mucura	43		103	Raimundo Maracanã Guajajara;

FONTE: Dados da pesquisa.

* As informações de 2006 referem-se às lotações no segundo semestre deste ano.

O quadro acima aponta um crescimento na contratação de AIS para as aldeias visitadas. De três AIS em 2000, passaram a seis em 2006, ou seja, um AIS para cada aldeia, representando um aumento de 100%. Além das aldeias Lagoa Quieta e Bacabalzinho e Juçaral, onde aparecem lotados AIS em 2000, passaram a contar com a presença de AIS as aldeias Chupé, Tarumã e Mucura.

Dois dos três AIS lotados em 2000 permaneceram lotados no cargo em 2006, nas aldeias Lagoa Quieta e Bacabalzinho. A AIS que atuava na aldeia Juçaral, passou a exercer suas atividades na CASAI/Guajajara - Pólo-Base de Amarante, sendo substituído por outro índio.

A atuação do AIS, apresenta peculiaridades. O que está disposto nos poucos documentos analisados sobre a lotação dos AIS nem sempre corresponde ao que foi observado na prática. Em algumas situações o AIS não atua na aldeia em que está lotado e há ainda os casos em que não atua em lugar nenhum, embora seja remunerado.

Pude observar que os índios resignificam o discurso oficial adequando os cargos, competências e ações aos seus interesses e concepções. Isso ocorre em relação ao controle dos recursos humanos, ou seja, definição, lotação e contratação e demissão de AIS. Ocorre, também, em relação a designação das competências relativas ao gerenciamento dos serviços de saúde, assim como em relação ao regime de trabalho dos AIS.

Dos seis AIS lotados nas aldeias, conforme o quadro 09, quatro atuavam nas suas aldeias de lotação: Juçaral, Bacabal, Chupé e Mucura. A AIS, lotada na aldeia Lagoa Quieta, atuava na CASAI/Pólo-Base Guajajara e o AIS da aldeia Tarumã não estava exercendo suas funções, apesar de estar sendo remunerado.

Ao conversar, em julho de 2006, com a AIS lotada na aldeia Lagoa Quieta, que atuava na CASAI Guajajara/ Pólo-Base de Amarante, percebi que demonstrava certo incômodo pela ausência do AIS na aldeia. Explicou que em função da criação da ONG indígena, a ODSAI, teve que se dedicar ao gerenciamento das ações de saúde junto aos Tentehar-Guajajara, na cidade. Enfatizou os problemas enfrentados não só em relação à própria estrutura burocrática da FUNASA, mas também na relação com os Tentehar-Guajajara, que exerciam uma pressão muito grande sobre seus parentes que passavam a gerenciar o atendimento indigenista à saúde.

Durante o período em que gerenciava as ações de saúde pela ODSAI, esta AIS assumiu a tarefa de acompanhar a equipe de vacinação nas aldeias, uma das ações do AIS, Ocupou seu lugar no gerenciamento das ações de saúde sua irmã SG. O trabalho de vacinação ocorreu em várias etapas e teve que ser feito não só nas aldeias que optaram por ficar sob a responsabilidade do grupo Tentehar do qual fazia parte, mas também nas do outro grupo, liderado por MSG.

Na aldeia Chupé a AIS está lotada há quatro anos, mas por ocasião da pesquisa, constatei sua ausência, que segundo soube, já se estendia há um mês. Os índios informaram que esta AIS anteriormente vinha atuando na aldeia e desconheciam os motivos de estar por tanto tempo ausente, em Amarante. Ressaltaram, no entanto, que por muito tempo a AIS não havia cumprido suas tarefas a contento, como por exemplo a realização do acompanhamento dos moradores, através da visita nas casas, o que só havia passado a fazer recentemente, de forma assistemática. De acordo com informações desta AIS, a mesma se encontrava em Amarante resolvendo problemas pessoais.

O fato da servidora estar ausente de seu local de trabalho não parecia constituir uma falta grave para os índios dessa aldeia. A responsabilidade do atendimento é da FUNASA e as ausências do servidor indígena são percebidas como algo que a FUNASA deveria suprir pois os interesses e problemas do servidor estariam em primeiro plano e não poderiam ser prejudicados em nome do trabalho.

Por outro lado, o que parece assumir mais importância é a relação do AIS com a comunidade, ou seja, prestar conta de seus impedimentos e se justificar por sua ausência.

A tolerância em relação ao não cumprimento das tarefas pelos servidores indígenas pode ser observada também na aldeia Tarumã. Observei que o AIS não residia no seu local de lotação, nem desenvolvia suas atividades, mas continuava sendo remunerado. Os índios relataram que o AIS estava ausente há mais de um ano por ter se separado de sua esposa, indo morar em outra aldeia onde estava constituindo nova família.

A aldeia Tarumã, onde estava lotado como AIS, é formada por parte de sua família extensa. A forma como abordaram a questão permitiu identificar que as relações de parentesco inviabilizavam uma tomada de atitude no sentido de solicitar a sua demissão e contratação de um novo AIS. Informaram que já tinham o nome para um substituto, um irmão o atual AIS, que também é pajé, mas a indicação da substituição não havia sido formalizada.

Percebi que me comunicaram a situação na expectativa de que minha interferência – alguém de fora – contornasse a situação, evitando conflitos advindos de uma demanda por sua demissão. Tentaram transferir a solução do problema, talvez por me associarem a FUNASA, onde já havia trabalhado.

O controle sobre a atuação dos AIS (desempenho, local de atuação, permanência e demissão), de acordo com o que pude observar, fica a cargo dos próprios índios, da comunidade onde foi lotado, ou dos próprios AIS que assumiram o gerenciamento das ações de saúde indígena no período do funcionamento das ONG indígenas, as irmãs SG e SSG.

O documento da coordenação da FUNASA enviado ao MPF ilustra a dinâmica do que é designado pelo órgão gestor como ocupação indevida de cargos:

Em relação ao funcionamento precário da CASAI 1⁷⁴, esta foi indevidamente ocupada pela liderança indígena S⁷⁵, que passou a controlar toda equipe multidisciplinar. Não há insuficiência de profissional, mas uma briga intra-etnica que dificulta o acesso de parentes que não estão sob o “comando” de determinada liderança... (FUNASA-MA, 2006).

⁷⁴ Refere-se à CASAI sob direção das irmãs SG e SSG.

⁷⁵ Refere-se a SG, uma das irmãs que liderava um dos grupos dissidentes dos Tentehar-Guajajara (Amarante), à qual já fiz referência. Ambas as irmãs vinham se alternando na liderança de um dos grupos Tentehar-Guajajara, mas o documento refere-se a irmã que estava com expressividade no momento em que o mesmo fora redigido, situação que se manteve durante todo o ano de 2006.

Este documento evidencia o quanto a FUNASA-MA, ao mesmo tempo em que não assume a responsabilidade direta pela execução dos serviços indigenistas de saúde, busca estabelecer uma inversão de responsabilidade atribuindo aos próprios índios a responsabilidade pelas precárias condições destes serviços. Ao fazer esta afirmação, o coordenador tenta justificar os problemas existentes na CASAI/Pólo-Base Guajajara à atuação da liderança indígena que também atua na CASAI como AIS, atribuindo-lhe um poder de coerção sobre os outros funcionários não-indígenas.

A rotatividade dos AIS e negligência da FUNASA têm prejudicado a qualificação desses servidores. Dos seis que aparecem lotados nas aldeias, em julho de 2006, conforme quadro 09, apenas dois que estão desde 2000 participaram da primeira capacitação, o *Treinamento Introdutório dos AIS*⁷⁶, realizado em abril daquele ano, na cidade de Amarante. Os que foram admitidos pós 2000, informaram que não receberam capacitação para realizar suas atividades. Contam apenas com a orientação dos auxiliares em enfermagem que dão assistência nas aldeias.

Mesmo os AIS que participaram do processo de capacitação, todavia, não se sentem qualificados para atuar em suas funções, afirmando continuamente a necessidade de ser capacitado. A dinâmica da participação indígena na execução dos serviços de saúde tem favorecido o estabelecimento de uma hierarquização entre os próprios AIS. Por conta do destaque adquirido nas reivindicações de serviços de saúde junto às instituições responsáveis, alguns índios passam a ser reconhecidos como mais competentes, tal como aconteceu com as irmãs SG e SSG. Estas, mesmo não estando oficialmente à frente do gerenciamento dos serviços de saúde como no período em que atuava a ONG ODSAI, são reconhecidas pelos AIS, AISAN, “usuários” e mesmo funcionários da CASAI/Pólo-Base de Amarante como as pessoas que direcionam os serviços de saúde.

Pude verificar o poder dessas índias no direcionamento dos serviços quando estive na aldeia Lagoa Quieta, em dezembro de 2006 e encontrei um AIS que estava lotado na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), conforme quadro 10. Ao questioná-lo sobre quando retornaria às suas funções em Amarante, justificou que não havia previsão pois SSG havia determinado que permanecesse naquela aldeia atuando como AIS.

Situações deste tipo permitem identificar que, na prática, o acompanhamento sobre condução dos serviços de saúde desenvolvido pelos AIS nestas aldeias não tem sido realizado pela equipe multidisciplinar, mas somente pelos próprios índios, quer sejam AIS com expressiva liderança, ou “usuários”.

Ao mesmo tempo em que há o cumprimento do que está posto nos documentos oficiais há situações em que isso não ocorre. Por exemplo, o acompanhamento e avaliação da atuação dos AIS nas aldeias tem sido feito pelos “usuários”, que realizam suas próprias avaliações a partir das quais definem a permanência ou demissão deste servidor segundo seus próprios critérios. Esta prerrogativa está prevista nos documentos oficiais. Os critérios que costumam orientar essas definições envolvem fatores como relações de parentesco, conflitos e possibilidades de usufruir dos bens adquiridos pelos AIS com o salário que recebem.

⁷⁶ O *Treinamento Introdutório dos Agentes Indígenas de Saúde* foi realizado em abril de 2000 no período de no Pólo-Base de Amarante foi realizado com base no conteúdo programático elaborado pela COSAI, como parte do programa nacional de capacitação dos AISs. A capacitação foi realizada a partir dos seguintes eixos temáticos: percebendo a nossa realidade; entendendo o processo saúde-doença; intervindo no processo saúde-doença, conhecendo e organizando os serviços de saúde; e conteúdo introdutório sobre infecção respiratória aguda/ IRA e diarreia (CRUZ, 2003).

Por outro lado, consta também nos documentos oficiais que os AIS deveriam ser capacitados, supervisionados e avaliados tecnicamente pela enfermeira que compõe a equipe de PSFI. Pude constatar que não há este acompanhamento. A atuação do AIS é supervisionada apenas pelos índios “usuários” e, em algumas aldeias, também pelos auxiliares de enfermagem.

Outro aspecto que não ocorre conforme prevê a legislação refere-se a dedicação exclusiva dos AIS aos serviços de saúde. Todos os AIS que atuam nas aldeias em que realizei trabalho de campo desenvolvem paralelamente atividades em suas roças, no que são apoiados pelos demais índios.

A determinação oficial procura burocratizar a aldeia segundo a lógica que compartimentaliza as atividades, numa expressão de *violência simbólica* que desconsidera as concepções de tempo e espaço que orientam a vida nas aldeias.

Pelo que pude observar o tempo dedicado ao trabalho como AIS não se prende a horários estabelecidos. O trabalho do AIS costuma ser solicitado somente quando alguém adocece. Seu tempo restante é dedicado as atividades cotidianas da aldeia.

2. 2.3 O AIS e o Atendimento na Cidade

O modelo de atenção à saúde indígena, tentando adequar-se à proposta do SUS de efetivar atendimento básico em nível local, destaca o trabalho do agente indígena de saúde como uma estratégia de efetivação de ações em nível primário. Sua atuação é demarcada com um lugar para ser efetivado: nas aldeias, em nível local, onde ocorre o atendimento de nível primário.

No caso do atendimento prestado pelos AIS aos Tentehar-Guajajara foi possível perceber um processo de resignificação sobre seu lugar de atuação. Passaram a atribuir uma grande importância a atuação do AIS na cidade, o que pode ser percebido pela mudança entre o número de AIS atuando na cidade entre os anos de 2000 a 2006. O número de AIS lotados na cidade, mais especificamente na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) aumentou de um para sete, o que corresponde a um aumento de 600%, conforme o quadro abaixo:

Quadro 10: AIS Tentehar-Guajajara na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) em 2000 e 2006

Lotação em 2000	Lotação em 2006
AIS	AIS
Iracilda de Sousa R Santos	Iracilda de Sousa R Santos Guajajara; Surama Santana da Silva Guajajara; José Lima Guajajara; Joel Noró Guajajara; Tatiana da Silva Guajajara

FONTE: Dados da pesquisa

Um dos AIS já atuava em Amarante, em 2000, na sede do Pólo-Base onde continua lotado em 2006. Dois já atuavam em atividades relacionadas com a saúde indigenista: uma como AIS e outro como conselheiro local. A AIS, que aparece em segundo lugar no quadro acima, estava lotado, em 2000, na aldeia

Juçaral e, no processo de dissidência dos Tentehar-Guajajara assumiu a liderança de um dos grupos, juntamente com sua irmã SSG, deslocando-se para a cidade, onde passou a desenvolver suas atividades.

O AIS que aparece em terceiro lugar, em 2000 era conselheiro local da aldeia Barreiro e, em 2006, conselheiro local da aldeia Tamburi. Tal como no caso da aldeia Bacabal há uma superposição de funções: AIS e Conselheiro. Os demais AIS foram inseridos após o ano de 2000.

No caso da atuação dos AIS na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), tal como ocorre nas aldeias, nem sempre as informações documentais conferem com a prática. Dos AIS dispostos no quadro acima, em 2006, apenas três atuavam diariamente na CASAI.

Além dos três AIS que constam na relação, pude observar mais duas atuando na CASAI. Uma delas estava lotada na aldeia Lagoa Quieta, mas desenvolvendo atividades na CASAI/Pólo-Base, conforme já referido.

Uma das AIS que consta no quadro 10 estava na CASAI durante parte do período da pesquisa. No entanto, algumas auxiliares de enfermagem afirmaram que se tratava de uma situação extraordinária em função da presença dos pesquisadores. A AIS não costumava exercer suas atividades na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), apesar de residir na cidade de Amarante. Questionados sobre a situação, os funcionários não-índios da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), disseram não concordar com esta situação, mas não tomavam nenhuma atitude para resolvê-la.

A referida AIS, por sua vez, admitiu que não vinha desenvolvendo suas atividades. Todavia justificou sua ausência na CASAI/Pólo-Base alegando problemas de doença. Acrescentou, ainda, que assim que estivesse em condições retomaria suas atividades.

Portanto, eram cinco os AIS que atuavam diariamente na CASAI/Pólo-Base, todos residindo na cidade de Amarante. Dos cinco, três constam no Quadro 10 e dois nomes não aparecem no referido Quadro.

Na CASAI/Pólo-Base Guajajara os AIS realizavam as seguintes atividades: receber pacientes vindos das aldeias; marcar consultas nos hospitais; acompanhar pacientes para realização de consultas e pacientes internados no hospital municipal de Amarante; realizar tradução da língua Tentehar para o português, junto aos profissionais de saúde, e a tradução da língua portuguesa para a Tentehar, junto aos índios pacientes; acompanhar os pacientes na CASAI relatando sua condição de saúde às auxiliares de enfermagem e a enfermeira; distribuir alimentação aos índios em estadia na CASAI / Pólo-Base Guajajara (Amarante).

Percebi, conforme já destaquei, que a AIS que fora transferida da aldeia Juçaral para a CASAI Guajajara, exercia uma grande liderança não só em relação aos outros AIS quanto em relação aos profissionais não-índigenas. Tal liderança era alternada com sua irmã, que também atuava na CASAI/Pólo-Base, apesar de estar lotada na aldeia Lagoa Quieta. As duas fazem parte de uma família que se destaca por manter relações constantes com instituições governamentais ou não-governamentais⁷⁷, que desenvolvem ações indigenistas. Tais relações vão da inserção nos serviços indigenistas, enquanto funcionários, à negociação com tais agências, enquanto lideranças da aldeia. A mãe de ambas trabalhava como monitora de saúde na FUNAI, tendo sido

⁷⁷Estão envolvidas em programas e projetos elaborados pelo CIMI e outras instituições. Antes da implantação do DSEI-MA, ambas já participavam de um projeto sobre DST/AIDS coordenado por um professor da UFMA. Atuavam como agentes indígenas de saúde e de educação em saúde. Quando implantados o DSEI e os Pólos-Base no Maranhão, foram indicadas pelas comunidades das aldeias para atuar como AIS. Por exigência do modelo, que prevê dedicação exclusiva à atividade ligada a saúde, optaram por atuar apenas no DSEI-MA.

transferida para a FUNASA. Uma irmã é professora, um irmão é cacique de uma das aldeias, e o outro irmão conselheiro local da sua aldeia, Lagoa Quieta.

Considero que a liderança de ambas respalda-se em dois aspectos: serem índias, dominando os códigos do povo Tentehar-Guajajara e passarem a ter, também, conhecimento sobre os códigos da sociedade não-índia, na qual se insere as instituições indigenistas relativas a saúde.

Esta liderança foi construída ao longo do tempo de trabalho na saúde indigenista, antes mesmo da implantação do DSEI-MA (2000). Ambas conseguiram impor respeito aos índios atendidos na CASAI/Pólo-Base, utilizando sua autoridade legitimada, quando necessário, para evitar conflitos na CASAI oriundos do uso de bebidas alcoólicas.

A liderança conquistada nos embates pelos serviços de saúde indígena, afirmou-se também em função do controle que detinham das informações referentes ao funcionamento da CASAI/Pólo-Base. Ao buscar informações junto ao chefe do Pólo-Base de Amarante e a enfermeira da CASAI Guajajara, sempre era encaminhada as AIS para obtê-las. Eram apontadas como as pessoas mais indicadas para falar sobre os serviços de saúde na CASAI Guajajara.

A liderança conquistada pela AIS que fora transferida da aldeia Juçaral para a CASAI/Pólo-Base⁷⁸, trouxe consigo um outro fator que precisa ser observado com cuidado: a responsabilidade que lhe passou a ser imputada, tanto por parte dos índios quanto dos não-índios. Apesar da presença de outros profissionais não-indígenas, a quem em primeira instância caberia a responsabilidade sobre as ações de saúde, atribui-se toda responsabilidade à AIS, que fica sujeita às pressões dos índios por um melhor atendimento de saúde.

Há por parte dos índios o respeito pela sua atuação nas questões de saúde, assim como a cobrança da responsabilidade sobre os problemas nos serviços. Esta situação torna-se cômoda para os funcionários não-indígenas, que procuram outorgar a responsabilidade da saúde indigenista a esta AIS.

Os profissionais não-indígenas que atuam na CASAI/ Pólo-Base Guajajara (Amarante) demonstram um grande respeito pelas irmãs SG e SSG. Alguns destes profissionais condicionam sua permanência nesta CASAI à continuidade da atuação das irmãs, por sentirem insegurança quando estas AIS não se encontram.

A insegurança dos funcionários índios e não-índios da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) refere-se ao comportamento de índios que estão na cidade para resolver questões que não estão relacionadas diretamente à saúde indigenista, tal como previsto nos documentos oficiais, mas hospedam-se na CASAI. Fazem uso de bebidas alcoólicas e pressionam, principalmente, os funcionários não-indígenas pelos mais variados motivos: exigem fazer uso da alimentação que é destinada aos pacientes e acompanhantes; exigem que seja designado um veículo para levá-los para as aldeias; reclamam do atendimento de saúde e condições do local onde permanecem durante a estada em Amarante.

Este foi um dos motivos pelos quais a CASAI Guajajara/ Pólo-Base de Amarante solicitou a contratação de uma empresa de segurança. Todavia, quando acontecem ameaças, princípio de tumulto ou brigas na CASAI, os índios envolvidos não se deixam intimidar pela presença destes profissionais. Os funcionários

⁷⁸ Refiro-me a esta irmã, em especial, por sua liderança ter sido melhor observada durante o período da pesquisa.

não-indígenas e os índios depositam grande confiança na autoridade da AIS SG identificada como “alguém que enfrenta os índios alcoolizados, impondo respeito” (Auxiliar de enfermagem, 2006) .

Os funcionários não-indígenas na CASAI/ Pólo-Base Guajajara trabalham sob constante tensão e medo, pela possibilidade de embate e conflitos com índios alcoolizados. Posso destacar uma situação, dentre as observadas, em que um índio chegou alcoolizado falando alto e algumas das auxiliares de enfermagem, buscando proteger-se, trancaram-se na sala de consultas, de onde saíram após perceber que a situação não era das mais graves, tratava-se apenas de um índio exaltado.

Em situações extremas, quando nem os próprios índios que estão na CASAI conseguem contornar a situação, aos seguranças cabe ir à delegacia da cidade convocar a polícia militar para solucionar os impasses. Quando os ânimos estão muito exaltados, os índios são presos até que passe o efeito da bebida alcoólica. A presença da polícia na CASAI/Pólo-Base Guajajara é uma demanda dos funcionários indígenas e não-indígenas, assim como dos índios que estão em tratamento. Entendem que alguns índios mais exaltados só respeitam a polícia.

A situação de insegurança dos funcionários não se restringe aos problemas de ameaça à integridade física. Principalmente em relação aos não-indígenas, há a instabilidade em relação a não haver contrato de trabalho, mas apenas acordos verbais. A insegurança é reforçada pelo alto índice de rotatividade dos profissionais, um aspecto que Langdon (2006) aponta como característico dos 34 DSEI no Brasil.

Os funcionários da CASAI/PóloBase Guajajara geralmente são demitidos por solicitações dos índios que participam efetivamente do processo de admissão e demissão de pessoal. Esta situação cria a necessidade dos profissionais não-indígenas conquistarem boa aceitação por parte dos índios, condição para permanecerem no serviço.

Esses funcionários, por desconhecerem aspectos sócio-culturais e políticos do povo com o qual trabalham, não entendem os conflitos que se estabeleceram entre os próprios índios no âmbito da saúde indigenista. Acabam tomando partido por um dos grupos dissidentes e sofrem as conseqüências quando os índios passam a classificá-los como aliados ou opositores.

Uma situação assim foi vivenciada pela atual enfermeira quando houve um dos processos de dissidência. Havia sido contratada para trabalhar na CASAI do grupo liderado por MSG. Após o processo de unificação das CASAI/Pólos-Base, passou a atuar com índios do grupo liderado pelas irmãs SG e SSG. No início foi totalmente ignorada pelas duas agentes. Com o tempo passaram estabelecer boa relação de trabalho.

Quando ocorreu a segunda dissidência, a enfermeira optou por continuar trabalhando com irmãs SG e SSG, em detrimento de voltar a trabalhar com grupo liderado por MSG, decisão apoiada pelas próprias irmãs.

2.2.4 Participação Indígena através do AISAN

Foi possível identificar em três aldeias a presença do AISAN, assim como três aldeias onde não havia esse profissional. Em 2000, não havia lotação desse profissional em nenhuma das aldeias visitadas.

A atuação do AISAN e as condições de abastecimento de água nas aldeias, mostram, em sua maioria, uma situação de discrepância e descompasso. Apesar de contratados e recebendo remuneração mensal,

de terem participado de duas capacitações, conforme suas informações, os AISAN não dispõem de condições de trabalho. Somente nas aldeias Tarumã e Mucura o sistema de abastecimento de água funciona.

Nessas aldeias não foram relatados problemas com abastecimento de água. Possuem poço artesiano e caixa d'água para abastecimento dos moradores através de uma rede de distribuição para todas as casas. Na aldeia Mucura o sistema de água completo começou a funcionar há três anos.

Na aldeia Juçaral um problema no sistema elétrico ocorrido há mais de um ano queimou a bomba, prejudicando o abastecimento das casas. Como a FUNASA não havia providenciado o conserto, os índios improvisaram uma rede de distribuição de água para as casas da aldeia a partir do poço construído pelo setor de Educação Escolar Indigenista para abastecimento de água na Escola. Esta caixa d'água, todavia, só possui 5.000 L, o que faz com que alguns índios só desfrutem do abastecimento de água no final do dia, quando os demais já armazenaram água em suas casas.

Nas aldeias Lagoa Quieta, Chupé e Bacabal, a água utilizada para o consumo é retirada do riacho que as margeia, que apresenta sinais de assoreamento e contaminação, em virtude da presença muito próxima de fazendas com criação de gado, cavalos e suínos.

Existe um AISAN lotado na aldeia Bacabal, mas o sistema de abastecimento de poços não funciona. Na Lagoa Quieta foi perfurado um poço, que também atenderia a aldeia Chupé, mas não está em funcionamento. Também não foi construída a rede de distribuição de água. A mesma situação repete-se na aldeia Bacabal.

A atuação do AISAN encontra-se estritamente relacionada ao abastecimento de água. A FUNASA vem sendo acusada pelos movimentos sociais e organizações indígenas de falha nas ações de saneamento nas aldeias. Levantamento realizado pela própria instituição, mostra que de 2003 a 2005 foram investidos R\$ 53,2 milhões em obras de saneamento básico nas aldeias. A FUNASA informa que, em todo o país, mais de mil aldeias já dispõem de casas com pias, banheiro, chuveiro, vaso sanitário, rede de esgoto e água potável. De acordo com a FUNASA, tais melhorias beneficiam cerca de 190 mil índios no Brasil (Jornal Pequeno, 23/03/06).

As informações sobre as melhorias no sistema de abastecimento de água, todavia, são tratadas de forma genérica, sem referência a que povos foram beneficiados com tais ações. Ainda nesta matéria há a seguinte afirmação do presidente da FUNASA, Paulo Lustosa:

Nós reduzimos os riscos de doenças transmissíveis e desnutrição por meio de veiculação hídrica. Além disso, nós melhoramos, diminuímos os índices de repetência nas escolas indígenas e reduzimos os gastos com medicamentos e com médicos (JORNAL PEQUENO, 23/03/06).

O presidente atribui ao sistema de abastecimento de água um impacto significativo sobre a saúde indígena, mas não explica de que forma chegou a tais resultados. De qualquer forma, há nesta afirmação uma explícita referência a importância do consumo de água com qualidade no processo saúde/doença que tem como resultado a redução de gastos na saúde indigenista. Tais ações não atingiram as aldeias visitadas durante a pesquisa.

Os problemas no abastecimento de água observados nas aldeias Tentehar-Guajajara estão relacionados à descontinuidade nas ações de saneamento. Em algumas aldeias os poços são perfurados, mas não é construída a rede de distribuição de água com a conseqüente instalação da bomba, situação das aldeias Lagoa

Quieta, Chupé e Bacabal, ou não há o conserto da bomba para realizar a distribuição de água, como na aldeia Juçaral.

3 PARTICIPAR É USUFRUIR

Na atual saúde indigenista os denominados “usuários” seriam sujeitos passivos da atenção à saúde, regulamentada através de documentos oficiais. No entanto, os Tentehar-Guajajara compreendem que usufruir é, também, participar.

O acesso aos serviços de saúde é percebido como uma forma de participação, ou seja, ser parte dessa dinâmica usufruindo dos serviços prestados e interferindo diretamente na organização e execução desses serviços.

Oficialmente, os “usuários” são colocados como os que usufruem sem ter uma postura ativa no processo de organização dos serviços, tarefa que é atribuída aos índios inseridos nos mecanismos oficiais de participação: os Conselhos. Os índios significam de outra forma essa categoria, tal como pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 11: Formas de Participação Indígena Oficial e as Definidas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante)

PARTICIPAÇÃO INDÍGENA DEFINIDA OFICIALMENTE		PARTICIPAÇÃO INDÍGENA DEFINIDA PELOS TENTEHAR-GUAJAJARA (AMARANTE)	
Tipo de Participação	Agentes	Tipo de Participação	Agentes
Conselho Distrital	Conselheiros Distritais	• Estratégias indígenas • Participação cotidiana na organização dos serviços;	•Usuários
Conselho Local	Conselheiros Locais		•AIS •AISAN •Conselheiros locais; •Conselheiros Distritais;

FONTE: Dados da pesquisa

O discurso oficial demarca lugares possíveis para os índios: de um lado, aqueles que “participam” na execução (AIS/AISAN) e organização da saúde indigenista (conselheiros), que os documentos oficiais ressaltam como o elemento diferencial deste modelo de DSEI; de outro lado, aqueles que são “usuários” dos serviços.

Para o Estado, o ser “usuário” indígena está vinculado ao critério de pertencimento a um povo. Sua participação, por sua vez, relaciona-se no **direito/dever** de deliberar na escolha de “representantes” dos conselheiros e executores das ações (AIS e AISAN). Erthal chama a atenção para o fato de:

[...] apesar das propostas de implantação de modelos de assistência diferenciados virem envoltos de discursos democráticos de participação da comunidade, sua prática autoritária pode ser percebida por meios de projetos que delimitam a participação indígena à condição de usuários do sistema, e supõe que a prática de uma “gestão participativa” pode realmente ser implementada onde não se busca na população indígena uma parceira efetiva no delineamento de um modelo realmente diferenciado de atenção à saúde (ERTHAL, 2003).

Os “usuários” indígenas, tal como ocorre no sistema médico-oficial, são considerados na maior parte do tempo de forma passiva: sua participação tem limites bem demarcados: escolher e substituir os

conselheiros locais, assim como dar sugestões aos mesmos sobre a saúde indigenista, assim como escolher, avaliar e indicar a demissão do AIS/AISAN. Os “usuários”, de acordo com os documentos oficiais, devem delegar responsabilidades aos conselheiros e ser atendidos pelos AIS.

Enquanto o Estado define os índios como “usuários” dos serviços, os Tentehar-Guajajara sentem-se *participantes*. O tempo todo buscam participar do processo de implementação dos serviços de saúde, tanto no âmbito das aldeias (Posto de Saúde), como da CASAI/Pólo-Base Guajajara e do DSEI-MA/ FUNASA-MA.

Para exercer esse papel ativo geralmente utilizam diferentes estratégias, que vão desde aquelas que dizem respeito às cobranças cotidianas no âmbito do atendimento local até formas mais radicais de pressão que serão abordadas no próximo capítulo.

O descompasso entre a compreensão da noção de participação pode ser percebida desde os primeiros encontros, antes da implantação do DSEI-MA, em 1999. Durante as reuniões para divulgação do novo modelo de saúde, o pessoal da ESAI⁷⁹ enfatizava a importância da participação indígena para implementação de serviços de saúde com qualidade. As afirmações da equipe da ESAI deixavam transparecer um entendimento de que a participação indígena ainda iria se efetivar, através dos mecanismos oficiais a serem criados: os Conselhos.

Os índios, todavia, consideravam que a presença da equipe na aldeia constituía um espaço para colocarem-se em relação aos serviços de saúde, demonstrando que sua participação já estava em processo. As reuniões para divulgação do novo modelo acabavam por se transformar em espaços de reivindicações indígenas. Nessa ocasião, por exemplo, os Tentehar-Guajajara, que posteriormente passaram a ser atendidos pelo Pólo-Base de Amarante, destacavam as seguintes necessidades:

- Medicamentos;
- Sistema de abastecimento de água: Perfurações de poços artesianos, manutenção de poços, caixas d’águas e bombas, em algumas aldeias;
- Meios de transporte para deslocamento de pacientes;
- Rádio de comunicação;
- Recursos humanos: Auxiliar de enfermagem para atuar nas aldeias;

Os problemas permaneceram durante o primeiro ano de funcionamento do DSEI-MA, mas os índios sempre se colocavam buscando solucionar as problemáticas identificadas, visando ter acesso a um serviço de saúde que consideravam o ideal.

3.1 A Estrutura de Atendimento em Amarante

Após os “usuários” escolherem os índios que vão atuar na organização e execução dos serviços de saúde, as instituições responsáveis pela saúde, passam a estabelecer relações diretas com esses indígenas indicados: conselheiros e AIS.

⁷⁹ Esta equipe, conforme já referido, passou a compor a equipe do DSEI-MA, após a sua criação.

Para os Tentehar-Guajajara, todavia, o entendimento da participação não se restringe a delegar responsabilidades. Isso se deve, entre outras coisas, a forma de organização deste povo, baseada em famílias extensas. (WAGLEY & GALVÃO, 1955; COELHO, 1987, 2002; ZANNONI, 1999; GOMES, 2002).

Os Tentehar-Guajajara não concebem o poder de forma centralizada. Cada chefe de família exerce um poder que não admite delegação. Essa forma de organização dificulta a relação com a estrutura dos serviços indigenistas de saúde, articulada segundo as concepções ocidentais de delegação.

À sua maneira, os Tentehar-Guajajara tentam participar das decisões relativas à execução e organização dos serviços. Em alguns casos são atendidos, em outros não.

A insistência dos Tentehar-Guajajara (Amarante) em participar pode ser percebida na própria estrutura de atendimento configurada na CASAI/Pólo-Base Guajajara, que demonstra o quanto os índios estão sempre em posição de exercer o *poder* (FOUCAULT, 1981).

As informações obtidas durante a pesquisa permitem identificar a inexistência de um consenso sobre a própria estrutura de organização de serviços para os Tentehar-Guajajara e o DSEI-MA/FUNASA-MA. Os Tentehar-Guajajara resignificaram a estrutura operacional dos serviços no DSEI-MA, criando uma tensão entre o que foi determinado pelos índios e o que está posto oficialmente⁸⁰.

A partir do momento em que os índios assumiram a gestão dos serviços de saúde, através das ONG indígenas, ocorreram constantes dissidências que resultaram numa nova configuração no DSEI-MA.

Em Amarante, os Tentehar-Guajajara alteram a estrutura de atendimento expressa na forma de CASAI e Pólo-Base, fazendo acontecer uma nova estrutura que costumam denominar CASAI/Pólo-Base Guajajara.

A CASAI Guajajara não tem estrutura operacional para atendimento aos Tentehar-Guajajara, tal como disposto na atual política indigenista de saúde. Considero que pela definição oficial a mesma não poderia constituir nem uma CASAI nem um Pólo-Base do Tipo I ou II, mas uma estrutura de atendimento que foi se constituindo no embate entre os Tentehar-Guajajara, buscando participar da organização dos serviços, e o DSEI-MA/FUNASA-MA.

A dificuldade em lidar com a *diferença*, ou seja, com a forma de organização dos Tentehar-Guajajara, é evidenciada na ambigüidade do DSEI-MA/FUNASA-MA e expressa-se também na postura dos funcionários ao criticar ou mesmo ironizar a criação das CASAI/Pólo-Base. Alguns funcionários do DSEI-MA, costumam referir-se às CASAI que foram criadas pelos índios, como “casinhas”. A forma como fazem a referência deixa transparecer que as designam desta forma justamente por terem sido criadas pelos próprios índios e não pela FUNASA. Ao utilizarem o termo “casinhas” trazem a idéia de que as mesmas não são válidas, constituem apenas um arranjo provisório e que a qualquer momento podem ser extintas.

Alguns índios, por sua vez, também se referem às CASAI como “casinhas”, todavia por outro motivo: o termo “casinha” é uma forma de ironizar a atuação da FUNASA-MA/DSEI-MA que, segundo suas avaliações oferece péssimas condições de atendimento à saúde. Referem-se ao termo “casinha” também pelo fato

⁸⁰ Refiro-me ao fato do DSEI-MA/FUNASA-MA manter oficialmente um organograma com a estrutura de seis Pólos-Base (Amarante, Arame, Grajaú, Barra do Corda, Zé Doca e Santa Inês), mas ao mesmo tempo criaram, extra-oficialmente, a designação de Sub-Pólos para referir-se às CASAI/Pólo-Base criadas pelos próprios índios.

das mesmas não possuem uma boa infra-estrutura de atendimento, demonstrando um descaso da instituição responsável pela saúde indigenista: o DSEI-MA.

A precariedade no atendimento prestado nas CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) pôde ser observada durante a pesquisa. Esta funciona em uma casa alugada pelos próprios índios liderados pelas irmãs SG e SSG, localizada em uma rua não asfaltada, sem rede de esgotos, distante do hospital Municipal de Amarante (mais de 30 minutos do mesmo). Localiza-se praticamente na entrada da cidade, um local distante da rede de serviços de saúde (hospital, posto de saúde, etc).

É possível perceber que o prédio era uma residência que não foi adaptada ao atendimento indigenista de saúde. Em um dos ambientes foi improvisado um pequeno consultório onde atualmente a enfermeira atende aos índios. Neste compartimento há um banheiro que está interditado, sem condições de uso. Em outro compartimento, também pequeno, funciona a farmácia. Há, também, um ambiente grande, que funciona como sala de espera. A área onde anteriormente funcionava uma cozinha está ociosa. Geralmente é onde os índios permanecem esperando para ser atendidos ou conversando. É também onde as crianças costumam ficar correndo e brincando.

A casa é murada na frente e nas laterais. É toda avarandada. Os índios pacientes e seus acompanhantes permanecem nas varandas. Acomodam-se em redes que são armadas lado a lado. Costumam, também, enfiar estacas para armar redes ao ar livre. Isso geralmente quando a CASAI atinge um grande número de índios alojados. Existem marcas das fogueiras que sempre fazem para preparar alimentos (arroz, carne, frango, etc.) que compram em Amarante. Na maior parte do tempo permanecem na CASAI cerca de setenta índios, entre pacientes, acompanhantes (geralmente toda a família: cônjuge, filhos, avós maternos, etc.).

Na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) não há banheiro para fazerem suas necessidades fisiológicas. Costumam fazê-las no fundo do terreno, no limite com as áreas de outras residências. Apesar de não estarem acostumados a utilizar esse tipo de instalação, na cidade não há outra opção, como ocorre nas aldeias, que possuem grandes áreas de mata. A água disponível vem da encanação da rede pública de distribuição do município, mas não é tratada para consumo e a CASAI/Pólo-Base Guajajara não possui sequer filtros para melhorar sua qualidade.

Esta Casa dispõe de energia elétrica, mas não possui computadores, telefones ou rádios para comunicação com as aldeias ou mesmo com o DSEI-MA. Toda a infra-estrutura resume-se a três mesas (uma na sala onde a enfermeira atende, uma na farmácia e outra na frente). Não há bancos ou cadeiras suficientes para acomodação dos pacientes ou mesmo mesas para fazerem a suas refeições. Os índios reclamam desta situação. Realizar as refeições ou dormir na varanda ou ao ar livre não se coloca como opção, mas como única possibilidade.

Para realizar os deslocamentos de pacientes das aldeias para cidade e vice-versa, a CASAI dispõe de dois carros (L200) que foram locados exclusivamente para realizar o atendimento à saúde indigenista. Os dois motoristas que dirigem os carros são remunerados com recursos do PSFI.

Não há carros de propriedade da própria FUNASA atuando no atendimento à saúde dos Tentehar-Guajajara (Amarante). A locação de veículos para deslocamento de pacientes constitui uma parcela significativa dos recursos da saúde indigenista, visto que a locação de veículos não ocorre apenas nesta região, mas em toda a área de atendimento do DSEI-MA.

A comunicação entre CASAI/Pólo-Base e aldeias, e vice-versa é prejudicada pela inexistência de instrumentos apropriados. Tal como na CASAI/Pólo-Base Guajajara, também não há rádios amadores instalados nas aldeias o que dificulta a comunicação mais rápida entre as duas instâncias de atendimento. De acordo com informações dos funcionários que atuavam na CASAI/Pólo-Base Guajajara os rádios que foram comprados e funcionaram durante o ano de 2000, tiveram problemas técnicos e não foram encaminhados para conserto pela FUNASA-MA.

Em 2006, na sede da CASAI/Pólo-Base Guajajara, a equipe em atuação era formada pelos seguintes profissionais: uma enfermeira, um odontólogo (recém contratado), três auxiliares de enfermagem, cinco AIS. Todos remunerados através de recursos destinados ao Programa da Saúde da Família Indígena/PSFI, repassados pelo Ministério da Saúde para a Prefeitura de Amarante. Havia também um funcionário da FUNASA que respondia pela chefia desta CASAI/Pólo-Base. O mesmo tinha sido designado pelo DSEI-MA e estava trabalhando neste local há, aproximadamente, seis meses.

Os índios interferem na contratação de pessoal. Os funcionários que atuam com recursos do PSFI, não possuem vínculo empregatício, as “contratações” são realizadas de forma verbal.

A inexistência de contratação por escrito é uma situação que favorece o poder de pressão dos índios sobre os funcionários, que submetem-se às suas determinações temendo a perda do emprego. Essa situação é de conhecimento da FUNASA-MA, que não tem tomado medidas no sentido de coibi-la.

Funcionários do DSEI-MA, argumentam que se torna difícil efetivar uma relação de trabalho com base no que está instituído na Consolidação da Lei do Trabalho/CLT, visto que os índios admitem e demitem as pessoas com grande regularidade. A contratação pela CLT só geraria problemas, visto a instabilidade. Informam que as próprias prefeituras começaram a reclamar da alta rotatividade e a mudança mensal da relação de funcionários na folha de pagamento.

Nenhum dos funcionários não-índigenas que atuavam nesta CASAI/Pólo-Base havia recebido algum tipo de treinamento para o trato com povos de culturas diferenciadas. As capacitações de que participaram resumiram-se a questões técnicas, voltadas para a sua área de atuação.

Trabalhavam, também, três vigilantes que foram contratados pela Maranhense Vigilância e Segurança Ltda/ MASV (uma empresa de segurança). A atuação da empresa foi estabelecida através de convênio desta com a FUNASA. De acordo com suas informações, os funcionários estavam sempre com salário atrasado, em função de problemas no repasse de recursos financeiros entre a FUNASA e a MASV.

Os recursos financeiros para atendimento à saúde dos Tentehar-Guajajara na CASAI/Pólo-Base Guajajara são transferidos diretamente do Ministério da Saúde para a prefeitura de Amarante, que realiza o pagamento de recursos humanos. Cabe ressaltar que, mesmo durante o período em que o gerenciamento da saúde indígenista dos Tentehar-Guajajara (Amarante) ficou sob a responsabilidade de ONG indígenas, de 2002 a 2005, os recursos destinados ao pagamento de pessoal sempre ficaram sob responsabilidade das prefeituras, conforme já destaquei.

A forma como o atendimento médico vem se processando desconsidera qualquer princípio de respeito às especificidades étnicas. A equipe do PSFI não conta com médico e os profissionais que nela atuam não realizam as atividades em nível local, conforme previsto. Os índios são atendidos pela rede SUS, no município.

De acordo com informações da equipe multidisciplinar de saúde, o hospital municipal recebe o equivalente ao salário de um médico do PSFI (R\$ 5.500,00) para prestar o atendimento aos pacientes indígenas. A cada dia, o hospital reserva cinco vagas para consulta de rotina dos Tentehar-Guajajara, cuja população corresponde a aproximadamente 2.587 pessoas. Os casos de emergência são encaminhados diretamente para o hospital, sem restrição de vagas. Outros casos de consulta são encaminhados ao Posto de Saúde do Município.

A dinâmica de funcionamento da CASAI / Pólo-Base Guajajara é direcionada pelas demandas dos índios. Por conta destas demandas são organizadas atividades a serem realizadas: deslocamento de carro para buscar paciente ou para deixar nas aldeias; consultas; entrada ou “liberação” de índios que vivem na cidade. Coloco liberação entre aspas, pois nem sempre esta liberação é feita pelos profissionais de saúde. Muitas vezes o próprio índio paciente ou sua família define o momento desta liberação, como nos casos que entendem que é necessário acionar o tratamento tradicional, através da intervenção do pajé, de acordo com a concepção do fenômeno saúde/ doença.

No geral a CASAI/Pólo-Base Guajajara mantém uma rotina voltada para os índios que buscam algum tipo de tratamento que não requer alojamento, índios que vivem na cidade. Realiza também ações voltadas para os índios que permanecem alojados, por motivos de tratamento médico, juntamente com seus acompanhantes. Nos documentos oficiais está previsto que nos casos de tratamentos de índios que requerem atenção mais especializada, fora da aldeia, os mesmos devem permanecer nas CASAI, juntamente com seus acompanhantes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

A definição de quem se aloja e permanece na CASAI/Pólo-Base Guajajara também é realizada pelos próprios índios, em detrimento do que está posto oficialmente, que a demanda para tratamentos deve obedecer ao fluxo de referência e contra-referência. A demanda pelo atendimento ocorre, na maioria das vezes, por iniciativa dos próprios índios e não por encaminhamento do pessoal da saúde: AIS, auxiliares de enfermagem, etc.

Em alguns casos esta demanda direta sem intermediação dos profissionais ocorre por conta da inexistência do trabalho de AIS ou auxiliares em enfermagem nas aldeias. Na maioria das vezes, avaliações são feitas pelos índios. Mesmo quando há o AIS e o auxiliar de enfermagem, os “usuários” exigem que os mesmos dêem o encaminhamento para atendimento na cidade, quando tais profissionais negam-se a fazê-lo, alegando que o tratamento pode ser feito na aldeia, os índios vão assim mesmo e são recebidos na CASAI.

Os índios mostram-se estratégicos quanto ao acesso à CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante). Quando os profissionais que atuam nessa instância alegam que o atendimento é exclusivo para pacientes, imediatamente acusam algum tipo de enfermidade: na maioria das vezes queixam-se de dor de cabeça e mal-estar geral.

O grande número de índios na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) provoca a realização de grandes despesas com alimentação, gerando um alto débito nos estabelecimentos que as fornecem. O chefe do Pólo-Base, durante o segundo semestre de 2006, vinha implementando medidas visando a reduzir tais gastos. O mesmo elaborou um documento definido as normas para fornecimento da alimentação, indicando que deveria ser acondicionada em *marmitex*, servido somente na CASAI/Pólo-Base Guajajara e não mais nos restaurantes da cidade, como vinha ocorrendo. Esta medida visava ter maior controle sobre a distribuição da alimentação, de forma que a mesma fosse servida apenas aos pacientes e seus acompanhantes.

De acordo com as normas estabelecidas, na CASAI/Pólo-Base Guajajara serviam-se três refeições diárias: café da manhã, que chegava geralmente até as 08:00 h; almoço, que era entregue até 13:00 h; e jantar, que era entregue mais cedo, às vezes às 17:00 h. As refeições, que chegam em *marmitex*, são distribuídas pela equipe de funcionários ou pelos seguranças, quando os demais não estão presentes.

Durante 24 horas há a presença de segurança. O horário de trabalho dos funcionários na CASAI/Pólo-Base não é rigoroso, iniciando-se o expediente, geralmente, a partir das 8:30 h. Há um intervalo para o almoço, que ocorre geralmente às 12:00 h, com retorno das atividades às 14:00 h e seu encerramento às 18:00 h. Este tempo de trabalho não é fixo, visto que, de acordo com a demanda podem permanecer envolvidos com as atividades da CASAI/Pólo-Base também durante a noite, quando precisam atender algum caso de urgência nas aldeias, ou acompanhar algum paciente no hospital em situações como trabalho de parto, doenças em crianças, etc.

Em sua rotina, muitas vezes quando os profissionais chegam a sede da CASAI/Pólo-Base, já iniciaram o trabalho, visto que estão vindo do hospital com informações sobre pacientes hospitalizados, marcação de consultas, etc.

A enfermeira consulta os pacientes pela manhã, sendo a tarde reservada para resolver questões administrativas. As técnicas em enfermagem e os AIS fazem acompanhamento dos pacientes na CASAI, ministrando medicamentos, e também junto aos índios que residem na cidade de Amarante. Principalmente aqueles que estão em tratamento que não pode ser interrompido.

Problemas decorrentes do modelo administrativo adotado pela FUNASA, com diversos setores atuando nas questões relativas à saúde indigenista, contribuem para inviabilizar a realização das atividades em âmbito local (nas aldeias). Uma destas situações refere-se à atuação do odontólogo, que permanecia na CASAI/Pólo-Base auxiliando em outras atividades não relacionadas a seu trabalho⁸¹.

Este havia sido contratado há três meses, tendo ido a algumas aldeias realizar trabalho de educação e prevenção da saúde bucal, sem poder iniciar tratamentos dentários por falta de material que, de acordo com a FUNASA, estava em processo de licitação. Sua ida a aldeia Juçaral sem material destinado a restauração ou extração dentária despertou nos índios dois tipos de avaliação: uns ressaltavam o esforço em realizar as atividades, mesmo não tendo material apropriado para fazê-lo; outros consideravam desnecessária sua ida à aldeia sem o material para realizar suas atividades. Avaliavam que muitos índios sofriam de problemas dentários que requeriam tratamento urgente, a presença do odontólogo sem material não mudava este quadro.

Os problemas com a atuação do odontólogo não se constituía uma novidade para mim. Durante o ano de 2000, a mesma situação ocorreu com o odontólogo contratado para atuar no Pólo-Base de Amarante. Por problemas de licitação não foi comprado o material para realização de suas atividades.

Sem dispor do material de trabalho, mas tendo que permanecer no Pólo-Base em função da exigência da chefia do DSEI-MA, o odontólogo também passou a realizar atividades de cunho administrativo, próprias do Pólo-Base: encaminhamentos de índios para Imperatriz, autorização de refeições para os pacientes que estavam em Amarante, etc.

⁸¹ Recebimento de pacientes indígenas, encaminhamento para serem atendidos na CASAI/Pólo-Base de acordo com o tipo de demanda: consulta com a enfermeira, recebimento de medicamento, etc.

A presença do odontólogo no Pólo-Base sem desenvolver atividades específicas de sua profissão, por mais de seis meses do ano de 2000, levou ao descontentamento por parte dos índios, que acusavam o odontólogo de estar recebendo dinheiro, sem trabalhar. Este profissional passou a ser hostilizado, gerando a necessidade de ser transferido para outro Pólo.

Outra situação que evidencia o descompasso entre o que está posto nos documentos oficiais e sua implementação refere-se às atividades que a equipe multidisciplinar deveria realizar nas aldeias. Não tem ocorrido as visitas às aldeias para capacitar, avaliar e supervisionar a atuação dos AIS.

Esta é uma situação recorrente, visto que no primeiro ano de funcionamento do modelo de DSEI-MA, a equipe multidisciplinar já não realizava atendimento nas aldeias. A enfermeira, em especial, nem mesmo fazia as consultas previstas no Pólo-Base. Restringia-se às atividades relacionadas à organização e administração do Pólo-Base, no que se refere aos serviços das auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, participando da organização e capacitação dos agentes indígenas de saúde. A justificativa, então já era a mesma: falta de viatura para transportar a equipe para as aldeias, pois o carro estava continuamente transportando os índios para a cidade de Amarante.

Considero que a não realização das visitas periódicas desta equipe às aldeias constitui um dos principais motivos de demanda indígena em busca de tratamento na cidade. Cria-se assim um ciclo vicioso: a equipe multidisciplinar não vai para aldeias porque não tem carro para transportá-la, os veículos estão continuamente transportando índios que vão para cidade em busca do atendimento que a equipe não presta nas aldeias.

Na PNASPI está posto que: “nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, **e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações**” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, grifos meus). Foi possível perceber que o atendimento local, nas aldeias, não é realizado, como também não é planejado, tal como especificado nos documentos oficiais, como se esta atividade não constasse nos planos dessas equipes.

Em uma das conversas com a enfermeira tomei conhecimento de que não havia nenhum plano de atividades a serem desenvolvidas nas aldeias. Justificou que não adiantaria elaborá-lo visto a inconstância na execução das atividades de saúde em nível local (aldeias). Citou como exemplo a vacinação, relatando que o planejamento de viagens nunca era seguido, por ocorrerem contratempos: quando havia vacina, não havia carro; quando havia carro, não havia vacina ou mesmo diárias para remunerar as pessoas que iriam para as aldeias.

A inexistência do trabalho de atendimento à saúde nas aldeias é uma característica não só desta equipe multidisciplinar, mas de outras equipes que atuaram junto aos Tentehar-Guajajara (Amarante), como pôde ser confirmado por informações do auxiliar em enfermagem da aldeia Mucura: em quatro anos, apenas duas vezes as enfermeiras do Pólo-Base estiveram na aldeia. Cada visita havia sido realizada por profissionais distintas e em campanhas de vacinação.

Não era realizado o acompanhamento do trabalho dos auxiliares em enfermagem pela CASAI/Pólo-Base Guajajara. Tal situação agrava-se pelo fato da equipe multidisciplinar não atuar nas aldeias através de acompanhamento sistemático, tal como previsto oficialmente⁸². O auxiliar em enfermagem da aldeia

⁸² BRASIL, Ministério da Saúde, 2000.

Mucura informou que só havia cobranças de relatórios do que era realizado, mesmo sem a infra-estrutura para fazê-lo. As sugestões encaminhadas aos responsáveis pela CASAI/Pólo-Base Guajajara não eram seguidas, muito menos discutidas.

Alem de não ocorrer o trabalho de atendimento em nível local pelas equipes multidisciplinares de saúde nas aldeias, não há um acompanhamento das ações por parte do DSEI-MA, a quem caberia supervisionar as ações de saúde nas CASAI e Pólos-Base.

Apesar da deficiência no atendimento à saúde em nível local, foi possível apreender como os índios a partir da *resignificam* a organização dos serviços na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), conseguindo alterar a estrutura de serviços de modo a favorecê-los, não necessariamente em questões relativas ao atendimento à saúde, mas transformando a CASAI num espaço deles na cidade.

Por outro lado, os problemas identificados na rede de serviços indigenistas na cidade, permitem afirmar que as esperanças dos índios de mudanças nos serviços da saúde com a implantação do DSEI-MA frustraram-se. As reivindicações feitas em 1999 e 2000, não foram atendidas e permanecem em pauta em 2006, somando-se a estas outras questões relacionadas à organização dos serviços de saúde.

3.2. O Atendimento “Local”, Fora do Local

Os Tentehar-Guajajara atribuem o deslocamento dos índios da aldeia para a cidade ao contexto de gerenciamento da saúde indigenista pelos índios, especialmente, pela ocorrência das dissidências. Acusam o grupo liderado por MSG de colaborar com esta situação, visto que durante o período em que esteve a frente da CASAI/Pólo-Base em Amarante a oferta não era de serviço de saúde, mas de refeições, o que pode ser percebido ao afirmar que “*o que tinha no Pólo era o marmitex*” (Tentehar-Guajajara, aldeia Mucura, 2006).

No entanto, a questão apontada pelos índios pode constituir uma intensificação dos deslocamentos. A demanda pela saúde indigenista mostra-se um fator que contribuiu para ocorrência do grande fluxo de índios que passou a morar na cidade de Amarante. A presença de índios morando na cidade não se constitui uma novidade.

Observei que no início de 2000, quando as atividades do Pólo-Base de Amarante/ DSEI-MA passaram a ser implementadas, já havia a presença de índios Tentehar-Guajajara morando na cidade. Todavia no final daquele ano, 2000, este número já se constituía relativamente maior. Identifico que neste período a demanda pelo atendimento de saúde na cidade, deficiente nas aldeias, constituía um dos maiores motivadores desse movimento (CRUZ, 2003).

Em 2006, o número de índios morando na cidade de Amarante chegou a constituir duas vilas habitadas somente por Tentehar-Guajajara. Além destas vilas, há índios também morando em outras regiões da cidade. As justificativas dadas pelos índios para essa mudança, remetem para a busca por escolas e atendimento de saúde.

Os índios que vivem nas aldeias expressam o entendimento de que a saúde indigenista tem provocado o deslocamento dos índios para a cidade de Amarante, tal como pode ser percebido na seguinte afirmação:

Uma equipe, com um médico para fazer as consultas [nas aldeias]. A saúde melhoraria. Isso também vai diminuir a população [dos índios] em Amarante. Uma pequena farmácia. O funcionamento de poço artesiano, remédio... (Tentehar-Guajajara, aldeia Bacabal, 2006).

Outro fator que também leva os índios a cidade é o recebimento de aposentadoria. Todavia, o tempo de permanência por este motivo geralmente é menor: recebimento de benefícios e compras para levar para aldeia. Para alguns índios este é um motivo para permanecer por mais tempo na cidade.

Passou a ser comum aldeias inteiras ficarem desabitadas durante algum tempo em função do deslocamento dos índios para a cidade. Geralmente esta situação ocorre nos períodos em que índios aposentados recebem o pagamento mensal. Nestas ocasiões os índios hospedam-se nas casas dos parentes ou em suas próprias casas construídas na cidade.

A grande presença indígena na cidade provocou um tema que passou a ser discutido nas aldeias: o atendimento prestado pelo DSEI se aplicaria a índios que vivem na cidade?

As opiniões sobre esta questão eram as mais variadas. Alguns concordam que o DSEI atenda aos índios que estão na cidade, pois vivenciam situações difíceis. Muitas mulheres e até meninas submetem-se a ter relações sexuais em troca de dinheiro, insuficiente para manter a família. Essas relações sexuais são motivos de preocupação para os Tentehar-Guajajara, entre outras coisas, pela transmissão de doenças. Além das relações sexuais, outra forma de sobreviver é catar lixo, conforme depoimento abaixo:

Índio aprende coisa ruim na cidade... A companhia do malandro [não-índio]... Vão a cidade e voltam. Tão na prostituição em Amarante para se manter. O índio tá assaltando para sobreviver. Tem índio catando no lixeiro. Aposentado empenha o cartão. Faz empréstimo nos bancos. As pessoa chega oferecendo para fazer empréstimo [...] (Tentehar-Guajajara, aldeia Bacabal, 2006).

Grande parte afirma que deveria ser viabilizado o retorno para as aldeias. A maioria não tem emprego na cidade ou, quando trabalham, o fazem nas instituições que realizam atendimento indigenista (saúde, educação, FUNAI, etc).

A cidade condensa a tensão entre a atração e a repulsa que exerce sobre os índios. Aqueles que apresentam um discurso de reprovação, na prática buscam também permanecer na cidade, mesmo que por menos tempo.

Uma das atrações que a cidade exerce, está posta no depoimento abaixo:

Não tem luz aqui na aldeia. A gente dorme cedo, parece cutiazinha que dorme no olho do pau. A gente quer ficar acordado até dez, doze hora... como vocês na cidade. A gente dorme só no fogo... (Tentehar-Guajajara, Aldeia Tarumã, 2006)

Para outros Tentehar-Guajajara, a CASAI/Pólo-Base Guajajara não deveria prestar atendimento aos índios que vivem na cidade, mas aos que realmente precisam de atendimento diferenciado, os aldeados. Por pensar desta forma, um Tentehar-Guajajara quase agrediu fisicamente uma AIS na CASAI/ Pólo-Base Guajajara. Tendo ido a cidade receber a sua aposentadoria dirigiu-se à CASAI para hospedar-se e utilizar o carro para retornar a sua aldeia. Como havia emergência em outras aldeias, o carro que atende à saúde não pode conduzi-lo, fazendo-o permanecer mais tempo na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante).

Enquanto aguardava o transporte, seu neto que o acompanhava introduziu um corpo estranho no nariz, no momento em que não havia nem AIS, nem técnica de enfermagem ou enfermeira para tomar

providências. O índio levou a criança para o hospital onde encontrou uma AIS acompanhando índios que moravam na cidade e quase a agrediu. Entendia que o atendimento prioritário deveria ser dado aos índios aldeados.

3.2.1 A Disputa pela Demarcação dos “Lugares”

A atuação dos Tentehar-Guajajara na organização dos serviços não se restringe a CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), mas pode ser percebida também nas aldeias. Um dos resultados desta interferência direta refere-se à demanda pela contratação de profissionais indígenas e não-indígenas para atuar nas aldeias. A demanda por AIS para atuar nas aldeias constitui uma reivindicação recorrente em todas as aldeias onde esse profissional não está lotado e mesmo naquelas onde já estão atuando. A demanda pela lotação de AIS em cada uma das aldeias visitadas foi atendida. A demanda pelo auxiliar de enfermagem foi atendida em duas aldeias: Mucura e Juçaral.

O poder de decisão dos índios sobre a atuação de recursos humanos no âmbito local parece absoluto. Não só definem quem vai trabalhar, como quantos vão trabalhar, independentemente do número de vagas estipulado pela FUNASA. Para criar uma vaga não prevista, autorizam o profissional a trabalhar e passam a pressionar a FUNASA para que seja feita sua contratação. Isso ocorreu, por exemplo, em uma das aldeias jurisdicionadas a CASAI/Pólo-Base Guajajara, a aldeia Bezerra. A comunidade enviou um abaixo-assinado com o seguinte teor:

[...] Formaliza a reivindicação da abertura de uma vaga de AIS. Comunidade composta por 97 índios, todos aldeados, que coexistem permanentemente com a distância para um pronto-atendimento e a precariedade de água potável. Solicitação já foi realizada para a FUNASA em abril/2004, como o problema não foi resolvido a comunidade comunica a esta instituição que a Sr Nilde Alves Guajajara já tem trabalhado a (sic) 3 meses de forma satisfatória, mas sem receber o justo e devido salário devido inexistência de vaga. A comunidade desta aldeia está novamente solicitando e contando com sensibilização da FUNASA para resolução de tão agonizante problema (Abaixo-Assinado da aldeia Bezerra, 2005).

Este documento aponta para a autonomia indígena em indicar o profissional, exigir a criação da vaga e avaliar as atividades por ele desenvolvidas.

O entendimento da comunidade sobre uma atuação satisfatória também indica a preponderância dos seus valores sobre os critérios de qualificação preconizados pelo atual modelo de saúde. No entanto, em outros momentos, reivindicam para esses profissionais a qualificação prevista no modelo, expressando esse movimento entre as duas lógicas, numa dinâmica de *fronteira*. (HALL, 2003)

A preferência pelo profissional lotado na aldeia ser índio, ou não, alterna-se. Os discursos oscilam entre a afirmação da necessidade de atuação do índio na saúde e o reconhecimento de que os não-índios atuariam com mais eficiência. Argumentam que o AIS tende a não se dedicar exclusivamente ao trabalho na saúde indígenista em virtude de sua inserção no cotidiano da aldeia, enquanto que o auxiliar de enfermagem dedica-se integralmente ao atendimento à saúde. Observo nesse dilema a tensão entre o modo de ser Tenethar e a dinâmica burocrática da sociedade brasileira. Ao mesmo tempo em que reconhecem a necessidade do AIS ter sua roça

para alimentar sua família, inclusive devido aos atrasos nos repasses de salários, expressam a necessidade da dedicação exclusiva do profissional da saúde.

Por outro lado, a opção por um funcionário não indígena, facilita a fiscalização de sua atuação. Observei que a inserção dos índios na execução dos serviços introduziu um problema que se refere a cobrar a realização de tarefas a pessoas que são parte da família ou membros de famílias rivais. Os índios temem a criação ou acirramento dos conflitos internos. Isso faz com que demorem muito a tomar uma posição em situações desse tipo. O abaixo assinado da aldeia Serrinha, ilustra essa problemática:

[...] Comunica que Norinha Paulino Guajajara, não está exercendo a sua função de agente de saúde a (sic) mais de **1 ano e 2 meses, saiu sem comunicar a população, a mesma continua recebendo seu salário como se estivesse exercendo sua função de AIS na localidade da aldeia Serrinha.** Como **nós todos somos vítima da falta de atendimento** aos pacientes achamos melhor comunicar a pessoa responsável para tomar providência cabível, esperamos que seja resolvido o mais rápido possível de já agradecemos. **Já tem o candidato** pela comunidade da aldeia Serrinha e agradece apoio da coordenação [...] (Aldeia Serrinha, 2005, grifos meus).

Transferir as providências para “a pessoa responsável” é a estratégia que utilizam para se eximir de um confronto direto com o parente.

Outro aspecto que indica a dificuldade dos índios em adaptarem-se a lógica burocrática diz respeito a jornada de trabalho dos servidores. Os “usuários” indígenas não se enquadram ao regime de trabalho dos AIS e auxiliares de enfermagem, que obedece a uma rotina de vinte e cinco dias de trabalho nas aldeias, intercalados com cinco dias de folga. Os profissionais, caso permaneçam durante a folga na aldeia, são requisitados para desenvolver suas atividades.

Conforme foi colocado pelo auxiliar não-indígena da aldeia Mucura, sua permanência às vezes extrapola os vinte cinco dias, dependendo dos problemas de doenças, visto que não há ninguém para substituí-lo. O auxiliar de enfermagem, da aldeia Juçaral, que é indígena, aponta que, dependendo das circunstâncias, não desfruta dos cinco dias de folga, pois permanece na aldeia e sempre é requisitado para realizar atendimentos.

O protagonismo indígena expressa-se, também, no que se refere à infra-estrutura física do atendimento à saúde, uma demanda constante dos índios. Apesar das reivindicações para a construção de Postos de Saúde, em nenhuma das aldeias visitadas foi encontrado um Posto de Saúde construído pela FUNASA-MA, após seis anos de atuação do DSEI-MA.

Por conta da FUNASA-MA não investir em infra-estrutura nas aldeias, os índios vão buscando alternativas para contornar a precariedade do atendimento. Tanto na aldeia Juçaral, quanto na aldeia Mucura, as ações de saúde são realizadas em antigos prédios escolares, que em função da construção de novas instalações deixam de ser utilizados para atividades escolares. Os auxiliares em enfermagem atendem em prédios de madeira, onde são acondicionados os poucos medicamentos que recebem na CASAI / Pólo-Base Guajajara (Amarante).

Na aldeia Mucura o prédio possui apenas dois compartimentos, um maior (de 2 x 3 m) aberto e um menor (2 x 1,5 m) com paredes de madeira, onde há uma mesa e um armário com poucos medicamentos. Não há espaço para acomodar um paciente que precise tomar medicamentos em horários precisos e/ ou necessite do acompanhamento direto do auxiliar de enfermagem.

A opção de transferir pacientes para a ex-escola/posto de saúde, mostrou-se inadequada, pois muitos desistiam do tratamento. Desta forma, o atendimento aos índios da aldeia Mucura costuma ser feito em suas próprias residências. Nas situações mais graves, quando se faz necessário um acompanhamento contínuo do paciente e este mora em outra aldeia incluída em seu raio de atendimento, o auxiliar muda-se provisoriamente para suas aldeias, onde permanece na casa do paciente o tempo necessário para fazer o acompanhamento.

É interessante destacar mais uma vez a situação de *fronteira* vivenciada pelos índios. Ao mesmo tempo em que reivindicam a construção de prédio para sediar o Posto de Saúde, permanecem preferindo o atendimento em suas próprias casas. Os índios percebem o PS muito mais como sendo um local para guardar o material relativo à saúde do que para atendimento.

Por outro lado, para o auxiliar de enfermagem o PS corresponde um aspecto importante no atendimento. Ao referir-se a inadequação do lugar para atendimento dos pacientes, a antiga escola, reconheceu que pelo menos já havia um prédio só para atender a saúde, mesmo que inadequado, pois anteriormente atendia em sua própria casa, onde viviam sua esposa e filho.

A postura ativa dos índios em relação aos serviços de saúde leva-os, em várias situações, a assumir responsabilidades que caberiam ao DSEI-MA/FUNASA-MA. Os Tentehar-Guajajara que vivem na aldeia Mucura, por exemplo, tiveram a iniciativa de construir, com a ajuda do auxiliar em enfermagem, uma casa na aldeia para que este passasse a residir juntamente com sua família, visto que a FUNASA jamais construiu um local sequer para atendimento dos pacientes e para moradia do auxiliar em enfermagem.

Essa postura pode ser observada no gerenciamento do transporte que serve a CASAI/Pólo-Base Guajajara. Nas aldeias não há telefone, sendo necessário ir ao povoado Campo Formoso para solicitar o transporte para chegar a Amarante. O deslocamento até Campo Formoso geralmente é realizado a pé, uma caminhada que, dependendo da aldeia, pode durar de vinte minutos a duas horas⁸³. Como a CASAI também não tem telefone, são deixados recados na casa da enfermeira, que os retransmite.

O atendimento à solicitação de carro varia, podendo ocorrer no mesmo dia ou somente após alguns dias. De acordo com o auxiliar em enfermagem, a média do tempo para atendimento na aldeia Mucura é dois dias. Os pacientes que necessitam desse deslocamento correm o risco constante de não ser transportados a tempo de evitar complicações em seu quadro.

Em virtude de problemas mecânicos nos carros da própria FUNASA, o deslocamento dos pacientes passou a ser realizado através de dois veículos alugados para prestar assistência à saúde dos índios de todas as aldeias atendidas pela CASAI/ Pólo-Base Guajajara, conforme já destaquei. A maioria das trinta e oito aldeias localiza-se em área de difícil acesso. Dois carros são insuficientes para a demanda, intensificada em virtude da não realização do atendimento de saúde pela equipe multidisciplinar em nível local, nas aldeias. Isso tem aumentado a necessidade de deslocamento dos índios para receber atendimento de saúde.

⁸³ A duração da caminhada depende da localização e condições de acesso das aldeias. Nos deslocamentos das aldeias mais próximas a Campo Formoso (Juçaral, Chupé e Lagoa Quieta), gasta-se em torno de vinte minutos; enquanto as mais distantes do povoado, como a aldeia Mucura, gasta-se mais de duas horas de caminhada.

Em algumas situações em que a CASAI/Pólo-Base/ DSEI-MA/FUNASA-MA não viabiliza o transporte, os índios ficam impossibilitados de efetuar o deslocamento por conta própria, utilizando os carros que fazem a linha⁸⁴ Campo Formoso-Amarante.

Dificuldades deste tipo agravam-se quando há paralisação dos veículos. Isso pode ocorrer por conta de problemas mecânicos ou mesmo por falta do pagamento do aluguel dos carros, por parte da FUNASA. Nestas circunstâncias, os casos urgentes ficam sem assistência, até que a situação seja contornada através do pagamento do débito.

O uso do veículo deve obedecer a lógica do que está posto como sendo do âmbito da saúde indigenista, sendo criados mecanismos de controle para sua efetivação. Os índios, por outro lado, tendem a utilizar o carro não só nas situações em que precisam receber atendimento de saúde, mas quando precisam realizar qualquer deslocamento aldeia/ cidade e vice-versa.

A forma como os Tentehar-Guajajara utilizam o carro é entendida pelo DSEI-MA/ FUNASA-MA como uma apropriação que desvirtua as finalidades originais. Os Tentehar-Guajajara, por sua vez, entendem que o carro é para o índio. Por outro lado, sua concepção de saúde é mais abrangente e envolve outros aspectos além daqueles previstos pela visão biomédica. Por exemplo, a utilização do carro para ir a cidade receber a aposentadoria permite comprar produtos de alimentação, entre outras coisas. Entendem que sem alimentação podem adoecer. Expressam, assim, uma lógica preventiva que não é compartilhada pela instituição.

Os índios deixam transparecer um entendimento diferenciado da abrangência de serviços relacionados à saúde, daquele disposto oficialmente. No modelo, a qualidade está relacionada ao estabelecimento de rede de serviços estrita ao atendimento de acometimentos de doenças em todos os níveis (baixa, média e alta complexidade). Para os índios, o bom atendimento à saúde envolve um espectro mais amplo, inclusive a utilização da infra-estrutura em seu benefício, independentemente de que sejam ações voltadas exclusivamente para a saúde indigenista. Não compartimentalizam as várias dimensões da vida.

3.3 Descompassos do Atendimento Local

Os posicionamentos dos “usuários” indígenas caracterizam-se pela tensão entre um atendimento de saúde igual ao dos não-índios e um atendimento específico e diferenciado a partir de suas próprias concepções sobre saúde/doença, entendidas numa perspectiva de totalidade.

A partir da tensão entre as perspectivas os índios fazem suas próprias avaliações sobre o processo de participação na organização das ações indigenistas de saúde e constataam que, ao longo do tempo, os problemas permanecem sem solução e o discurso dos gestores das instituições responsáveis pela saúde indigenista constitui-se de “promessas não cumpridas”.

Apesar de identificarem sua participação no Conselho Local Guajajara de Amarante como possibilidade de melhorar a situação da saúde nas aldeias, percebem que há uma grande distância entre discursos e práticas. Após terem passado o período de 2001 a 2006 sem reuniões do Conselho Local, o conselheiro local da

⁸⁴ Um meio de transporte utilizado na região que faz o deslocamento das pessoas entre os diversos povoados e o município de Amarante.

aldeia Chupe destacou, que na primeira reunião deste Conselho, realizada em 2006, funcionários do DSEI-MA teriam colocadas propostas de melhoria. No entanto, considerava que tudo estava piorando. Até mesmo os carros locados que faziam o deslocamento dos índios haviam interrompido esta atividade por falta de pagamento⁸⁵.

O cacique da aldeia Mucura reforça essa avaliação de que as condições de atendimento estavam piores ao destacar que para o atendimento de saúde nesta aldeia faltavam muitas coisas: medicamento, rádio de comunicação, carro para o deslocamento dos pacientes que precisam de tratamento na cidade. Assim se manifestou:

Só tem promessa. Será que não tem esse recurso? Será que não tem alguém para ajudar nós? Nós temos direito, como outros têm. Posto de Saúde, sala equipada. No Barreiro⁸⁶ fizeram um Posto [de saúde]... Somos gente também, como o branco precisa nos precisa também... Quando vem o recurso pra mão deles, faz só começar... (Tentehar-Guajajara, 2006).

As declarações do cacique da aldeia Mucura demonstram, nesse contexto, o interesse por um atendimento equivalente ao do não índio. Além da comparação entre o atendimento para não-índios e índios, há a constatação de diferenças no atendimento entre aldeias. Chama a atenção para a construção de um posto de saúde na aldeia Barreiro, o que não teria ocorrido na sua aldeia.

A referência a aldeia Barreiro expressa uma disputa entre aldeias. Estão sempre avaliando o atendimento que recebem em relação ao que ocorre em outras aldeias. Um Tentehar-Guajajara afirmou:

As pessoa que vem trazer alguma coisa fica só no Juçaral [outra aldeia]. Tem que vim olhar aqui também... (Tentehar-Guajajara, aldeia Tarumã, 2006).

O conselheiro da aldeia Tarumã apontou que os responsáveis pela saúde indigenista não costumavam ir a sua aldeia para observar os problemas locais. Quando isso ocorria, os compromissos assumidos pelos gestores ficavam como o que denominou “promessas não cumpridas”.

A instalação de uma infraestrutura na aldeia Barreiro, que constou também da perfuração de um poço e instalação da rede de distribuição de água para as casas, pode ser lida como um exemplo do descompasso e da tensão entre as lógicas indígena e não-indígena. Os índios reivindicaram a infraestrutura e tão logo sua instalação se concretizou mudaram o local da aldeia em função da ocorrência constante de doenças e mortes que, segundo o pajé, eram devidas ao local em que esta se encontrava. A definição do local da aldeia acabou sendo determinada pela concepção de saúde/doença.

A avaliação que os Tentehar-Guajajara fazem dos serviços dos profissionais de saúde não se restringem à infra-estrutura, mas abrange, também, a atuação dos profissionais não-indígenas e indígenas. Alguns Tentehar-Guajajara afirmaram que o auxiliar em enfermagem Tentehar-Guajajara, lotado na aldeia Juçaral, não prestava atendimento a três aldeias conforme estava previsto, mas permanecia na aldeia de lotação. Compararam sua atuação com a das duas técnicas em enfermagem, não-indígenas, também lotadas na aldeia Juçaral, que faziam acompanhamento diário nas casas das outras três aldeias.

Sobre a atuação das irmãs SG e SSG, a avaliação dos Tentehar-Guajajara é diferenciada. Alguns índios tendem a elogiar sua atuação, reconhecendo que ambas conseguem resolver os problemas e a situação

⁸⁵ Neste período, pelo atraso da FUNASA-MA em efetivar o pagamento do aluguel dos carros, houve uma paralisação.

⁸⁶ Uma das aldeias da Terra Indígena Araribóia atendidas também na CASAI/ Pólo-Base Guajajara.

poderia ser mais grave não fossem suas ações. Outros entendem que seu trabalho tem servido para favorecer as pessoas de sua família extensa. Um Tentehar-Guajajara relatou que teve seu pedido de socorro a um filho doente negado sob a alegação de que não havia veículo disponível. No entanto, observou que quando se fazia necessário pessoas das famílias das agentes realizarem consultas na cidade havia carro para buscá-las.

Alguns índios associam os problemas nos serviços de saúde à atuação indígena na sua gestão, conforme a declaração abaixo:

Quando o índio ta no poder a coisa fica pior. A FUNASA tem que assumir o seu papel. Os índios ainda não têm capacidade. [...] (Tentehar-Guajajara, aldeia Bacabal, 2006).

A colocação acima pode ser analisada a partir da lógica Tentehar-Guajajara, que privilegia o comprometimento de cada índio com sua família extensa. Quando um índio assume a chefia ou gerenciamento das ações, a tendência é que dêem maior atenção aos seus familiares, em detrimento dos demais. Outro aspecto que pode ser destacado nessa fala é a compreensão de que os índios não estão preparados para gerenciar recursos financeiros⁸⁷, habilidade requerida quando a gestão fica a cargo das ONG indígenas.

Quando os Tentehar-Guajajara avaliam a CASAI/Pólo-Base Guajajara apontam problemas relativos, principalmente às condições de alojamento. Os índios da aldeia Mucura, por exemplo, durante o processo de dissidência em que se formaram os dois grupos, ambos liderados por índios, inicialmente preferiram ser atendidos na CASAI que era gerenciada por MSG. Após algum tempo, todavia, começaram a observar a existência de problemas no atendimento, avaliando que tal CASAI/Pólo-Base não era adequada. Informaram que esta CASAI não oferecia condições de atendimento por falta de pessoal e local adequado para as Tentehar-Guajajara grávidas aguardarem o momento do parto em Amarante.

Na avaliação dos índios o atendimento de saúde oferecido na CASAI/Pólo em Amarante, sob liderança de MSG não estava atendendo às suas expectativas. Informaram, ainda, que a liderança MSG não visitava os pacientes, não os acompanhava, deixando-os sozinhos. Assim descrevem a CASAI/ Pólo-Base em Amarante, neste período:

O que tinha no Pólo era o marmite, só bife. Paciente não gosta. Não tem o leite, não tem o cozidão... Quem trabalha tem que gostar do índio... auxiliar [de enfermagem sofre aqui com a gente (Tentehar-Guajajara, aldeia Mucura, 24/11/06).

Esta afirmação deixa transparecer o entendimento que o trabalho com índios exige um compromisso que vai além da simples remuneração, implicando compartilhar momentos em comum, principalmente quando em situações desfavoráveis, uma espécie de fidelidade maior do que o simples compromisso profissional. As pessoas que com eles trabalham devem ter um envolvimento com a questão indígena, “é preciso gostar do índio”. Neste caso, a atuação dos profissionais transcenderia a simples relação de trabalho, permitindo o estabelecimento de relações de confiança.

3.3.1 Atendimento específico e diferenciado?

⁸⁷ Uso dos recursos financeiros de acordo com elementos de despesas, definidos institucionalmente, prestação de contas, etc.

A forma como está definida a rede de serviços de saúde tende a ignorar a autonomia dos pacientes indígenas sobre a identificação da doença e escolha do seu tratamento. Primeiro, porque há uma definição do que seja saúde/ doença, com base em um único conceito, o da OMS. Em seguida os desdobramentos desta perspectiva que conduzem a definição de quem deve diagnosticá-la e tratá-la.

De acordo com o modelo de DSEI, a rede de serviços obedece a fluxos determinados: os pacientes devem ser referendados da aldeia pelos AIS e/ ou auxiliar de enfermagem. O tratamento na cidade deve ser realizado após esgotarem-se as possibilidades de resolução no âmbito das aldeias.

A falta de atendimento local, nas aldeias, leva os índios a buscá-lo na cidade, desobedecendo ao fluxo estabelecido pela instituição. Em muitos casos, mesmo com a presença do AIS e do auxiliar em enfermagem os índios buscam o tratamento na cidade sem o seu encaminhamento. Um dos auxiliares de enfermagem da CASAI/Pólo-Base Guajajara informou que a vinda de pacientes sem encaminhamento tem sido a regra.

O DSEI tenta impor suas normas, tentando reverter o protagonismo dos “usuários” que não obedecerem ao que está posto pela instituição. Esta atitude pode ser apreendida no memorando encaminhado pela CASAI/São Luís ao chefe do DSEI-MA:

Em virtude de vários pacientes chegarem a esta CASAI sem programação e/ou marcação de consultas, exames, cirurgias e retornos, solicitamos que V. Sa. Encaminhe a todos os Pólo-Base e CASAI's alguns procedimentos que serão adotados na acolhida dos pacientes:

- **pacientes devem vir munidos de referência**, contra-referência ou encaminhamentos;
- encaminhamento deve ser solicitado e carimbado pelo médico da área ou sede credenciada;
- pacientes só devem ser encaminhados depois de contatada a CASAI/SLS [CASAI de São Luís] conforme consulta [...] (CASAI/SLS, 2005).

Essa autonomia indígena no que se refere à condução do seu atendimento/tratamento está relacionada a concepção Tentehar/Guajajara do fenômeno saúde/ doença. Os índios consideram que lhes cabe o poder de determinar a que tipo de tratamento devem se submeter: o realizado com o pajé, com o médico, ou ambos.

Esse posicionamento choca-se com toda a estrutura e organização do modelo de atenção à saúde indígena que, paradoxalmente, fundamenta-se quase exclusivamente na lógica biomédica.

O fluxo presente no modelo de DSEI parece ignorar que o processo ou a trajetória percorrida pela pessoa em que se manifesta a doença tem início antes da possibilidade de ação do médico. Inicia-se com o processo de identificação da doença tanto pela pessoa em que a mesma se manifesta quanto pelas pessoas com quem convive (social) a partir das suas concepções sobre o que seja adoecer. A doença é uma construção social (VERANI, 1993), encontra-se inserida num emaranhado de relações sociais e não simplesmente em procedimentos burocráticos.

Neste modelo de DSEI há o reconhecimento formal da autonomia dos povos indígenas sobre o fenômeno saúde/doença.

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000, p.16).

Existe, todavia, uma grande distância entre o reconhecimento formal e práticas adotadas, o que acaba constituindo uma disputa de saberes. No atendimento realizado junto aos Tentehar-Guajajara na CASAI/Pólo-Base Guajajara o que se observa é que os funcionários não reconhecem o saber Tentehar-Guajajara, apenas acatam suas decisões em decorrência da pressão exercida pelos índios.

Para exercer o direito de escolha pelo tratamento, os índios precisam assinar um termo de responsabilidade. Caso não o façam, faz-se necessária a assinatura de três testemunhas. Pude identificar a existência de treze termos referentes a situações em que os responsáveis ou o próprio paciente Tentehar-Guajajara preferiu substituir o tratamento médico pelo tratamento de seu próprio contexto cultural. Um dos termos traz a seguinte redação:

Foi avisada do gravíssimo estado de saúde da referida pessoa pela equipe de saúde da FUNASA. Reconheço quanta assistência possível foi oferecida a R Guajajara exames hospitalares a transporte exclusivo para tratamento. A FUNASA, entretanto respeitando a minha vontade de recorrer primeiro a um tratamento com pajé e atualmente apesar do estado de saúde grave de não levar adiante o tratamento (referência para São Luís) esta por mim isenta de qualquer responsabilidade. Responsabilidade esta que assumo decidir os rumos da condução do tratamento (TERMO DE RESPONSABILIDADE, s/d).

Neste texto fica evidenciada como a instituição deixa implícito o quanto a realização do tratamento médico é a mais adequada, pois ao mesmo tempo em que afirma que respeita a decisão de realizar o tratamento com o pajé, ressalta “apesar do estado grave de saúde”. No mesmo texto, a instituição exime-se da responsabilidade sobre o resultado do tratamento com o pajé, encerrando assim qualquer possibilidade de tratamento conjunto.

Este termo busca enfatizar que a instituição respeita a opção do paciente indígena, mas também deixa explícita que sua responsabilidade encerra-se quando o mesmo faz esta escolha. Tal ação traz implicitamente uma negação do tratamento indígena, responsabilizando exclusivamente ao índio por fazê-lo. Não ocorre o processo inverso: a instituição não exige que os índios que optam pelo tratamento médico, em detrimento do pajé, assinem um termo de responsabilidade.

Uma atitude que pode ser percebida como de respeito à autonomia dos índios, traz uma mensagem implícita de sua negação, uma situação que evidencia a *colonialidade do poder* (QUIJANO, 2005), na qual funcionários da CASAI/Pólo-Base colocam o tratamento ocidental como sendo o padrão ideal.

Os Tentehar-Guajajara ao avaliarem que no sistema de tratamento da biomedicina as pessoas envolvidas são remuneradas, passam a solicitar que o pajé e a parteira também sejam remunerados, pois são competentes no trabalho que realizam. Estabelecem, assim, um caminho inverso de valorização seus sistemas de tratamentos das doenças, ao mesmo tempo em que tentam adequar o modelo de DSEI a sua cultura.

De acordo com as concepções dos Tentehar-Guajajara nem todas as doenças requerem o atendimento médico-hospitalar em primeira instância, porque precisam passar pela avaliação do pajé. Os Tentehar-Guajajara fazem a distinção entre os tipos de doenças que podem ser explicadas e tratadas no seu contexto cultural, através do trabalho do pajé e da utilização de ervas, rezas, etc., e aquelas adquiridas em função do contato interétnico, cujo tratamento pode ser realizado pela medicina ocidental.

As doenças identificadas como pertencentes ao contexto cultural dos Tentehar-Guajajara estão relacionadas ao desrespeito a regras culturais, como por exemplo descumprimento de restrições e tabus que marcam a vida deste povo. Relacionam-se, também às instâncias sobrenaturais: *karuara*/feitiço; espíritos da natureza, dos animais e das almas dos mortos; *quebranto*; afastamento da alma da pessoa viva.

Entendem que o afastamento da alma pode ocorrer em diferentes situações, deixando-os vulneráveis ao adoecimento. Uma criança, por exemplo, quando é assustada, quando precisa sair muito cedo de casa, horário propício a ação de espíritos da natureza; quando vai realizar uma viagem, mesmo que seja de uma aldeia para outra, está sujeita ao afastamento de sua alma. Para evitá-lo, é necessário que o responsável, geralmente pais e avós, à medida que vão se afastando de casa chamem o nome da criança para que a alma acompanhe o corpo

A realização da viagem também oferece risco para o adulto, ocasião em que pode ocorrer o afastamento da alma. A própria pessoa deve falar seu nome, chamando por sua alma para acompanhá-la. Caso ocorra o afastamento da alma, a pessoa adoce e o tratamento deve ser feito pelo pajé.

Os pais são responsáveis pela saúde dos filhos até a idade em que passam a caminhar. A ocorrência de doenças em recém-nascidos são sempre relacionadas a alguma ação dos pais.

As explicações sobre as doenças dão-se inicialmente em nível individual e familiar. É preciso que seja identificada a ocorrência de uma anormalidade que precisa ser tratada, a quebra de um equilíbrio que precisa ser restabelecido.

A busca pelo tratamento do AIS geralmente ocorre quando as possibilidades de curar foram esgotadas em âmbito familiar. Quando se esgotam as tentativas de cura neste contexto, buscam o tratamento da biomedicina, acionando o AIS e a técnica em enfermagem, na aldeia, ou na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante).

As formas como os índios se apropriam dos bens e serviços nem sempre coincidem com a perspectiva da instituição sobre a utilização destes bens. Uma das situações em que é possível perceber a *resignificação* na apropriação dos bens e serviços na saúde indigenista refere-se ao uso dos medicamentos. O discurso sobre medicamento varia entre relacionar seu uso como um dos elementos centrais do tratamento de saúde e também de negá-lo. A sua importância pode ser percebida em uma das falas indígenas sobre os serviços de saúde: “se uma pessoa adoecer, faz ligação. É difícil vim carro para nós. Nas aldeias tão sofrendo demais. Se o auxiliar [de enfermagem] tiver remédio, trabalha bem” (Tentehar-Guajajara, aldeia Mucura, 24/11/06) ou ainda a avaliação de que “A FUNASA não tem remédio. Só uma CASAI” (Tentehar-Guajajara, aldeia Bacabal, 2006)

Outro discurso recorrente é o de que “saúde não é só remédio” (Tentehar-Guajajara, 2006), complementado pela ideia de que um tratamento de saúde de qualidade deve ser mais do que uma rede de

serviços de saúde. Esta afirmação demonstra uma concepção de saúde dentro de um contexto de totalidade: sempre relacionada à educação, a terra e a atividade produtiva.

4 O PROTAGONISMO INDÍGENA NA SAÚDE INDIGENISTA

No DSEI-MA a *participação indígena oficial* na organização dos serviços de saúde através dos Conselhos Local e distrital, tem ocorrido de forma precária, desde a implantação do novo modelo, em 2000. Os problemas têm se agravado ao longo do tempo e os Tentehar-Guajajara (Amarante) têm buscado participar em todas as esferas da organização dos serviços de saúde⁸⁸.

Os Tentehar-Guajajara, que vivem na terra indígena Araribóia, em Amarante, tanto utilizam os tipos de participação previstos oficialmente quanto constroem suas próprias formas que estou denominando *estratégias indígenas de participação*.

O primeiro tipo, os mecanismos previstos, consiste nas formas que não estabelecem rupturas com o que está previsto oficialmente, mas fazem uso das estruturas oficiais. Identifiquei cinco destas ações:

- 1) Encaminhamento de cartas, bilhetes, abaixo-assinados e ofícios às instituições responsáveis pela saúde indigenista;
- 2) Realização de reuniões com o DSEI-MA/ FUNASA para apresentar reivindicações, mesmo sem o funcionamento do Conselho Distrital;
- 3) Acionamento do Ministério Público e Procuradoria da República;
- 4) Participação nas reuniões dos conselhos e nas conferências de saúde;
- 5) Exercício da função de AIS.

As *estratégias indígenas de participação* colocam-se como outra possibilidade dos índios se fazerem ouvir. Refiro-me ao termo *estratégias* por constituírem ações mobilizadas numa situação de confronto com as instituições responsáveis pela saúde indigenista. Classifico como *indígenas* por serem acionadas pelos próprios índios.

Nesta relação de forças expressa-se o interesse de sociedades distintas buscando junto ao Estado *direitos diferenciados*⁸⁹ em função do grupo (KYMLICKA, 1996). Neste sentido, as situações em que acionam as *estratégias indígenas de participação* são de natureza diversa dos movimentos sociais conduzidos por brasileiros.

As *estratégias indígenas* caracterizam-se principalmente por ações que rompem com o que está definido no modelo ou previsto nos documentos oficiais, as quais estarei me referindo também como estratégias “não-oficiais”⁹⁰. Visam pressionar os órgãos competentes no atendimento às suas demandas. Consegui mapear as seguintes ações:

- 1) Retenção de não-índios nas aldeias (com ou sem vinculação direta com a saúde indigenista);
- 2) Retenção de carros a serviços da saúde indigenista;
- 3) Ocupação dos prédios da FUNASA;
- 4) Bloqueio de estradas (BR e MA);
- 5) Bloqueio de ferrovias;
- 6) Ameaça de utilização das estratégias “não-oficiais”;
- 7) Denúncias nos meios de comunicação (escrita, televisada, *on line*);

⁸⁸ A tentativa de participação ocorre nas esferas locais, no âmbito das CASAI/Pólo-Base, na Distrital e nacional. Na local, geralmente ocorrem com a participação dos Tentehar-Guajajara atendidos nesta esfera, em relação às outras duas instâncias ocorrem sempre em conjunto com os demais Tentehar-Guajajara e outros povos indígenas atendidos no DSEI-MA.

⁸⁹ Cf. Kymlicka (1996).

⁹⁰. Refere-se ao que não está previsto nas políticas e legislações.

Foi possível perceber que os Tentehar-Guajajara não fazem uma separação rígida entre *participação indígena oficial* e *estratégias indígenas de participação*. Constroem suas *estratégias de participação* e também resignificam os mecanismos de participação definidos oficialmente, acionando tanto a *identidade de resistência*⁹¹ quanto a *legitimadora*⁹², de acordo com a relação de poder que se estabelece. O que se observa é o objetivo de se fazer ouvir junto às instituições que tratam da saúde indigenista.

A forma como estas estratégias são acionadas varia muito. Os Tentehar-Guajajara acionam apenas uma ou várias simultaneamente. Pode ocorrer, por exemplo, de ao mesmo tempo ocuparem a sede da FUNASA e reterem funcionários da FUNASA; bloquearem ferrovia e rodovia, ocuparem prédios e acionarem o MPF, etc.

As *estratégias indígenas de participação* não são acionadas exclusivamente pelos Tentehar-Guajajara (Amarante). Tentehar-Guajajara de outras aldeias e terras indígenas, assim como outros povos que vivem tanto em terras indígenas localizadas no Maranhão, como em outros Estados também as acionam. Por outro lado, as mobilizações não se dão unicamente por questões referentes à saúde indigenista. Problemas relacionados à terra, à educação indigenista, ou a outras políticas assistencialistas têm motivado o acionamento de estratégias próprias de participação. Tomei como campo de análise preferencialmente aquelas relacionadas à saúde indigenista.

Classifiquei as estratégias utilizadas pelos índios cruzando dois eixos: os *Agentes* que acionam as estratégias e os *Objetivos da Ação*, conforme quadro abaixo.

Quadro 12: Agentes e Objetivos da ação

Objetivos da Ação	Geral	Específico	Ampliado
Agentes			
Todo	Estratégias indígenas de participação realizadas por Tentehar-Guajajara de diferentes terras indígenas e outros povos atendidos pelo DSEI-MA. Envolvem questões que afetam a todos e tem significativa visibilidade;		Estratégias utilizadas por Tentehar-Guajajara de diferentes terras indígenas e também dos outros povos indígenas atendidos no DSEI-MA. Envolvem questões que extrapolam o âmbito da saúde indigenista; caracterizam-se pela significativa visibilidade;
Parte	Estratégias indígenas de participação acionadas por parte dos Tentehar-Guajajara ou parte dos povos atendidos no DSEI-MA sobre situação da saúde que afetam a todos os índios atendidos neste distrito sanitário.	Estratégias realizadas de forma mais isolada, por parte dos Tentehar-Guajajara ou de povos atendidos no DSEI-MA reivindicando, ações de saúde para suas aldeias;	Estratégias indígenas de participação realizadas de forma mais isolada reivindicando ações de saúde para suas aldeias e também questões que extrapolam o âmbito da saúde indigenista.

As *estratégias de participação* nas quais estão envolvidos os Tentehar-Guajajara (Amarante) foram realizadas articulando os seguintes eixos:

1) Todo/ Geral: ações que envolvem a participação de Tentehar-Guajajara de diferentes terras indígenas e também índios de todos os povos atendidos no DSEI-MA, objetivando medidas que afetem a todos;

⁹¹ Cf. Castells, (2001).

⁹² Cf. Castells, (2001).

- 2) *Todo/ Geral e Ampliado*: ações que envolvem a participação de Tentehar-Guajajara de diferentes terras indígenas e também índios de todos os povos atendidos pelo DSEI-MA, objetivando medidas que afetem a todos e também ações que extrapolam o âmbito da saúde indigenista;
- 3) *Parte/ Geral*: ações que envolvem parte dos Tentehar-Guajajara e parte dos povos atendidos no DSEI-MA objetivando medidas que afetem a todos os povos no âmbito do DSEI-MA;
- 4) *Parte/ Específica*: ações que envolvem Tentehar-Guajajara de algumas aldeias específicas, visando medidas, relacionadas aos serviços de saúde no DSEI-MA;
- 5) *Parte/ Específico e Geral*: ações que envolvem Tentehar-Guajajara de várias terras indígenas e parte dos outros povos atendidos pelo DSEI, com vistas à solução dos problemas nas ações de saúde de áreas específicas e também que afetam todos os índios atendidos pelo DSEI-MA;

Não identifiquei nenhuma situação que pudesse ser classificada como do tipo *Todo/ Específico*, em relação à saúde indigenista. Considero que esse aspecto deve-se ao fato de uma situação dessas contrariar o princípio Tentehar-Guajajara de reconhecimento e respeito à autonomia de cada aldeia. As decisões são tomadas no âmbito das aldeias, por seus habitantes, visto que a participação nas decisões envolve o sentimento de pertencimento. Há uma tendência dos Tentehar-Guajajara não tomarem decisões sobre assuntos relativos às aldeias das quais não façam parte.

Neste capítulo realizo uma descrição do tipo de estratégia utilizada e das situações nas quais foram efetivadas. Tomo como referência as informações vinculadas nos meios de comunicação, principalmente os veículos impressos (Jornais locais e nacionais) e *on line* documentos institucionais (FUNASA, FUNAI, MPF, etc), relatos dos índios, de funcionários da CASAI/ Pólo-Base Guajajara (Amarante), DSEI-MA, FUNASA, FUNAI, MPF e de membros do Conselho Indigenista Missionário/ CIMI.

Busco apreender as reivindicações, as ações utilizadas, os resultados alcançados e suas conseqüências. Os resultados referem-se diretamente a resposta à reivindicação feita, podendo ser o seu atendimento, ou não. As conseqüências referem-se aos desdobramentos da ação e extrapolam o âmbito dos resultados, afetando diretamente os índios, visto que algumas ações não só rompem com o que está previsto no modelo, mas podem ser consideradas como crimes de acordo com o ordenamento jurídico do Estado brasileiro.

Considero que a análise das reivindicações e das ações efetivadas pelos índios, permite identificar se ocorre e como se dá a *participação indígena* na saúde indígena, especificamente no atual modelo indigenista de saúde. A análise das *estratégias indígenas de participação* faz parte do objetivo a que me propus neste trabalho: ir além do que a política e a legislação vigentes definem como participação, mapeando outras formas utilizadas pelos índios para se fazer ouvir como possibilidade de efetivação do respeito à diferença.

4.1 Quando para Participar é Preciso “Romper”

Os Tentehar-Guajajara (Amarante) estão continuamente tentando participar de questões relacionadas à organização de serviços de saúde. Geralmente utilizam *estratégias indígenas* que acionam instâncias previstas no próprio modelo, tais como utilização de documentos (ofícios, bilhetes, cartas, abaixo-assinados, etc.) reivindicações em reuniões com a instituição; acionamento do MPF, que não estabelecem rupturas com o que está posto oficialmente,

conforme já destaquei. Existem, todavia algumas situações em que realizam ações que rompem com o que está proposto.

Pude identificar as seguintes reivindicações que motivaram os Tentehar-Guajajara a acionar *estratégias indígenas de participação* ou mecanismos oficiais:

- 1) Recursos financeiros para as ações de saúde;
- 2) Participação nas decisões sobre o gerenciamento das ações de saúde;
- 3) Participação nas decisões relativas ao quadro de pessoal envolvidos na saúde indígenista;
- 4) Participação nas decisões sobre operacionalização de serviços e melhorias das ações;
- 5) Participação nas instâncias oficiais (Conselhos e Conferências).

Ao longo do período da investigação (2000 a 2007), identifiquei seis situações nas quais os índios utilizaram estratégias próprias de participação, que envolveram também os Tentehar-Guajajara (Amarante). Pude identificar que ocorrem a partir de 2003. Durante os três primeiros anos, 2003, 2004 e 2005, as mobilizações ocorreram apenas uma vez por ano. Em 2006 há três registros, ou seja, em um único ano acionaram um número correspondente aos três anos anteriores. Cada uma destas ações apresenta características bem específicas, conforme o quadro abaixo, cujas informações são discutidas a seguir:

Quadro 13: Estratégias de Participação acionadas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante)

Nº	ESTRATÉGIA PRINCIPAL	ANO	DESIGNAÇÃO	TIPO DE REIVINDICAÇÃO
01	Ocupação da FUNASA	2003	Ocupação da FUNASA/2003	Recursos Financeiros; Gerenciamento das Ações; Operacionalização de Serviços e Melhorias, Definição de Pessoal, Participação Oficial
02		2004	Ocupação da FUNASA/2004	Definição de Pessoal; Recursos Financeiros; Operacionalização de Serviços e Melhorias;
03		2006	Ocupação da FUNASA/2006	Definição de Pessoal; Recursos Financeiros; Operacionalização de Serviços e Melhorias;
04	Retenções	2005	Retenção/ 2005	Liberação de Recursos Financeiros;
05	Bloqueio da Ferrovia	2006	Bloqueio da Ferrovia/ 2006	Recursos Financeiros; Gerenciamento das ações; Operacionalização de Serviços e Melhorias, Definição de Pessoal, Participação Oficial;
06	Várias estratégias	2006	Estratégias “oficiais”/2006	Participação Oficial;

FONTE: Dados da pesquisa

4.1.1 Se o DSEI Não Vai aos Índios, os Índios Vão ao DSEI

Uma das estratégias utilizadas pelos índios consiste na ocupação de prédios da FUNASA, conforme quadro acima. Isso ocorreu três vezes no intervalo de tempo investigado, as quais estarei me referindo ao longo do trabalho como: *ocupação da FUNASA/2003*, *ocupação da FUNASA/2004*, *ocupação da FUNASA/2006*, por esta ter sido a principal estratégia nestas mobilizações. Em todas as ocasiões, as

reivindicações eram as mesmas e oriundas do que identifiquei como sendo: a demora em liberar recursos para a saúde e melhoria no atendimento à saúde.

A primeira ocupação, a qual me refiro como *Ocupação da FUNASA/2003*, ocorreu entre o final de outubro e início de novembro de 2003, realizada pelos Tentehar-Guajajara (Amarante) e outros índios, caracterizando-se como do tipo *Todos/Geral*. Participaram mais de 800 índios de todos os povos atendidos pelo DSEI-MA (TERRA INDÍGENA KARU, 2006). Reivindicavam medidas que afetavam a todos e relacionavam-se aos seguintes aspectos: 1. Recursos Financeiros; 2. Gerenciamento das ações; 3. Operacionalização de Serviços e Melhorias, 4. Definição de Pessoal, 5. Participação indígena.

Os índios ocuparam o prédio da FUNASA, em São Luís no dia 27/10/03. Além desta ocupação, ameaçaram interditar rodovias, ferrovia e derrubar torres da rede de transmissão de energia da Eletronorte, caso suas reivindicações não fossem atendidas. Realizaram também uma passeata pelas ruas do centro de São Luís, com os corpos pintados e com faixas que tratavam da problemática da saúde indígena.

Paralelamente a ocupação da FUNASA, acionaram, também, o MPF. Como consequência os promotores de justiça visitaram a CASAI de São Luís, no Turu, no dia 31/11/03 e constataram o estado de abandono em que se encontrava e também irregularidades em relação à utilização dos recursos financeiros.

Os promotores de justiça propuseram uma audiência pública, para o dia 03/11/03, sendo acordado que a mesma ocorreria com a presença do presidente da FUNASA, Valdi Camércio, uma exigência dos índios.

Como forma de manter o poder de pressão, os índios continuaram ocupando o prédio da FUNASA, mas descartaram a concretização imediata das ameaças feitas, visto que já haviam atingido um dos objetivos: criar um espaço para dialogar e negociar com o chefe de maior poder na instituição, seu presidente. Não aceitaram negociar a desocupação com uma comissão da FUNASA vinda de Brasília.

A ocupação da FUNASA teve como resultado a realização de uma audiência pública que ocorreu na data prevista (03/11/03) com a presença dos índios, FUNASA, FUNAI e MPF. Foi então elaborado um Termo de Ajustamento de Conduta/ TAC, assinado pela FUNASA, MPF, FUNAI e lideranças indígenas. O TAC consta de dez cláusulas, uma delas relacionada ao comprometimento dos índios em desocupar o prédio da FUNASA, que ocorreu até o dia 04/11/03. Discutirei as ações definidas nas cláusulas acordadas no TAC no item que trato especificamente das reivindicações e dos resultados.

Em 2004 ocorreu nova ocupação da FUNASA, numa situação que defino como *Parte/ Geral*, da qual participaram parte dos povos atendidos pelo DSEI-MA, dentre os quais os Tentehar-Guajajara (Amarante), por mim referida como *Ocupação da FUNASA/2004*. Estava em pauta uma questão que afetava a todos os povos: a definição sobre a permanência ou afastamento da pessoa que respondia pela chefia do DSEI-MA, Antonio Costa.

A vinda de Antônio Costa para atuar no DSEI-MA está relacionada à deliberação do Conselho Distrital devida a necessidade de intervenção, apresentada pelos conselheiros distritais indígenas e acatada em plenária. O Departamento de Saúde Indígena/DESAI efetivou a indicação desse servidor.

Antônio Costa passou a ser referido como interventor pelos índios e por alguns funcionários da DSEI-MA/FUNASA-MA. Não localizei nenhum documento designando-o como interventor e alguns funcionários da FUNASA confirmaram que o mesmo não se constituía um interventor.

De acordo com relatos de funcionários da FUNASA-MA e dos próprios índios, Antônio Costa passou a tomar decisões que não eram apoiadas pelo coordenador da FUNASA-MA, configurando um confronto de forças na condução da saúde indigenista. Ao mesmo tempo em que Antônio Costa buscava se fortalecer para permanecer à frente da chefia do DSEI-MA, Zenildo de Oliveira, que continuava como ordenador de despesas, criava situações para seu afastamento.

Essa situação pôs em destaque a disputa pelo poder na efetivação da saúde indigenista, configurando o que Bourdieu designa como campo de poder:

[...] relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um *quantum* suficiente de força social - ou de capital - de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão capital as que têm por finalidade a definição da forma legítima de poder... (BOURDIEU, 1998, p. 28-9).

Antônio Costa e Zenildo de Oliveira teriam, de acordo com informações de funcionários e índios, buscando mecanismos para se manter à frente da gestão da saúde indigenista. O primeiro teve apoio de aliados na FUNASA em Brasília; Zenildo de Oliveira, por sua vez, utilizou seu poder sobre a ordenação de despesas, dificultando a atuação de Antônio Costa.

Após aproximadamente cinco meses da gestão de Antonio Costa, os índios tomaram conhecimento de que o mesmo retornaria para Brasília e posicionaram-se: uns a favor e outros contra sua permanência no DSEI-MA. No caso dos Tentehar-Guajajara (Amarante) este posicionamento refletiu a dissidência que vivenciaram naquele momento. O grupo vinculado às irmãs SG e SSG, ficou a favor de sua permanência, enquanto o grupo ligado a MSG, posicionou-se contra.

Além dos Tentehar-Guajajara vinculados às irmãs SG e SSG, outros Tentehar-Guajajara, os Krikati, os Pukobyê (Gavião) posicionaram-se a favor da continuidade do trabalho de Antonio Costa. Argumentavam que a situação da saúde indigenista havia melhorado com sua atuação, como pode ser percebido nas colocações de Raimundo Carlos, um Tentehar-Guajajara:

Queremos que ele continue desenvolvendo o bom trabalho que iniciou. Para isso, estamos dispostos a fazer o que for necessário e as primeiras ações serão a interdição da ferrovia Carajás, a BR-226 e a derrubada das torres da Eletronorte. Segunda-feira estaremos em São Luís para continuar o protesto (O ESTADO DO MARANHÃO, 2004).

De acordo com o jornal O Estado do Maranhão (23/10/04) os índios alegavam que o afastamento desse servidor ocorrera a pedido da coordenação regional da FUNASA-MA. Tal informação foi ratificada por alguns índios, funcionários do DSEI-MA/ FUNASA-MA e da FUNAI.

Em 28/10/04, o grupo de índios Tentehar-Guajajara de Amarante ligados a MSG e outros da região de Grajaú Barra do Corda, Arame, Jenipapo dos Vieira, assim como os Canela, ocuparam o prédio da FUNASA-MA, em São Luís. Nesta *ocupação da FUNASA/2004* estiveram presentes mais de 150 índios exigindo o afastamento de três funcionários, dentre os quais, Antônio Costa. Os outros dois eram funcionários que, a ocasião, atuam diretamente sob sua direção.

Como justificativa para o afastamento de Antônio Costa, os índios alegavam que não havia cumprido o compromisso assumido de disponibilizar uma infra-estrutura de atendimento como carros para fazer

os deslocamentos das aldeias para a cidade, e vice-versa, e também fornecimento de medicamento para os índios em tratamento (JORNAL PEQUENO, 2004).

Durante a *ocupação da FUNASA/2004* reivindicavam também melhorias nos serviços de saúde e recursos financeiros, mas a motivação principal teria sido o afastamento de Antônio Costa da chefia do DSEI-MA (MIRANTE, 2004c). Quanto a esta questão uma das lideranças Tentehar-Guajajara, Maruzan Kamurai Guajajara, da aldeia Bacurizinho, localizada próxima a região de Grajaú afirmou que:

Ele está enganando nossa consciência, como se fossemos crianças. Isso é uma coisa que não é justo acontecer (JORNAL PEQUENO, 2004).

O Tentehar-Guajajara Maruzan Kamurai Guajajara chegou a afirmar que:

O Antonio [Costa] beneficia uma parte dos índios e esquece dos outros, o que acaba fazendo com que nossos irmãos entrem em choque, e não é isso que queremos (JORNAL PEQUENO, 2004).

No que se refere as condições no atendimento à saúde nas aldeias, afirma que:

Tudo é difícil. Uma consulta tem que ser autorizada em São Luís, até o caixão para enterrar os mortos é preciso ir daqui, porque não tem recursos para comprar lá no município. Nós vamos ficar aqui até que nossos problemas sejam resolvidos (JORNAL PEQUENO, 2004).

Após a *ocupação da FUNASA/2004* houve uma reunião. Antonio Costa participou apresentando o relatório dos cinco meses em que esteve trabalhando no Estado. Ao ser questionado sobre sua atuação o mesmo afirmou:

Ainda não conseguimos fazer a vacinação em algumas regiões, faltam médico e enfermeiros em algumas aldeias e o fornecimento de remédio ainda é irregular. Estamos tendo dificuldades para agir, principalmente em Barra do Corda e Grajaú (O ESTADO DO MARANHÃO, 2004).

Admitiu que o atendimento de saúde nas aldeias continuava apresentando muitos problemas e que não estava conseguindo solucioná-los, ou seja, cumprir os objetivos do seu deslocamento para o DSEI-MA. Após estes episódios, Antônio Costa retornou para Brasília. Zenildo dos Santos voltou a chefiar o DSEI-MA ao mesmo tempo em que continuava como coordenador da FUNASA-MA (OLIVEIRA, 2005).

Dois anos depois, em novembro de 2006, os índios voltaram a acionar a estratégia de ocupação da FUNASA, a qual me refiro como *Ocupação da FUNASA/2006*. A ação ocorreu no dia 29/11/06, quando mantiveram retidos alguns funcionários e, conseqüentemente, houve a paralisação das atividades na instituição. Os funcionários foram liberados no mesmo dia, apesar das reivindicações indígenas não terem sido atendidas. No dia seguinte, 30/11/06, os índios permaneceram na instituição, sem que ocorresse a interrupção das atividades administrativas, nem retenção de funcionários, apenas ameaçavam bloquear a ferrovia, a rodovia e derrubar a torre de alta tensão.

Classifico esta mobilização como sendo do tipo *Parte/ Específica e Geral*, por ter mobilizado parte dos povos atendidos pelo DSEI e reivindicado questões da atenção específica das áreas em que o gerenciamento dos serviços ficou sob responsabilidade das ONG indígenas e, também, questões de abrangência geral, ações que afetavam a todos os povos. As reivindicações referem-se a 1. Recursos financeiros; 2. Operacionalização de serviços e melhorias; 3. Definição de pessoal.

As reivindicações apresentavam como motivação principal a paralisação das atividades por falta de pagamentos aos prestadores de serviços. A situação mais grave referia-se ao transporte de índios no percurso aldeias/cidade, suspenso por falta de pagamento das dívidas com locação, no valor de R\$ 6.150.000,00.

Apesar os índios ameaçarem bloquear rodovias e a estrada de ferro Carajás, assim como derrubar a torre de transmissão da Eletronorte (PLANEJAMENTO, 2006), a FUNASA atendeu apenas parte das reivindicações indígenas.

Durante a *Ocupação da FUNASA/2006* houve a liberação somente de cerca de R\$ 1.000.000,00, mas a FUNASA prometeu verificar as possibilidades de liberar mais recursos. Parte das dívidas foi paga com o recurso liberado e a prestação de serviços foi restabelecida, tal como o transporte de pacientes nos carros locados.

Os índios não efetivaram as ameaças, mas em dezembro de 2006 acionaram novamente *estratégias indígenas de participação* ao denunciar, nos meios de comunicação escrita, o que foi chamado de abandono das aldeias pela FUNASA. As denúncias referiam-se principalmente a falta de assistência médica nas aldeias e de meios de transporte para o deslocamento dos pacientes para os hospitais da região (MIRANTE, 2006b). Tais denúncias foram feitas por Tentehar-Guajajara (Amarante) e de aldeias próximas à Grajaú e Buriticupu. Exigiam que a FUNASA se posicionasse de forma a garantir assistência de saúde nas aldeias.

4.1.2 Participando Via Pressão

Retenções de veículos e funcionários, embora seja uma estratégia acionada algumas vezes pelos índios no Maranhão, durante o período em análise os Tentehar-Guajajara (Amarante) acionaram essa alternativa somente uma vez, em 2005.

A mobilização, da qual participaram unicamente os Tentehar-Guajajara (Amarante), foi conduzida por quatro índios das aldeias Araribóia e Juçaral: Olimpio Santos Wiramuru Guajajara/líder do grupo, Patrocínio da Silva Rodrigues/ o “Chininha”, Marciano Lima Guajajara, Vicente Sousa Ferreira/ AIS. Além dos índios, participou desta ação uma não-índia, Angelina Silva Marinho, mulher de Olimpio Wiramuru.

A ação constou da retenção do motorista Alessandro Queilan Sousa e do carro que prestava serviços para FUNASA junto aos Tentehar-Guajajara (Amarante), em 19/10/05. Ambos foram levados para a aldeia Juçaral, onde ficaram retidos. O carro permaneceu na aldeia por mais de 10 dias. O motorista conseguiu fugir com a ajuda de outros Tentehar-Guajajara. Oseias Filho⁹³ conduziu-o de moto para Amarante, depois de dois dias retido na aldeia Juçaral.

Os quatro Tentehar-Guajajara e a não-índia foram detidos pela Polícia Federal de Imperatriz, em 31/10/05, e encaminhados para Central de Custódia de Presos de Justiça, na mesma cidade. O delegado informou que em seus depoimentos afirmaram que o objetivo era reivindicar melhorias para as aldeias e chamar a atenção

⁹³ Auxiliar de enfermagem da aldeia Juçaral.

do Governo Federal para as más condições do atendimento indigenista de saúde nas aldeias. O delegado, ao apurar o caso, concluiu que as retenções estavam vinculadas ao gerenciamento da saúde pelos próprios indígenas. Afirmou que para alguns índios este protesto visava pressionar o governo federal para retomar os convênios com as ONG indígenas⁹⁴.

As cinco pessoas seriam indiciadas pelo crime de seqüestro e cárcere privado do motorista na aldeia Juçaral, assalto e formação de quadrilha. O procurador da FUNAI requereu o relaxamento da prisão. Sua solicitação foi deferida e foram liberados em 24/11/05, após aproximadamente 25 dias detidos. Mas todos os envolvidos foram processados.

4.1.3 Sobre Trilhos: Se o Atendimento à Saúde Não se Efetiva, os Trens Não Circulam

O bloqueio da ferrovia Carajás foi outra estratégia utilizada pelos índios para se impor como sujeitos do processo de atendimento à saúde indígena. Em 2006 ocorreu a ação do tipo *Todo/Geral e Ampliada* em que os Tentehar-Guajajara (Amarante) estiveram envolvidos. Neste movimento, ao qual me refiro como *Bloqueio da Ferrovia/2006*, a ferrovia foi interditada duas vezes, num intervalo de cerca de duas semanas. Os índios referem-se a esta mobilização com o *Movimento da Maçaranduba*, visto ter ocorrido próximo à aldeia Maçaranduba, localizada na terra indígena Caru⁹⁵, na qual vivem os Tentehar-Guajajara.

Da primeira interdição participaram mais de 500 índios de todos os povos atendidos no DSEI-MA. Inicialmente apresentavam reivindicações especificamente ao DSEI-MA/FUNASA e no decorrer do processo ampliaram as reivindicações, fazendo solicitações também à FUNAI e à Companhia Vale do Rio Doce/CVRD.

A ação de bloqueio da Ferrovia passou a ser discutida em janeiro daquele mesmo ano, quando a FUNASA cancelou uma audiência pública em Grajaú-MA e mais de 300 índios estavam reunidos para discutir com a FUNASA (TERRA INDÍGENA KARU, 2006). O cancelamento foi avaliado pelos índios como uma grande falta de respeito por parte da instituição, o que veio a se somar aos problemas existentes na saúde indigenista.

Os índios aproveitaram a ocasião para deliberar sobre as atitudes que deveriam tomar no sentido de ter suas reivindicações atendidas. Nesta reunião os índios programaram e anunciaram o bloqueio da ferrovia.

Desta mobilização constaram as seguintes ações: bloqueio da ferrovia e, simultaneamente, a retenção de funcionários da CVRD, assim como o bloqueio da rodovia MA-006, na região do município de Arame. O bloqueio da ferrovia ocorreu no dia 07/02/06 e foram retidos quatro funcionários da CVRD.

Com o bloqueio, os trens de passageiros e de carga da CVRD não puderam circular. A rodovia MA-006, entre Arame e Grajaú foi bloqueada na tarde do dia 08/02/06, quarta-feira. Os moradores de Arame se revoltaram contra esse ato, ameaçando proibir a entrada de índios na cidade, a partir de 10/02/06, caso continuasse bloqueada a MA-006. Após as ameaças os índios liberaram a rodovia e prosseguiram com a manifestação focada no bloqueio da ferrovia (MIRANTE, 2006a).

⁹⁴ Conforme já fiz referência, a operacionalização das ações de saúde no DSEI-MA ficou sob responsabilidade das ONG indígenas no período de 2002 a 2005. No caso da ODSAI, que atendia aos Tentehar-Guajajara (Amarante) a suspensão do convênio ocorreu por determinação do MPF, após a constatação de irregularidades.

⁹⁵ Terra indígena demarcada para a posse permanente dos povos Tentehar-Guajajara e Awá-Guajá, de acordo com a Portaria 1368, do Presidente da FUNAI, publicada no diário oficial da União, de 16/09/1982.

Índios dos povos Tentehar-Guajajara, Pukobyê (Gavião), Krikati, Ramkokamekra-Canela, Apanyekrá-Kanela, Krepukateyê, Ka'ápor e Awá-Guajá foram arrematados para realizar o bloqueio da ferrovia. Usaram os próprios trilhos para impedir a circulação das composições de trem na altura do km 290, próximo ao povoado Auzilândia, no município de Alto Alegre. Usaram também toras de madeira. Inicialmente, participaram cerca de 200 índios, ao final do protesto chegou-se a mais de 500 Índios.

Diante do bloqueio a CVRD ingressou na Justiça Federal com um pedido de reintegração de posse⁹⁶, no dia 07/02/06, informando as medidas acionadas em nota publicada nos meios de comunicação. O juiz acatou o pedido, concedendo liminar de reintegração de posse estipulando, em caso de desobediência à decisão, o pagamento de multa diária no valor de cem mil reais.

Após aproximadamente 46 horas de interdição da ferrovia, os funcionários da CVRD foram liberados e o bloqueio suspenso, visto que algumas das reivindicações foram contempladas. As negociações foram realizadas com a CVRD e a FUNAI, pois nenhum representante da FUNASA apresentou-se para negociar com os índios as questões relativas à saúde indigenista, uma das principais motivações deste protesto (O ESTADO DO MARANHÃO, 2006a).

Os índios aceitaram realizar o desbloqueio e liberar os funcionários retidos, por volta das 3:00 h da manhã do dia 09/02/06, após a CVRD garantir que forneceria, pelo menos, cinco ônibus para fazer o deslocamento de mais de 200 índios que tinham vindo de outras aldeias para participar do protesto.

Esta manifestação teve como reivindicações principais a liberação de recursos para a saúde indigenista; a participação indígena nas instâncias oficiais; o gerenciamento dos serviços. As reivindicações foram assim especificadas pelos índios: anulação da 3ª Conferência Distrital de Saúde Indígena do Maranhão, a realização de uma nova Conferência e a anulação do convênio firmado pela FUNASA com a ONG Missão Evangélica Caiuá, para gerenciar a saúde indigenista no DSEI-MA.

Os índios passaram a reivindicar também a exoneração do então chefe do DSEI-MA, Reinaldo Danes. Esta foi uma das primeiras reivindicações dos índios a ser atendida pela FUNASA, conforme Diário Oficial da União de 10/02/06. Para substituí-lo na chefia do DSEI-MA os índios escolheram Rosana Lima Viana, nomeada de acordo com o DOU de 14/02/06.

As demais reivindicações, que haviam ocasionado o bloqueio, não foram atendidas: liberação de recursos financeiros, anulação da III conferência distrital e realização de nova conferência, anulação do convênio entre FUNASA e ONG Missão Caiuá. Diante deste impasse, os índios decidiram retomar a antiga reivindicação de exoneração do coordenador regional da FUNASA-MA, Zenildo dos Santos⁹⁷. Uma das lideranças neste movimento, Francisco Viana Guajajara, conhecido como Pita, comentou sobre a ausência da FUNASA nas negociações:

Queríamos que eles [da FUNASA] estivessem aqui para que eles pudessem saber de fato o que queremos, mas infelizmente isso não aconteceu (O ESTADO DO MARANHÃO, 2006b).

⁹⁶ 4ª Vara Federal da Seção Judiciária de São Luís.

⁹⁷ Durante a Ocupação da FUNASA/2003 uma das reivindicações apresentadas pelos índios foi a exoneração do coordenador da FUNASA-MA, Zenildo dos Santos. Reivindicação que não foi atendida neste momento.

Enquanto aguardavam posicionamento das instituições sobre suas reivindicações, os índios ameaçavam bloquear novamente a ferrovia, por tempo indeterminado. Neste ínterim, denunciaram os problemas na saúde indígenista no DSEI-MA nos meios de comunicação.

Os índios elaboraram um documento, direcionado a FUNASA, datado de 13/02/06, relacionando vinte e quatro itens relativos à saúde indígenista; dez itens direcionados a Companhia Vale do Rio Doce/CVRD; e doze relativos à FUNAI. Além da presença de representantes da FUNASA, passaram a exigir também a permanência da FUNAI e a presença do MPF e da Polícia Federal no local em que realizavam o bloqueio da ferrovia.

A FUNASA, por sua vez, pronunciou-se em nota a imprensa, informando que todas as reivindicações estavam sendo cumpridas e que a instituição estava estabelecendo negociações para a resolução do impasse. O presidente da FUNASA, ao mesmo tempo em que informou que já havia enviado dois técnicos para negociar com os índios, confirmou que os mesmos não tinham qualquer poder de decisão. (O ESTADO DO MARANHÃO, 2006c).

Com o fracasso nas negociações, principalmente a recusa da FUNASA em exonerar seu coordenador regional e a negativa quanto à presença do presidente nas negociações, os indígenas voltaram a interditar a ferrovia em 14/02/06. O novo bloqueio ocasionou uma nova determinação do juiz para que os índios desocupassem imediatamente a ferrovia.

Com o novo bloqueio, a FUNASA enviou funcionários para o local para negociar com os índios, e foram atendidas duas das principais reivindicações: a exoneração do coordenador regional da FUNASA-MA (Diário Oficial da União, a Portaria Nº 114, de 15/02/06) e a liberação de recursos financeiros no valor de R\$ 610.000,00. Ficou acordado que as demais reivindicações seriam atendidas.

4.1.4 Alerta Permanente

Os índios articularam-se novamente em uma situação que caracterizo como sendo do tipo *Todo/Geral* visando assegurar a *participação indígena* na Conferência Distrital e na Conferência Nacional de Saúde Indígena/CNSI. Esta mobilização caracterizou-se por várias ações que acionaram mecanismos previstas oficialmente e *estratégias* que rompem com o estabelecido, de forma simultânea e continuada, num intervalo de quase dois meses.

Os índios, através da Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas do Maranhão/COAPIMA⁹⁸, acionaram o MPF que entrou com uma ação civil pública requerendo a Justiça Federal que determinasse a FUNASA cancelar a III Conferência Distrital, ocorrida entre 06 a 08/02/06, e a realizar uma nova Conferência Distrital de Saúde Indígena do Maranhão. O argumento principal consistia no fato da III Conferência Distrital realizada pelo DSEI-MA não ter seguido as etapas de realização de conferências locais antes da distrital, conforme disposto na legislação.

⁹⁸ O COAPIMA é uma ONG indígena criada em 1999, no bojo do processo de mudança na saúde indígenista. Reúne todos os povos que vivem em Terras Indígenas no Maranhão, ou seja, povos cujas língua estão classificadas tanto no tronco lingüístico Tupi, como Jê.

O não cumprimento das etapas fez com que os índios se sentissem prejudicados em relação à representatividade dos delegados, definida na III Conferência Distrital de Saúde Indígena, realizada entre 06 e 08/02/06. Esses delegados, que participariam da IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas/CNSI, não haviam sido escolhidos em conferências locais, segundo os interesses de cada região/aldeia.

Paralelamente a ação civil pública, o MPF participou de uma reunião em 14/02/06, onde recomendou à FUNASA e ao DSEI-MA a anulação desta III Conferência Distrital, sugerindo a convocação de uma nova conferência. Esta deveria ser devidamente divulgada entre os índios e realizada em tempo hábil para permitir a participação na IV CNSPI.

Em reuniões ocorridas em 21 e 22/02/06, na coordenação da FUNASA-MA, com a participação de lideranças indígenas, ficou acordado de que seria realizada uma nova conferência distrital, no período de 16 a 18/03/06.

O DSEI-MA/FUNASA-MA buscou executar essa decisão. Enviou um memorando ao Conselho Nacional de Saúde comunicando as decisões tomadas: a anulação da conferência distrital, ocorrida de 06 a 08/06, e a realização de uma nova conferência prevista para o período 16 a 18/03/06. Tal documento foi apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde, em Reunião Ordinária realizada em 08 e 09/03/06 que deliberou pela validação da III Conferência Distrital, já ocorrida.

A FUNASA informou aos índios e ao MPF a decisão do CNS, cancelando a realização da nova conferência. Havia ainda a possibilidade de novo recurso que se configurava a partir da liminar expedida pelo Juiz quando do julgamento da Ação Civil Pública movida pelo MPF. Esta liminar, determinando a realização de nova conferência distrital, abria espaço para que a FUNASA assim o fizesse. No entanto o tempo mostrava-se exíguo, em face da proximidade da realização da Conferência Nacional, para efetivar as medidas necessárias a participação dos delegados neste evento, como por exemplo, a definição dos nomes dos delegados e a liberação de passagens para seu deslocamento.

Diante deste impasse, os índios utilizaram-se de outra estratégia. Pressionaram a instituição para que ocorresse uma reunião de Conselho Distrital, de caráter extraordinário, realizada de 22 a 24/03/06. Durante a reunião, os conselheiros transformaram-na na III Conferência Distrital. Assim, ocorreram duas reuniões com teor de III Conferência distrital.

Enquanto se delineava este processo judicial, ocorreram inúmeros problemas que quase impediam a participação dos delegados na IV CNSI. A FUNASA não disponibilizou as passagens e os índios só conseguiram efetivar seu deslocamento com apoio de outras instituições, que forneceram transporte e ajuda de custo para alimentação e hospedagem⁹⁹.

Ao chegarem, com atraso, a IV Conferência os delegados indígenas e não-indígenas do DSEI-MA tiveram problemas em participar do credenciamento, em decorrência da existência de duas relações de delegados. No primeiro dia da Conferência expuseram os problemas ocorridos no Maranhão, mas o pleito foi prejudicado por ter sido apresentado de forma conturbada. A plenária recusou-se a reconhecer a delegação. A situação só foi contornada no segundo dia, após a exposição do representante do MPF, presente ao evento. Só

⁹⁹ Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Maranhão, Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA e Deputado Sebastião Madeira.

após aprovação da plenária os delegados puderam receber credenciamento, já no final da manhã do segundo dia do evento.

Dentre as questões discutidas nesta conferência, um dos pontos centrais foi a definição da responsabilidade sobre a saúde indigenista. Venceu a proposta de permanência da FUNASA como responsável. Este ponto gerou muitos desacordos, como por exemplo, dos índios do Xingu que se retiraram da plenária manifestando sua desaprovação.

4.2 Reivindic(ações) e Resultados: Limites e Desafios da Participação Indígena

A reflexão sobre as reivindicações e os resultados destas reivindicações permite avaliar se os índios têm participado da organização dos serviços de saúde. O foco principal desta análise não é simplesmente identificar se as reivindicações foram ou não atendidas, mas analisar **ambigüidades** e **contradições** no que se refere aos discursos e práticas relativos à participação indígena na saúde indigenista e ao respeito aos aspectos sócio-culturais dos povos indígenas.

Um dos propósitos principais desta análise é apreender a *tensão* na relação entre Tentehar-Guajajara e DSEI-MA/FUNASA. De um lado, o DSEI-MA/FUNASA tentando manter uma relação com povos indígenas, baseada na *colonialidade do poder*, (QUIJANO, 2005) de forma a imprimir um padrão ideal através de um poder legitimador. De outro, a forma como os Tentehar-Guajajara ao lidar com a alteridade, resignificam esta relação, visto que não são passivos neste processo, mas exercem e sofrem a ação do *poder* (FOUCAULT, 1981), o que lhes tem permitido manterem-se como povo distinto da sociedade nacional.

O acionamento das *estratégias indígenas de participação*, ao longo de 2000 e 2007, expressa a problemática da *participação indígena* no DSEI-MA. Cada uma das ações apresenta características peculiares, em decorrência dos motivos de sua deflagração e das formas utilizadas para pressionar as instituições envolvidas diretamente na saúde indigenista. Carregam também um conjunto de significados que refletem a existência de diferentes percepções sobre o significado de *participação* para os índios e para o Estado.

O acionamento dessas *estratégias* pelos Tentehar-Guajajara não é característica do modelo de DSEI, conforme já fiz referência.. Anteriormente os índios já as acionavam, sempre buscando formas de participar das ações indigenistas.

Antes da implantação do DSEI-MA, durante a década de 1990, pude identificar que as estratégias acionadas pelos Tentehar-Guajajara (Amarante) estavam relacionadas a três aspectos: 1) gerenciamento das ações; 2) definição de pessoal no quadro da saúde indigenista; 3) operacionalização dos serviços e melhorias¹⁰⁰.

Com a implantação do DSEI-MA observei o acréscimo de mais dois tipos de reivindicação, por conta de elementos característicos do modelo de DSEI: efetivação da participação indígena e liberação de recursos financeiros.

¹⁰⁰ Informações apreendidas a partir do levantamento documental, em jornais, assim como em conversas com os funcionários da FUNAI, DSEI-MA/FUNASA-MA e índios Tentehar-Guajajara.

Antes do DSEI, a questão da participação não se colocava, visto que os índios já tentavam participar utilizando vários mecanismos, principalmente de reuniões ou encaminhamento de documentos, assim como quando necessário o acionamento das *estratégias indígenas de participação*.

As reivindicações relativas aos recursos financeiros e ao gerenciamento das ações expressam questões relativas a atribuição da responsabilidade sobre a execução dos serviços indigenistas de saúde e sobre o lugar da saúde indigenista. Os índios passaram a se envolver diretamente no gerenciamento das ações, através da criação de ONG indígenas.

As demandas relativas a gerenciamento de ações refletem o posicionamento dos índios em participar das decisões relativas a quem executa os serviços de saúde. Expressa a presença de diferentes instituições nos serviços de saúde, uma situação oposta ao período em que a FUNAI era a única responsável pela saúde indigenista.

A estrutura atual de serviços de saúde mostra-se extremamente fragmentada, o que repercute na qualidade das ações. Expressa, também, uma inversão de papéis, em relação ao que está posto nos documentos oficiais: com a criação de ONG indígenas no Maranhão, especificamente para gerenciar a saúde indigenista, os índios passaram a ser os executores e a FUNASA a instituição com poder de cobrá-los. O modelo administrativo adotado pela FUNASA, de acordo com Athias & Machado (2001), apresenta algumas distorções, pois é definido a partir de duas vertentes:

[...] na primeira, as Coordenações Regionais da FUNASA atuam como ordenadoras de despesas e, por conseguinte, controlam os recursos financeiros destinados aos Distritos; na segunda modalidade administrativa, o nível central da FUNASA realiza a celebração de convênios com organizações indígenas, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Secretarias de Saúde e universidades para a execução das ações de saúde nas áreas indígenas. Sendo assim, para que haja, de fato, uma organização dos serviços de saúde que possibilite o atendimento das demandas atuais e promova uma postura mais próxima às propostas referidas na II Conferência, torna-se necessária a discussão do modelo administrativo preconizado neste momento pela FUNASA (ATHIAS & MACHADO, 2001, p. 2).

Os recursos financeiros para a operacionalização das ações de saúde indígena passaram a ser disponibilizados através dos convênios com terceiros (instituições governamentais e não-governamentais) e por meio da liberação de recursos para as Coordenações Regionais da FUNASA. Não ocorre o repasse direto de recursos financeiros entre MS e DSEI, mas via coordenações regionais da FUNASA.

A inserção dos Tentehar-Guajajara (Amarante) no gerenciamento das ações de saúde e a necessidade de resolução dos problemas de saúde criou novas demandas: das seis situações em foram acionadas *estratégias indígenas de participação*, cinco reivindicam recursos financeiros e duas tratam de questões relacionadas ao gerenciamento das ações. Tais reivindicações refletem aspectos específicos da forma como a saúde indigenista estava conduzida a partir do modelo administrativo adotado pela FUNASA e como os índios se posicionaram neste processo.

4.2.1 “Sem Dinheiro Não há saúde”

Em duas grandes mobilizações dos índios, ocorridas em 2003 e 2006, há a reivindicação por recursos financeiros. A primeira, durante a ocupação da FUNASA/2003, ocorreu em função do atraso no repasse dos recursos financeiros, por problemas na prestação de contas por parte das ONG indígenas. Os índios solicitavam os itens abaixo:

11. Liberação imediata de recursos financeiros para os atuais convênios, que estão em atraso a mais de cinco meses; (...)
12. Recursos orçamentários de edmiás (sic) e saneamento básico para o DSEI p/ neste (sic) convênio/03: poços artesianos, posto de saúde, etc...
14. Repasse integral dos recursos financeiros dos convênio ref. o exercício/03 (sic) (PAUTA, s/d).

As reivindicações sugerem problemas quanto ao repasse dos recursos, em atraso havia cinco meses. Solicitavam a liberação imediata e integral dos recursos, não só para as ações básicas de saúde, mas também para a área de saneamento básico, que também estava a cargo das ONG indígenas.

A segunda grande mobilização dos índios durante o bloqueio da ferrovia/ 2006 repetiu a reivindicação de recursos financeiros, desta feita enfatizando os compromissos financeiros já assumidos:

15. Que seja reconhecido e pago todos os débitos de 2004 e 2005 contraídos pelos Pólos, CASAI's e convênios; (PAUTA, s/d).

Esta solicitação refere-se aos débitos contraídos durante e após a vigência dos convênios entre FUNASA e ONG indígenas, a partir do ano de 2004.

Apesar da gravidade do contexto, com dívidas contraídas em 2004 e 2005, nesse período os Tentehar-Guajajara (Amarante) participaram de apenas duas mobilizações, uma em cada ano. Em 2004, o foco principal foi a definição do quadro de pessoal. Em 2005, a ação envolveu apenas os Tentehar-Guajajara (Amarante).

Nas duas ações em que houve um expressivo número de índios, incluindo os Tentehar-Guajajara (Amarante), o total liberado correspondeu ao montante solicitado: R\$1.275.000,00¹⁰¹, durante a ocupação da FUNASA/2003, correspondente aos recursos para as ONG indígenas; R\$ 610.000,00, no bloqueio da ferrovia/2006, para pagamento dos débitos.

Durante a *ocupação FUNASA/2004*, na qual estiveram os Tentehar-Guajajara (Amarante), foram solicitados recursos financeiros, mas a motivação principal era a continuidade ou não do trabalho de Antônio Costa no DSEI-MA, conforme destacado.

Nos anos de 2004 e 2005, a demanda pelo repasse de recursos financeiros mobilizou os Tentehar-Guajajara de outras regiões. Na região de Grajaú, em 07/06/04, os Tentehar-Guajajara retiveram dois funcionários da FUNASA-MA em duas aldeias, como forma de pressão. Reivindicavam que fosse assinado um convênio que assegurasse o repasse dos recursos financeiros diretamente às ONG indígenas, parar evitar atrasos. Os recursos seriam para pagamento de fornecedores de serviços e produtos relacionados à saúde indigenista (aluguel de casa, fornecimento de medicamentos, de alimentação, etc).

¹⁰¹ Deste total, foi liberado o correspondente a R\$ 183.560,00 para a ONG indígena ODSAI durante a ocupação da FUNASA/2003.

Em resposta a mobilização dos índios, o coordenador da FUNASA-MA, Zenildo dos Santos, informou que o recurso já havia sido liberado, mas que não tinha como repassá-lo aos índios pelo temor dos funcionários da FUNASA em chegar às aldeias e serem retidos.

Quanto ao estabelecimento de convênio na forma solicitada, o coordenador afirmou que não seria possível em função de uma auditoria ter identificado desvio dos recursos financeiros repassados pela FUNASA às ONG. Segundo o coordenador, a justiça teria suspenso os convênios, determinando que a própria FUNASA passasse a executar as ações de saúde nas aldeias.

Tentando a liberação dos funcionários, que já permaneciam por mais de dez dias retidos nas aldeias, a FUNASA solicitou a intervenção da Polícia Federal e da FUNAI, em Brasília, para que fosse enviada uma equipe experiente neste tipo de negociação. Além da FUNASA, FUNAI e Polícia Federal, a Procuradoria da República passou a acompanhar as negociações, informando que os índios já estavam dispostos a liberar os funcionários, o que se efetivou.

Mobilização semelhante foi protagonizada pelo Tentehar-Guajajara da aldeia Santa Maria, localizada próxima ao município de Barra do Corda, bloquearam a BR- 226, em 03/08/04, devido ao atraso no repasse dos recursos financeiros da saúde para ONG indígena. Após mais de cinco horas de bloqueio os Tentehar-Guajajara aceitaram recuar para abrir um canal de negociação.

Como não tiveram resposta satisfatória, em 11/08/04, ameaçaram interditar novamente a BR-226, oito dias após o primeiro bloqueio, pois o governo federal suspendera o repasse de recursos financeiros para a ONG indígena (MIRANTE, 2004a, 2004b).

Em 2005, quando já ocorriam problemas na condução das ONG indígenas, houve grande protagonismo indígena na realização de protestos por parte Tentehar-Guajajara de aldeias localizadas próximas a Grajaú e Arame¹⁰². Os Tentehar-Guajajara (Amarante), neste ano, realizaram um único protesto, que teve como motivação a liberação de recursos financeiros. Esta reivindicação não foi atendida e os índios envolvidos foram presos e processados.

Esta é uma situação que demonstra o fato de que ser conselheiro indígena não impede o índio de participar das mobilizações. A função de conselheiro implica em assumir um compromisso de trabalho em prol da eficiência dos serviços de saúde. Nesta situação, os índios acionam a *identidade legitimadora* (CASTELLS, 2001). Quando a instituição não consegue realizar sua parte, o índio investido no papel de conselheiro indígena aciona a *identidade de resistência* (CASTELLS, 2001) fazendo uso de *estratégias indígenas de participação*.

Nas mobilizações realizadas em 2006, *bloqueio da ferrovia/2006* e *ocupação da FUNASA/2006*, os recursos financeiros solicitados não eram destinados às ONG indígenas, visto que todos os convênios já haviam sido suspensos, mas ao pagamento dos débitos contraídos pelos índios.

A *Ocupação da FUNASA/2006* teve como principal objetivo a obtenção de recursos para pagamento das dívidas com prestadores de serviços na saúde indigenista, em atraso há quatro meses. Os índios consideravam necessária a liberação de dez milhões para cobrir as despesas relativas a 2006 e custear as ações de

¹⁰² Em ambas as áreas o motivo principal foi a reivindicação para liberação de recursos financeiros em 2005. Tanto em Grajaú, quanto em Arame houve retenções de pessoas como forma de pressão: em Grajaú o coordenador da FUNASA, no mês de janeiro, e em Arame o secretário municipal de saúde, em maio. Além destas duas estratégias acionaram várias outras reivindicações ao longo do ano.

saúde até março de 2007, mas reivindicaram R\$ 6.150.000,00. Este montante destinava-se a pagamentos de serviços prestados (despesas com transporte, alimentação, medicamentos, passagens, aluguel, água, luz, telefone e manutenção de veículos).

A permanência de problemas no atendimento indigenista de saúde nas CASAI/Pólos-Base, criadas pelos índios, levou aqueles que haviam assumido a gestão dos serviços de saúde no período das ONG indígenas, continuassem “chefiando-as”, como no período em que as ONG gerenciavam a saúde indigenista, de forma a manter os serviços de saúde.

O DSEI-MA/FUNASA-MA assumia uma postura ambígua reconhecendo em alguns momentos as CASAI/Pólos-Base criadas pelos índios e, desconhecendo-as em outros. Reconhecia quando destinava recursos financeiros para seu funcionamento, através de pagamento por suprimento de fundo ou saldo do recurso do PSFI. Desconhecia, quando ignorava as despesas contraídas por tais CASAI/Pólos-Base e ao manter a estrutura oficial de três CASAI e seis Pólos-Base¹⁰³.

Em 2006, antes da *Ocupação da FUNASA/2006*, o DSEI-MA deixou de efetuar os pagamentos aos fornecedores. O acúmulo das dívidas fez com que fornecedores parassem de prestar serviços aos índios. A situação mais grave ocorreu em relação ao transporte, visto que todos os carros que atuavam nos serviços básicos de saúde eram locados. Sem pagamento, houve a paralisação de todos ao mesmo tempo, por mais de duas semanas, ocasionando grandes transtornos na prestação de serviços, uma das principais razões deste protesto.

Essa mobilização conseguiu a liberação de apenas R\$ 1.000.000,00, o correspondente a 17% do valor solicitado. Apesar de garantir que verificaria as possibilidades de liberação de mais recursos, a FUNASA não efetivou tal promessa.

No início de 2006 a FUNASA, através de declarações do seu presidente, admitiu que questões burocráticas emperravam e tornavam os serviços na saúde indigenista mais lentos. Com objetivo de solucionar esta lentidão, tentou aproximações com a FUNAI. Objetivava que a FUNAI participasse da elaboração e execução das políticas indigenistas de saúde e transmitisse suas experiências com a gestão indigenista.

O presidente da FUNASA, Lustosa, admitiu que os profissionais que atuavam na saúde indigenista necessitavam de conhecimentos específicos para o trato com os índios e supunha ser possível suprir essa lacuna com a ajuda da FUNAI (JORNAL PEQUENO, 2006a). Entendia que os funcionários da FUNAI trabalhavam em postos próximos às aldeias e tinham postura de missionários, dispostos a atender aos índios em qualquer horário. Lustosa afirma:

O que nós estamos tentando fazer é esse trabalho de reeducação dos agentes da saúde da FUNASA para que eles tenham essa prontidão que tinham os nossos agentes na época em que a saúde era da responsabilidade da FUNAI (...)
A maioria dos atendimentos aos índios é feito fora da aldeia, na cidade. Para nós e para os índios, é um grande inconveniente, pois isso os obriga a fazer deslocamentos que poderiam ser desnecessários (JORNAL PEQUENO, 2006a).

Lustosa admitiu que a transferência de responsabilidade sobre a saúde indigenista da FUNAI para a FUNASA havia trazido prejuízos para os índios, principalmente com a transferência dos serviços para áreas

¹⁰³ As CASAI de São Luís, Imperatriz e Teresina – Piauí. Pólos-Base de Amarante, Arame, Grajaú, Barra do Corda, Zé Doca e Santa Inês.

urbanas. Afirmou que nestes deslocamentos os índios ficavam expostos a vários riscos e estabeleciam contatos com situações específicas das zonas urbanas, que poderiam ser evitadas.

A transferência dos serviços, em sua opinião teria causado disputas entre as duas instituições:

houve uma espécie de divórcio entre a FUNAI e FUNASA que perdurou até os últimos meses, quando nós resolvemos dar outra forma de tratamento à questão, procurando estabelecer uma ponte de cooperação com a FUNASA (JORNAL PEQUENO, 2006a).

Considera haver disparidade na distribuição dos recursos para as instituições. O orçamento destinado a saúde indigenista na FUNASA, cerca de duzentos e sessenta milhões de reais anuais, equivale ao dobro do orçamento total da FUNAI:

Isso tem que acabar, ou seja, esses órgãos têm que trabalhar juntos, por que é inaceitável que os recursos disponibilizados para assistência ao índio se dispersem e se percam, em vez de serem multiplicados e potencializados por uma ação conjunta (JORNAL PEQUENO, 2006c).

A articulação entre as duas instituições, para Lustosa, poderia potencializar o uso dos recursos destinados às ações indigenistas.

4.2.2 Disputa pela Gestão

A tentativa dos índios de participar de questões relativas ao gerenciamento das ações, conforme já destaquei, já ocorria antes mesmo do processo de descentralização das ações de saúde e criação dos DSEI. Um dos momentos em que os índios buscam esta participação pode ser observado antes da implantação do DSEI-MA, em 1999, quando se posicionavam sobre qual a instituição deveria ser responsável pela saúde indigenista, FUNASA ou FUNAI.

A transição do atendimento da FUNAI para a FUNASA não foi bem aceita pelos povos indígenas jurisdicionados ao DSEI-MA. Os Tentehar-Guajajara das terras indígenas localizadas próximas a Santa Inês e Grajaú, atendidos pela Administração Regional da FUNAI de São Luís, contrapunham-se de forma mais expressiva a mudança.

Este posicionamento dos índios também reflete o embate interinstitucional entre FUNASA e FUNAI na busca de legitimidade na execução das ações de saúde¹⁰⁴. O processo de descentralização nas ações indigenistas tem se caracterizado por disputas interinstitucionais que se estruturam como um campo, no sentido dado por Bourdieu (1998). As relações interinstitucionais relacionadas às políticas indigenistas no Brasil, configuraram um campo de lutas para transformar ou conservar o campo de forças.

¹⁰⁴ Ocorreram alguns episódios referentes à tentativa da FUNAI de São Luís inviabilizar o processo de mudança na saúde indigenista de saúde. Tais episódios referem-se desde a criação de empecilhos por parte da FUNAI para a equipe da ESAI não realizar o trabalho de divulgação das mudanças na saúde indigenista, ao qual já fiz referência, a confrontos diretos. Um destes ocorreu em Grajaú durante a II Conferência Municipal de Saúde, quando a chefe da ESAI-MA expunha o tema *Saúde para Populações Indígenas*, em 21/05/1999 e alguns funcionários da FUNAI/ São Luís passaram a fazer intervenções buscando mostrar que as propostas eram infundadas e não iriam se efetivar. Tais intervenções geraram um princípio de tumulto envolvendo também alguns índios.

Após a implantação do DSEI-MA os índios mantiveram-se tentando participar do gerenciamento das ações de saúde. Nos dois mais expressivos movimentos realizados, que classifico como sendo do tipo *Todo/Geral*, a ocupação da FUNASA/2003 e o bloqueio da ferrovia/2006, reivindicaram que o DSEI-MA/FUNASA assumisse o gerenciamento das ações. Solicitaram, ainda, a implementação da autonomia orçamentária, administrativa e financeira do DSEI-MA.

Tais solicitações expressam a discordância dos índios em relação a estratégia administrativa adotada pela FUNASA, a terceirização. Anteriormente, não só concordavam com esta estratégia, como criaram ONG especificamente para celebração dos convênios da saúde indigenista. O documento apresentado durante a audiência pública de 03/11/03, durante a ocupação da FUNASA exigia:

7. Repasse da execução das ações indigenistas de saúde das ONG Indigenista (sic) para a FUNASA, a partir do mês de julho e 2004, quando termina o convênio entre FUNASA e as ONG Indígenas;
8. Atuação do DSEI-MA de acordo com as necessidades de cada região e atuação de suas competências com autonomia administrativa, orçamentária e financeira nas ações de saúde indigenista; (...) (PAUTA, s/d)

Os dois primeiros itens demonstram explicitamente o entendimento sobre a necessidade de a FUNASA assumir a responsabilidade direta sobre a execução da saúde indigenista, tal como ressaltado nos documentos oficiais, dotando o DSEI-MA de autonomia orçamentária e financeira. Indicam, ainda, que o DSEI-MA deveria atuar de acordo com as necessidades de cada região, ressaltando a importância de se considerar as diferenças existentes em sua área de abrangência.

Quando as ONG indígenas deixaram de atuar em 2005, a FUNASA passou a apresentar um discurso de que assumiria a execução dos serviços de saúde. As ações indigenistas de saúde, todavia, passaram a ser realizada de forma tão ou mais precária do que durante o período em que atuavam as ONG indígenas.

A subordinação do DSEI-MA à coordenação regional da FUNASA-MA é entendida pelos índios como um dos motivos da precariedade no atendimento. A autonomia do DSEI, volta a ser solicitada no *bloqueio da ferrovia/2006*:

2. Autonomia orçamentária, financeira e administrativa do DSEI, ressaltando todas as ações de interesse indígena que estão dentro da coordenação Regional da FUNASA (TERRA INDÍGENA KARU, 2006)

Essa demanda já havia sido item de um TAC, por ocasião da ocupação da FUNASA/2003, mas não foi efetivada.

O posicionamento da FUNASA-MA de não cumprir os acordos assumidos tem se constituído a regra na relação com os povos indígenas atendidos no DSEI-MA. Assim como os índios utilizam as *estratégias de participação*, a FUNASA cria estratégias de repostas às reivindicações indígenas: ao mesmo tempo em que se compromete a atendê-los¹⁰⁵, elabora documentos que justificam a não realização do que foi acordado.

Diante das pressões dos índios, em 2003 a FUNASA posicionou-se comprometendo-se a atender as reivindicações, assinando um TAC que previa uma série de ações, duas delas sobre o gerenciamento das ações indigenista de saúde: 1) a FUNASA assumiria diretamente a execução dos serviços básicos de saúde, através dos

¹⁰⁵ O comprometimento da FUNASA dá-se de forma verbal ou escrita, como pela assinatura de acordos ou TAC.

DSEI, a partir de julho de 2004 (Cláusula Primeira, TAC, 2003); 2) O DSEI seria dotado de autonomia orçamentária, administrativa e financeira, também a partir de julho de 2004 (Cláusula Quarta, TAC, 2003).

Ambas as cláusulas não foram cumpridas: a FUNASA não assumiu o gerenciamento das ações de saúde, muito menos dotou o DSEI de autonomia, tal como firmado. Durante o ano de 2004 as ONG indígenas e não-indígenas continuaram atuando, inclusive com a celebração de novos convênios¹⁰⁶.

A atuação das ONG indígenas não se deu de forma complementar, mas abrangeu as ações básicas de saúde. O comprometimento sobre a realização de capacitação de dirigentes de ONG indígenas não foi cumprido. O resultado foi a ocorrência de uma série de problemas na condução de todas as ONG indígenas, do ponto de vista administrativo, e a ocorrência de dissidências entre os próprios Tentehar-Guajajara.

Os índios passaram a denunciar as ONG indígenas, que foram alvos de auditorias. No caso da ODSAI, que estava sob direção do grupo de SG e SSG. Uma destasa denúncia foi realizada pela Tentehar-Guajajara MSG, que liderava o outro grupo. O MPF também realizou denúncia desta ONG e solicitou a realização de auditoria. A auditoria interna concluiu que as denúncias eram procedentes e que a gestão administrativa/financeira na ODSAI era insatisfatória, com indicação de prejuízo do erário. O parecer da auditoria aponta que houve desempenho insatisfatório na atuação do DSEI-MA em relação à gestão da saúde indígena local (FUNASA, 2005).

Em função dessas conclusões, o MPF determinou o cancelamento não só do convênio com ODSAI, mas também de todos os convênios com ONG indígenas no DSEI-MA. Cabe considerar que esta determinação aponta no sentido de responsabilizar os índios que gerenciavam tais ONG pelos problemas na saúde indigenista, demonstrando a inversão de papéis em relação ao que está posto nos documentos oficiais.

A FUNASA, quem deveria ser a executora das ações, passa a responsabilizar os índios que gerenciavam as ONG indígenas pela problemática na saúde indigenista. Os índios passam a ser cobrados pela FUNASA, por outras instituições (MPF), e pelos demais índios.

No bloqueio da ferrovia/2006 ressurgiu a reivindicação indígena pela autonomia do DSEI-MA. A FUNASA comprometeu-se novamente em promovê-la. Para tanto, foi formado um Grupo de Trabalho/ GT com funcionários de Brasília que vieram para DSEI-MA com a missão principal de efetivar o processo de autonomia no DSEI-MA. Este GT está atuando há mais de um ano e até o momento o DSEI-MA ainda não conquistou a autonomia orçamentária, administrativa e financeira exigida pelos índios durante o acionamento das *estratégias indígenas de participação*.

No que se refere especificamente às ONG não-indígenas, em dois momentos de grande protagonismo indígena, do tipo *Todo/Geral*, 2003 e 2006, os índios colocaram-se contra a atuação destas ONG.

Durante a ocupação da FUNASA/2003 os índios mostraram-se contrários a permanência da atuação da ONG Instituto de Cooperação Pró-Vida, assim afirmado:

14. Não renovação do convênio Pró-Vida/03 (PAUTA, s/d).

Como resposta a esta reivindicação indígena, houve o comprometimento da FUNASA em atendê-los. Consta no TAC que:

¹⁰⁶ Consta a celebração de dois convênios entre a ODSAI e a FUNASA: um realizado em 2002, Convênio N° 197/2002, e outro em 2004, Convênio N° 1332/2004 (FUNASA, 2005)

A FUNASA auditará o convênio celebrado com a Pró-Vida, não devendo prorrogar o referido no que tange às atividades relativas ao Estado do Maranhão [Clausula Sexta]

Até o final da validade do convênio com a Pró-Vida a FUNASA deverá exercer a co-gestão das atividades de atenção básica aos povos indígenas do Maranhão [Parágrafo Único] (TAC, 2003).

Está posto claramente o compromisso de não renovação de contrato com a ONG Pró-Vida, mas não há referência a quem caberiam as ações sob sua responsabilidade.

O convênio entre FUNASA e a ONG Instituto de Cooperação Pró-Vida, celebrado em 2002, foi firmado no valor de R\$ 2.052.038,56. Tais recursos destinavam-se a execução de ações de saúde indigenista no Pólo-Base de Zé Doca¹⁰⁷ (que atendia aos Tentehar-Guajajara, Awá-Guajá e Ka'ápor) e nas CASAI de Imperatriz e São Luís. Esta ONG firmou mais dois convênios de saneamento básico: um no valor de R\$ 1.060.000,00 para construção de sistema de abastecimento de água; outro no valor de R\$ 178.770,28 para construção de melhorias sanitárias (VIANA, 2007).

A reivindicação para que a Pró-Vida não atuasse mais na saúde indigenista no DSEI-MA não teve início neste momento. Já em 2002 os Tentehar-Guajajara da TI Araribóia, cujas aldeias localizam-se próximo do município de Arame, exigiam a rescisão do convênio com a ONG Pró-Vida, responsável pelas CASAI de São Luís e Imperatriz. Nesta ocasião (04/11/02) ocuparam o prédio da FUNASA, em São Luís, e retiraram um funcionário.

Argumentavam não receber o atendimento adequado nas CASAI. Afirmavam, por exemplo, que na CASAI São Luís faltavam alimentos e remédios para os doentes. A mesma não teria estrutura para receber pacientes e acompanhantes que precisassem fazer tratamento, por falta de espaço para atender a demanda. Apontavam ainda problemas quanto à limpeza da casa, que não era realizada com regularidade (MIRANTE, 2002).

Esta constitui uma situação que classifico como sendo do tipo *Parte/ Geral específica*¹⁰⁸, visto que a CASAI atende a todos os povos indígenas jurisdicionados ao DSEI-MA.

Além da rescisão do convênio com a Pró-Vida, também faziam outras reivindicações específicas¹⁰⁹. Como não obtiveram resposta favorável, ameaçaram fazer nova ocupação. Diante da ameaça, suas reivindicações foram atendidas, com exceção da rescisão do contrato com a Pró-Vida. Este ponto voltou como pauta durante a audiência pública, em 03/11/03, após a *ocupação da FUNASA/2003*. A FUNASA, apesar de comprometer-se a cancelar o convênio, realizou outros convênios com a Pró-Vida.

Só foi cancelada a parceria com esta ONG, em 2004, após denúncias e apurações através de auditorias, que comprovaram a má aplicação de recursos e o nepotismo, ações que renderam grandes prejuízos a saúde indigenista.

¹⁰⁷ O Pólo-Base de Zé Doca foi o único dentre os que atendem aos Tentehar-Guajajara em que não foram criadas ONG indígenas para executar ações de saúde.

¹⁰⁸ Ações que envolvem índios Tentehar-Guajajara de algumas aldeias tentando chamar a atenção para a saúde indigenista e objetivando medidas que afetem a todos os povos no âmbito do DSEI-MA.

¹⁰⁹ Dentre outras reivindicações constam: Retorno do gerenciamento das verbas para a saúde para a prefeitura de Grajaú; Melhor assistência médica em nível de atenção básica (MIRANTE, 2002).

A mesma reivindicação foi feita em relação a Missão Caiuá, ONG não indígena que atuava em parceria com o DSEI/MA. Durante o bloqueio da ferrovia/2006, os índios se posicionaram exigindo, seu afastamento das ações de saúde o indigenista:

Rescisão imediata do contrato de convênio da missão Caiuá com a FUNASA para atendimento das ações de saúde .(TERRA INDÍGENA KARU, 13/02/06).

A FUNASA, na ocasião, afirmou aos índios, e mesmo à imprensa, que não manteria o convênio com esta ONG e promoveria a revitalização das ONG indígenas para celebração de convênios (O ESTADO MARANHÃO, 2006d).

Apesar da FUNASA garantir que cancelaria o convênio com a ONG Missão Caiuá, esta passou a atuar no DSEI-MA a partir do segundo semestre de 2006, sendo responsável pelas CASAI e pela contratação de recursos humanos. Os índios Tentehar-Guajajara (Amarante) comentavam, durante o trabalho de campo, que um dos principais motivos que os fizeram participar do movimento da Maçaranduba havia sido a reivindicação pela exclusão da ONG Caiuá dos serviços de saúde no DSEI-MA. Diante da instalação desta ONG comentavam, de forma questionadora, “será que valeu a pena? Enfrentamos tantas coisas, mas a Caiuá tá atuando...” (Tentehar-Guajajara, aldeia Lagoa Quieta). Neste momento exprimiam frustração por não conseguir fazer valer seu pleito.

Ao manter o convênio com esta ONG a FUNASA reforçou mais uma vez sua estratégia de assumir posicionamentos que não efetiva.

4.2.2.1 “Toma que o Filho é Teu”

As reivindicações indígenas relativas ao gerenciamento das ações de saúde deixam entrever o lugar da saúde indigenista no novo modelo e a permanente recusa da FUNASA em assumir a responsabilidade sobre sua execução. A terceirização coloca-se como a estratégia fundamental de transferência da responsabilidade que seria sua incumbência, segundo a PNASPI (2002).

A FUNASA na relação com os povos indígenas, investe na produção, funcionamento e acumulação de discursos de verdades. Ao ser pressionada apresenta um discurso de respeito à participação indígena, procurando demonstrar que acata suas reivindicações. Ao mesmo tempo em que efetiva o discurso do comprometimento através de documentos (TAC, por exemplo) elabora outros documentos que legitimam a manutenção das condições de atendimento à saúde de forma contrária ao acordo estabelecido.

Em algumas situações um mesmo documento expressa o comprometimento e descomprometimento da FUNASA com as reivindicações indígenas. Por exemplo, no TAC elaborado como consequência da ocupação da FUNASA /2003, há o comprometimento desse órgão assumir diretamente a execução dos serviços de saúde, mas é mantida a possibilidade de conveniar com ONG indígenas para execução das ações básicas de saúde, sob a alegação que isso ocorreria em caráter estritamente complementar (Cláusula Quarta, TAC, 2003). Para tanto, a instituição se comprometia a promover a capacitação dos dirigentes das ONG indígenas conveniadas, através da liberação de recursos orçamentários e financeiros para tal finalidade (Parágrafo Único da Cláusula Oitava, TAC, 2003).

Esses acordos não foram cumpridos. As ONG continuaram assumindo as ações básicas de saúde e não houve capacitação técnica dos gerentes indígenas responsáveis por essas ONG.

A definição de que ações complementares de saúde poderiam ser assumidas por outras instituições governamentais e não-governamentais já estava afirmada em documentos anteriores. A Lei 9836/99 ou Lei Arouca já previa atuação de instituições governamentais e não-governamentais de forma complementar. No entanto, não é explicitado o que seriam consideradas ações complementares. O artigo Art. 19-E apenas afirma:

Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações” (BRASIL, 1999c).

O Decreto 3.156/99, por sua vez, não faz referência a ações complementares, mas deixa claro que o MS poderia promover meios para que instituições governamentais e não-governamentais atuassem visando à eficácia na saúde indígenista, o que pode ser apreendido no artigo 4º:

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde *poderá promover* os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.(BRASIL, 1999b, grifo meu).

O discurso contido nos vários documentos oficiais dá margem para que sejam estabelecidas parcerias visando a eficácia da saúde indígenista. No entanto, a FUNASA não tem estabelecido parcerias, mas transferindo responsabilidades, via terceirização.

A Portaria Nº 70/04, no artigo 8º, publicada após a ocupação da FUNASA/2003, afirma que acabe a instituições governamentais e não-governamentais:

I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

Parágrafo único. A Fundação Nacional de Saúde - **FUNASA definirá**, observando as características das populações envolvidas, **as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo** (MS, 2004, grifos meus)

Nesta portaria¹¹⁰ também não há a definição do que seriam ações complementares, estabelecendo ser esta definição competência da FUNASA.

Afirmarões deste tipo reforçam a tendência da instituição em terceirizar os serviços e eximir-se da responsabilidade sobre sua execução direta. Este posicionamento contradiz o que está posto no Decreto 3.156/99, um dos únicos documentos que expressa claramente que cabe a FUNASA a execução dos serviços indígenista de saúde, conforme já referi.

A posição dos Tentehar-Guajajara em relação à execução dos serviços de saúde indígenista não tem se expressado de forma homogênea. Ao longo das seis situações em que estiveram mobilizados para influenciar na definição da gestão dos serviços, oscilaram entre manter a execução na mãos da FUNASA e transferi-la para ONG indígenas ou não-indígenas, via convênios.

¹¹⁰ Esta Portaria foi definida para aprimorar a política indígenista de saúde, trazendo novas determinações através da aprovação das *Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena*.

4.2.3 O Poder de “Nomear”

As relações que se estabelecem entre índios e instituições governamentais e não-governamentais não constituem apenas relações entre prestadores de serviços e usuários, mas relações interétnicas, que confrontam diferentes lógicas e sistemas de organização: de um lado as organizações indígenas, de outro, os mecanismos institucionais brasileiros.

Os Tentehar-Guajajara possuem suas próprias normas para reger as relações que mantém entre si e com os não-índios¹¹¹. Cada aldeia tem autonomia em relação às outras, ou seja, as decisões sobre cada aldeia devem ser tomadas pela sua comunidade. A aldeia também é referida como *TekoHaw*, em Tentehar, que significa *meu lugar*. Pude observar que a mudança de índios de uma aldeia para outra é comum, todavia isso não ocorre sem antes haver uma conversa com o cacique. Wagley e Galvão (1955, p. 60), observaram também esta situação nos anos de 1940 em aldeias da região do Pindaré¹¹².

Os Tentehar-Guajajara definem as regras para o trânsito de índios entre aldeias e, também, regras sobre a presença e trânsito dos não-índios. A execução das atividades por não-índios, principalmente nas aldeias, deve contar com o consentimento da comunidade. Os índios costumam aceitar a presença dos funcionários não-índios considerando a prestação de serviço que realizam. Coelho (2003 p. 57) identifica que esta presença é tolerada.

A necessidade de estabelecer relações com as instituições que realizam ações indigenistas conduziu os Tenethar/Guajajara a estabelecer critérios para a definição dos cargos e recursos humanos nestas instituições. Buscam interferir nas decisões sobre o preenchimento dos cargos que identificam como tendo poder de decisão sobre ações indigenistas.

Os índios buscam opinar não só em relação ao pessoal que atua na saúde indigenista, mas nas ações indigenistas em geral. Este não é um processo recente. Em relação a FUNAI, por exemplo, os povos indígenas em todo o Brasil têm acionado *estratégias indígenas* para indicar e ou exonerar o chefe de posto, administradores regionais e até mesmo o presidente da FUNAI.

Em relação à definição de pessoal, especificamente relacionado à saúde indigenista, a *participação indígena* pode ser percebida antes mesmo da implantação do DSEI-MA. Conforme já fiz referência, a chefia do DSEI-MA foi definida pelos índios, contrapondo-se a prerrogativa da FUNASA de indicar a pessoa que ocuparia este cargo.

O atual modelo de atenção à saúde prevê a participação indígena na definição de pessoal, restrita ao âmbito da execução de serviços realizados por índios: escolha, permanência e demissão do AIS e AISAN. Tem ocorrido, todavia, um processo de ampliação deste poder para além dos cargos de AIS e AISAN.

Os índios reivindicam e buscam exercer o direito de escolha também em relação aos não-índios que ocuparão postos na saúde indigenista. A decisão sobre pessoal estende-se ao auxiliar de enfermagem, a

¹¹¹ A definição de formas próprias de organização constitui uma das características da *nação*, tal como define Kymlicka (1986).

¹¹² Wagley e Galvão (1955, p. 60) afirmam que os índios freqüentemente mudam de uma aldeia para outra, mas não o fazem geralmente sem antes pedir permissão ao “capitão” da aldeia para a qual desejam mudar. Realizaram pesquisa na TI Pindaré próxima ao município de Santa Inês.

equipe multidisciplinar de saúde, aos funcionários da FUNASA que atuam no DSEI e até a chefia do DSEI-MA e coordenação da FUNASA-MA.

A ampliação do raio de influência indígena na gestão dos recursos humanos tem sido conquistada através de suas *estratégias de participação*. Em quatro das seis mobilizações indígenas ocorridas no período investigado, esta era a reivindicação principal. Nas duas ações mais expressivas, *ocupação da FUNASA/2003* e *bloqueio da ferrovia/2006*, os índios exigiram a exoneração do coordenador da FUNASA-MA e do chefe do DSEI-MA, além de outros funcionários.

No protesto ocorrido durante a *Ocupação da FUNASA/ 2003*, os índios apresentaram cinco itens relativos ao que classifico como definição de pessoal, dentre os dezesseis pontos reivindicados. Todos refletem problemas na condução de pessoal em função do modelo administrativo adotado pela FUNASA. Refletem também a tendência dos índios personalizarem as relações com a instituição e em consequência, vincularem pessoas/funcionários aos problemas recorrentes e não solucionados. A partir desta avaliação passam a reivindicar demissões e exonerações na saúde indigenista.

Durante o primeiro movimento de maior notoriedade e expressividade, a ocupação da FUNASA/2003, uma das principais reivindicações indígenas foi a exoneração do então coordenador da FUNASA, Zenildo dos Santos. Esta exigência foi expressa nos seguintes termos, durante a audiência pública (03/11/03): “1. Exoneração imediata do atual coordenador da regional da FUNASA-MA; (...)” (PAUTA, s/d).

A FUNASA, em resposta, mostrou-se propensa a examinar tal exigência. Consta no TAC que a presidência da FUNASA iria encaminhar proposta de substituição do coordenador regional da FUNASA-MA. No entanto, esse pleito não foi aceito pela instituição.

Além de Zenildo dos Santos continuar na coordenação, no período de 2004 a 2005, esteve, também, à frente da chefia do DSEI-MA, com exceção de um período de cinco meses, quando a condução do DSEI-MA ficou a cargo de Antônio Costa.

No início de 2005, os Tentehar-Guajajara retiveram Zenildo dos Santos, juntamente com outros funcionários da FUNASA-MA, na aldeia Bananal, terra indígena Bacurizinho, localizada na região de Grajaú, no período de 20 a 22/01/05. Reivindicavam a liberação de recursos financeiros para a saúde indigenista, para pagamento de fornecedores em atraso (O IMPARCIAL, 2005).

No início de fevereiro de 2005, os Tentehar-Guajajara da aldeia Bananal denunciaram, através dos meios de comunicação, que a FUNASA-MA havia abandonado mais de 75 índios de aldeias localizadas na região de Grajaú como forma de retaliação pela retenção do coordenador naquela aldeia, em janeiro deste ano.

Ao fazerem tais denúncias, acrescentaram que a retaliação por parte de Zenildo dos Santos estendia-se inclusive ao não atendimento de ligações telefônicas oriundas dessa aldeia. Raimundo Carlos Guajajara, em entrevista divulgada pelo Jornal Pequeno, de 03/02/04, afirmou:

Estamos sem nenhum médico, sem nenhum dentista e sem medicamentos. Apenas três auxiliares de enfermagem têm de realizar todo o atendimento, mas isso só é possível em casos menos graves; aos pacientes com problemas mais sérios – como tuberculose, fraturas, cirurgias – só resta esperar que a FUNASA tenha um pouco de humanidade e resolva ajudar (JORNAL PEQUENO, 2004a).

Raimundo Carlos Guajajara ameaçou encaminhar denúncias a Procuradoria da República e constituir uma delegação para ir à Brasília denunciar Zenildo dos Santos, caso não conseguissem sensibilizar a

FUNASA para retomar as ações de saúde indigenista na aldeia Bananal. Acusavam o chefe do DSEI de executar uma política para “acabar com as comunidades indígenas”.

Sobre o Coordenador da FUNASA-MA, Zenildo dos Santos, pesavam as seguintes acusações dos índios: não repassar recurso financeiro emitido pela FUNASA/ Brasília para as aldeias; tentar transferir o DSEI-MA, em São Luís, para a FUNASA em Teresina-PI; realizar convênio ilegal com a ONG Missão Caiuá para atendimento indigenista de saúde.

Ao longo do tempo de sua administração, de 2003 a 2006, estabeleceu-se uma disputa de poder entre coordenação e índios. A relação foi marcada por episódios em que o coordenador era mantido como refém pelos índios e por ameaças e efetivação de denúncias sobre a FUNASA no MPF. Este quadro culminou com o posicionamento dos índios em prol de sua demissão. Após três anos da primeira reivindicação de sua exoneração, realizada durante a *ocupação da FUNASA/2003*, os índios voltaram à carga com essa reivindicação, pressionando através do bloqueio da ferrovia Ferro Carajás, entre outras estratégias acionadas em 2006.

A exoneração do coordenador não foi o motivo deflagrador deste movimento, mas durante o processo, passou a ser a principal reivindicação, constando como o primeiro item no documento que apresenta as reivindicações indígenas:

1. Exoneração imediata do coordenador Regional da FUNASA: o Sr Zenildo Oliveira dos Santos; (TERRA INDÍGENA KARU, 2006).

A demissão de Zenildo dos Santos passou a ser uma questão tão significativa para os índios, que só liberaram a ferrovia após receber o documento que comprovava sua exoneração¹¹³. A FUNASA, apesar de ceder à exigência de exoneração do coordenador, não abriu mão de escolher o seguinte, alegando que esta indicação era prerrogativa da Casa Civil. No dia 15/02/06, foi anunciado pelo presidente da FUNASA o nome de Marcondes José Carvalho Ramos, professor da UFMA.

A mobilização indígena visando a definição do coordenador da FUNASA, tem ocorrido em outros DSEI.. Em Roraima, por exemplo, em dezembro de 2005, os Yanomami, Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Wai Wai, Tarepang e Patamona, ocuparam a sede da FUNASA em Boa Vista para impedir que seu ex-coordenador, Ramiro Teixeira, reassumisse o cargo. O mesmo estava nomeado para substituir o coordenador Ionilson Sampaio, recém demitido, a que tudo indica, por se posicionar em favor dos indígenas, responsabilizando a presidência da instituição pelos atrasos na liberação de recursos financeiros.

Os Yanomami, que fazia uma semana vinham protestando contra o atraso na liberação de verbas para a saúde indigenista, receberam o apoio dos indígenas atendidos no DSEI do Leste. Mobilizaram-se para impedir que o coordenador nomeado assumisse o cargo. Alegavam que durante sua gestão o referido coordenador havia desviado verbas. Mais de 100 índios colocaram-se na entrada da FUNASA onde se pronunciaram aproximadamente vinte lideranças indígenas.

Nos pronunciamentos os indígenas reafirmaram que não aceitavam a recondução do coordenador Ramiro Teixeira. Este, em resposta afirmou: “Eu respeito a manifestação de vocês. É democrática! Agora só deixo de ser o coordenador se for revogada a portaria da minha nomeação” (MIRANTE, 2005). Ramiro Teixeira pediu que fosse marcada uma reunião do Conselho Distrital, na qual pudesse prestar conta de todos os recursos

¹¹³ A exoneração foi publicada no Diário Oficial da União, a Portaria Nº 114, de 15/02/06.

que administrou. Reassumiu o cargo sob os protestos indígenas, que persistiram durante todo o ano de 2006. (MIRANTE, 2005).

Tais ações refletem problemas relativos ao próprio modelo de atenção indigenista de saúde em seu aspecto administrativo e burocrático, que tem conseqüências também nos mecanismos de *participação indígena*. Como o DSEI não tem autonomia orçamentária, administrativa e financeira, estando subordinado à FUNASA, volta-se para o coordenador desse órgão a atenção dos índios, por deter o poder sobre o ordenamento dos recursos financeiros. Nesse sentido, a relação de forças entre FUNASA e índios é mais intensa quando se trata da definição do coordenador da FUNASA do que da chefia do DSEI-MA.

Durante a *ocupação da FUNASA/2003*, esta reivindicação foi expressa de forma a inserir a participação indígena no processo de indicação da chefia do DSEI:

2. Exoneração imediata do atual chefe do DSEI-MA; (...)
4. Nomeação de um novo chefe do DSEI-MA, indicado pelos povos indígenas; (PAUTA, s/d).

Esta reivindicação foi atendida, visto que na reunião do Conselho Distrital, ocorrida no período de 25 a 28/11/03 definiu-se o nome do novo chefe do DSEI-MA: José Serra, que assumiu a chefia a partir do final de 2003.

A exoneração do chefe do DSEI-MA voltou a ser pauta de reivindicação no *bloqueio da ferrovia/2006*. Essa demanda foi logo atendida. No próprio local do protesto os índios discutiram quem deveria ocupar a chefia do DSEI-MA, sendo escolhida Rosana Lima Viana. A FUNASA acatou as deliberações indígenas, publicando portaria fazendo a nomeação ainda durante o período em que ocorria o protesto¹¹⁴.

Na ocupação da FUNASA/2004 a pauta referente a pessoal girava em torno da permanência ou afastamento do interventor Antonio Costa, que ocupava o cargo por deliberação da reunião do Conselho Distrital realizada em 21/06/04. A medida havia sido tomada em decorrência do chefe anterior ter solicitado seu afastamento, juntamente com toda sua equipe, responsabilizando aos índios e a coordenação da FUNASA por tomar essa decisão.

A indicação da intervenção foi decidida em votação que obteve o apoio da maioria dos membros do Conselho Distrital. Esta intervenção tinha o objetivo de organizar os serviços para definir quem seria o novo chefe do DSEI. Ratificando este posicionamento, o presidente do Conselho Distrital afirmou também que não era justo escolher outro nome para a chefia do DSEI sem o consenso do Conselho Distrital. (ATA, 2004).

Não houve consenso entre os Tentehar-Guajajara sobre a avaliação da atuação de Antonio Costa no DSEI-MA. Ao se referirem ao interventor, alguns índios colocavam que a situação da saúde indigenista havia melhorado muito durante sua atuação, idéia ratificada também por alguns funcionários que atuam na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante). Outros índios não compartilhavam desta posição.

Em outra situação, durante a *ocupação da FUNASA/2006*, os índios conquistaram a exoneração do chefe de operações. Ressentiam-se do fato deste funcionário ter afirmado que quem mandava na FUNASA era a própria FUNASA e não os índios. O documento de exoneração tinha o seguinte teor: “Dispensar [...], ocupante do cargo de Auxiliar de Saneamento (...) da função gratificada de Chefe da Seção de Operações do DSEI da

¹¹⁴ Diário Oficial da União/DOU de 14/02/06.

Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde do Estado do Maranhão....” (FUNASA-MA, 2006). Não há registro de que a exoneração atendia uma reivindicação indígena.

As reivindicações sobre pessoal não se restringem à chefia do DSEI. Exigem também a exoneração de funcionários que ocupam outras funções, como durante a *ocupação da FUNASA/2003*, quando colocaram como pauta:

3. Transferência imediata e definitiva dos servidores A, E e J do DSEI-MA para outros programas da FUNASA-MA; [...] (PAUTA, s/d).

As transferências referem-se a funcionários do quadro da FUNASA, que atuavam no DSEI-MA, em caráter imediato e definitivo. Tais reivindicações também foram atendidas.

Sobre a definição da chefia do DSEI-MA e a participação indígena foi possível elaborar o seguinte quadro:

Quadro 14: Chefia do DSEI-MA /1999-2007

Ordem	Nome	Critério de escolha	Período	Critério de Exoneração
1º	Elmorane Goulart*	Votação Indígena	1999-2001	Solicitado pelos Índios
2º	Francisca Sousa	FUNASA	2001 Interinamente	DESAI/ FUNASA
3º	José Serra*	DESAI FUNASA	2001-2002 Meses	DESAI/ FUNASA
4º	Rosane Viana*	DESAI/ FUNASA	2002 Meses	Pediu exoneração
5º	André Lopes*	DESAI, FUNASA	2002-2003	DESAI/ FUNASA
6º	Sergio Leite	DESAI/ FUNASA	2003 - Meses	Pediu exoneração
7º	José Serra*	Conselho Distrital	2003-2004 – Meses	Pediu afastamento com toda equipe do DSEI-MA
8º	Zenildo de Oliveira	Acumulou coordenação da FUNASA-MA	2004	-
9º	Antônio Costa	DESAI/ FUNASA	2004 – Meses	Solicitado pelos índios
10º	Zenildo de Oliveira	Acumulou coordenação da FUNASA-MA	2004-2005	-
11º	Sebastião P da Silva	FUNASA-MA	2005 – Meses	Pediu exoneração
12º	Rosane Viana*	DESAI, FUNASA	2005 – Meses	Pediu exoneração
13º	Reinaldo Dames*	FUNASA-MA	2005-2006 - Meses	Solicitado pelos índios
14º	Rosane Viana*	Índios	2006 – Meses	Pediu exoneração
15º	Horlando Dias	DESAI, FUNASA	2006 – Meses	DESAI/ FUNASA
16º	Consuelo Cosac*	DESAI, FUNASA	2006-2007	Continuou no cargo durante o primeiro semestre

Fonte: Dados da pesquisa.

* Pessoas que atuaram com Portaria designando-as chefe do DSEI-MA.

O quadro acima indica o sucesso da interferência indígena na exoneração de três chefes do DSEI. Pode parecer de pouca representatividade se for considerado o aspecto puramente quantitativo, três num total de dezesseis. No entanto, considerando que em cinco situações o próprio chefe solicitou sua exoneração, e num desses casos explicitou que os índios haviam provocado essa decisão, observa-se que o protagonismo indígena torna-se mais significativo. Especialmente quando observamos que a interferência indígena quase equipara-se com a ação do DESAI/FUNASA em termos de decisão em relação à exoneração da chefia do DSEI.

Os índios assumem nesse processo uma linguagem de autoridade, aquela que governa sob a condição de contar com a colaboração daqueles a quem governa (BOURDIEU 1996, p.91). Seu discurso de autoridade, por ser reconhecido, legitima-se.

4.2. 4 Pelas Instâncias “Autorizadas” de Participação

A garantia, no discurso oficial, da participação indígena nas etapas de planejamento, implementação e avaliação das ações indigenistas de saúde, constitui uma das características deste modelo de atenção à saúde indigenista. Dentre as seis circunstâncias nas quais os índios acionaram as *estratégias indígenas de participação*, possuem em sua pauta a efetivação da participação indígena nas instâncias oficiais.

Na primeira, *ocupação da FUNASA/2003*, reivindicavam a participação indígena através de mecanismos oficiais (Conselhos). Na segunda, *bloqueio da ferrovia/2006*, além da participação através dos mecanismos oficiais (Conselhos), reivindicaram, também, a participação permanente de três índios no DSEI-MA. Na terceira, em 2006, a participação indígena na conferência distrital e nacional passa a ser o motivo principal das ações.

As três mobilizações voltadas para a conquista da participação indígena nos mecanismos definidos oficialmente caracterizam-se por ser do tipo Todo/Geral. Ocorrem em intervalo de três anos, 2003 e 2006. Nos anos intermediários, não esteve em pauta quando acionaram as *estratégias indígenas de participação*. O ano de 2004 foi quando mais ocorreram reuniões do Conselho Distrital, apesar de não haver registro de reuniões dos Conselhos Locais. Em 2005 não correram reuniões nem do Conselho Distrital nem dos locais. As reuniões dos Conselhos Locais foram retomadas em 2006 e do distrital apenas em 2007.

A participação indígena tem constituído um dos aspectos mais problemáticos na PNASPI (2002) havendo grande descompasso entre o discurso e a prática no DSEI-MA. Por outro lado, há dificuldades relacionadas à concepção dessa participação, conforme já aponte, que se baseia em critérios ocidentais de representação que não se adequam às práticas indígenas.

No primeiro ano de funcionamento do DSEI-MA, em 2000, foram criados Conselhos Locais nos cinco Pólos-Base. Apenas os de Grajaú e Arame reuniam representantes de um mesmo povo, Tentehar-Guajajara. Os do Pólo-Base de Amarante e de Zé Doca foram constituídos por representantes de três povos: Tentehar-Guajajara, Pukobyê-Gavião e Krikati. e Tentehar-Guajajara, Ka'ápor-Urubu e Awá-Guajá, respectivamente. O Pólo de Barra do Corda reuniu representantes de quatro povos: Tentehar-Guajajara, Ramkokamekra-Canela, Apanyekra-Canela e Timbira.

Os Conselhos Locais foram acionados apenas durante o primeiro ano de criação do DSEI-MA. O Conselho Distrital, por sua vez, só foi criado em 2001, com a realização de apenas uma reunião para sua composição e não funcionou nos anos de 2002 e 2003.

Durante a realização da *ocupação da FUNASA/2003*, foram colocadas reivindicações relativas à efetivação da participação indígena pelos mecanismos oficiais. Na pauta de reivindicação apresentada durante a audiência pública (03/11/03), consta:

5. **Criação** imediata do Conselho Distrital do DSEI-MA, dando condições para o seu funcionamento pleno;
6. **Criação** de Conselhos Locais que respeitem as diferenças culturais dos povos indígenas no Maranhão; (PAUTA, s/d, grifos meus).

A utilização do termo *criação* em relação a ambos os Conselhos indica que os índios ignoravam que existissem. O distrital fora criado, mas nunca atuara. Os Conselhos Locais eram desconsiderados por não serem compostos respeitando as diferenças culturais entre povos.

Em resposta a esta reivindicação a FUNASA comprometeu-se, através do TAC, em implementar algumas medidas:

No prazo de 30 (trinta) dias, a contar desta data [03/11/03], serão instalados o Conselho Distrital de Saúde indígena e os Conselhos Locais de Saúde Indígena (Cláusula Terceira, TAC, 03/11/03).

Esta cláusula foi efetivada em parte. A reunião para reorganização e eleição dos novos membros do Conselho Distrital do DSEI-MA ocorreu de 25 a 28/11/03. Em 2004 este Conselho reuniu-se quatro vezes, voltando a deixar de funcionar nos anos de 2005 e 2006. Os Conselhos Locais não foram reorganizados até 2006.

Além destas reivindicações, foi solicitada a participação permanente dos índios, através de uma assessoria indígena no DSEI, que deveria acompanhar não só a construção e execução do plano distrital, mas também todas as ações de saúde:

(...) 7. Participação permanente de 03 indígenas através de assessoria na elaboração e execução do Plano Distrital de Saúde e de todas as ações de saúde indígena; (...) (TERRA INDÍGENA KARU, 13/02/06).

Esta reivindicação também foi atendida. Três índios passaram a acompanhar as atividades no DSEI-MA durante mais de seis meses. Após este período, suspenderam a assessoria. Um dos motivos alegados foi a não concretização da autonomia do DSEI, principal objetivo da assessoria indígena. Atuaram junto ao GT de Brasília que havia sido designado para fazer este trabalho no DSEI-MA. Os assessores indígenas passaram a ser cobrados e até responsabilizados pelos outros índios pela ineficiência dos serviços de saúde. Decidiram afastar-se e buscar a resolução da problemática da saúde através de outras *estratégias indígenas de participação*.

A escolha dos assessores indígenas seguiu critérios geográficos, sendo feita por região. Foram eleitos três assessores indígenas e dez índios que comporiam uma comissão indígena. Para assessoria indígena escolheram um Tentehar-Guajajara da região de Barra do Corda e outro de Zé Doca, e uma Pukobyê (Gavião), da região de Amarante.

Outra cláusula do referido TAC que não foi efetivada refere-se à capacitação dos conselheiros:

A FUNASA se encarregará de promover a capacitação técnica dos membros do Conselho Distrital de Saúde e dos Conselheiros Locais de Saúde Indígena (PARÁGRAFO ÚNICO, TAC, 2003).

Não houve a capacitação dos conselheiros distritais nem locais. A inexistência de capacitação constituiu um dos pontos recorrentes nas reclamações dos índios sobre a FUNASA. Costumam atribuir à falta de capacitação o insucesso dos Conselhos. A capacitação que acaba por se constituir como uma condição para o

bom desempenho do conselheiro. Os índios sentem-se em desvantagem por não terem sido capacitados segundo as regras do DSEI.

Tal situação expressa o oposto do que propõe o modelo de saúde quando afirma o respeito ao específico e diferenciado. Ao exigir um conhecimento “especializado” por parte dos índios para participar da organização dos serviços, subalterniza seus próprios conhecimentos. Expressa a *colonialidade do poder* (QUIJANO, 2005) através da imposição, pela instituição, de um padrão ideal do fazer saúde indigenista.

A FUNASA constrói este padrão inserindo a participação efetiva dos povos indígenas nas decisões, através do Conselho Distrital. No entanto, estabelece a forma como essa participação deve ocorrer, devidamente capacitada, segundo padrões não-índigenas. Por outro lado, a efetivação dessas instâncias de participação não se processa reduzindo-se a figura retórica.

O acompanhamento da execução de serviços de saúde está posto da seguinte forma no TAC (2003):

(...) O Conselho Distrital de Saúde encaminhará à FUNASA o acompanhamento da execução dos recursos financeiros liberados pelos Municípios, devendo a FUNASA efetivar as medidas para cumprimento das ações de saúde a cargo das Prefeituras (CLÁUSULA QUINTA, TAC, 2003).

Este texto refere-se às prerrogativas do Conselho Distrital, indicando-o como supervisor da execução dos serviços, cabendo a FUNASA realizar medidas para cumprimento da execução. Os Conselhos Distrital e local dispõem de autonomia para fazer este acompanhamento da execução dos serviços. O próprio Decreto 3156/99 define que compete ao Conselho Distrital:

(...) II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e
III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (MS, 1999b).

A atribuição do Conselho Distrital de acompanhar a execução dos serviços de saúde, todavia, não exime o DSEI-MA/ FUNASA de também fazê-lo, especialmente quando este órgão terceiriza as ações que seriam da sua incumbência.

A terceira ocasião em que os índios reivindicaram a efetivação da participação nos moldes oficiais ocorreu quando do *bloqueio da ferrovia/2006*. Sentindo-se prejudicados em relação à representação dos delegados que participariam da IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas por não terem ocorrido as etapas locais, utilizaram as *estratégias indígenas de participação* para se fazerem ouvir. No documento em que apresentaram a pauta de reivindicações consta a seguinte afirmação:

(...) 20. Anulação da Conferência Distrital de Saúde Indígena realizada em São Luís no período de 06 a 08/02/06 e que a FUNASA reconheça este momento como conferência e escolha dos delegados para a Conferência Nacional; (TERRA INDÍGENA KARU, 2006).

A resposta a essa solicitação indígena foi negativa. Houve iniciativa por parte da FUNASA em atender ao pleito, havendo inclusive interferência do MP.

Esta mobilização iniciou-se por ocasião da III Conferência Distrital de Saúde dos povos indígenas no Maranhão, pelo entendimento que os índios que participavam deste evento não tinham representatividade em relação aos demais povos e mesmo aos Tentehar-Guajajara. Não haviam sido realizadas as etapas locais, nas

quais os índios indicariam os delegados IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas seriam eleitos na conferência distrital.

O Regimento da IV CNSI define-a como de abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Locais, Distritais e Nacional. Na etapa local deveriam ser realizadas as seguintes ações: discutir o Documento-Base; formular relatório com propostas tanto para as comunidades indígenas, como para os DSEI; e indicar delegados para a etapa distrital. A etapa distrital teria como objetivo: analisar o documento-base e os relatórios elaborados nas conferências locais; eleger delegados para etapa nacional; elaborar proposta para os DSEI e a etapa nacional; produzir um relatório a ser encaminhado para comissão organizadora da IV CNSI.

Os documentos que regulamentam a realização das conferências de saúde são marcados pela ambigüidade e contradição. No Regimento da IV CNSI, por exemplo, ao mesmo tempo em que há a indicação para que ocorra a etapa local, a mesma não é colocada como uma etapa essencial, visto que afirma:

A não realização da Etapa Local, por uma ou mais comunidades indígenas, não inviabilizará a realização da Etapa Distrital [Artigo 2º, §1º] (CNS, 2005).

Além do discurso do regimento que legitimar a não ocorrência das etapas locais, o faz em relação a etapa distrital quando afirma:

(...) A não realização da Etapa Distrital por um ou mais Distrito, não inviabilizará a realização da Etapa Nacional [Artigo 2º, §3º, II] (CNS, 2005).

Ambas as afirmações abrem espaço para que a tomada de decisões ocorra em nível “nacional”, sem a participação dos vários povos indígenas. Isso agrava ainda mais o modelo de participação, inadequado em sua formulação e, também, autoritário.

A possibilidade de não realização das etapas local e distrital, em um ou mais distritos, contradiz o que está posto como natureza e finalidade da IV CNSI:

(...) Avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI’s, e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei 9.836/99, que complementa a Lei Orgânica da Saúde, e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas com controle social [Art 1º](CNS, 2005)

O Regimento da IV CNS-PI elege como instância mais importante a etapa nacional, na qual são definidas diretrizes que afetam todos os povos indígenas e abre a possibilidade destes povos não serem ouvidos.

Cada povo e cada aldeia possui suas especificidades e recebe um tipo de atendimento de saúde específico, em função do qual avaliam a saúde indígenista. Ao retirar o poder de decisão do âmbito local, transferindo-o para o nacional, a CNSI considera os povos indígenas de forma genérica.

No DSEI-MA a participação indígena oficial vem sendo inviabilizada na medida em que o Conselho Distrital não funciona efetivamente, os locais o fazem precariamente e quando a preparação para as conferências nacionais não ocorre respeitando as comunidades indígenas.

O entendimento dos Tentehar-Guajajara sobre participação indígena nas instituições ou instâncias não-indígenas passa pela tensão entre concepções distintas sobre legalidade e legitimidade. Para as instituições ou instâncias não-indígenas as questões relativas ao encaminhamento das conferências são baseadas no que está regulamentado, registrado nos documentos. Para os povos indígenas a participação indígena toma como referencia as suas formas de organização.

O DSEI-MA/FUNASA-MA tentou justificar-se em relação à não realização das etapas locais. Na Nota do Relatório Final da III Conferência Distrital, realizada em fevereiro de 2006 no DSEI-MA, consta a seguinte afirmação:

Houve diversas dificuldades na realização desta Conferência, a maioria relacionada aos problemas de reestruturação das ações de saúde no DSEI-MA, a falta de estruturação do CONDISI-MA, e retorno dos elementos financeiros destinados à realização das Conferências por fechamento do exercício do final do ano (FUNASA-MA, 2006b).

Todos os itens apontados como motivo para que não ocorressem as etapas locais são de responsabilidade do DSEI-MA/FUNASA: o primeiro, a reestruturação dos serviços de saúde, é responsabilidade do DSEI-MA¹¹⁵, assim como o segundo, a falta de estruturação do Conselho Distrital de Saúde do Maranhão/ CONDISI-MA,¹¹⁶. O terceiro, o retorno dos recursos financeiros destinados a realização das etapas locais, são de responsabilidade da FUNASA-MA¹¹⁷.

Ao mesmo tempo em que o DSEI-MA/ FUNASA-MA tenta justificar a não realização das etapas locais busca legitimar a realização da III Conferência Distrital, apesar dos problemas existentes, respaldando-se no Regimento interno da IV CNSI. Em Nota elaborada como parte do Relatório Final da III Conferência Distrital de Saúde indígena do Maranhão, realizada em fevereiro de 2006, afirma:

O não acontecimento das etapas locais gerou inúmeros comentários de que a etapa distrital não se tornava legítima e legal. Entretanto, o *Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde* informa no seu CAPÍTULO II – DA REALIZAÇÃO, no Art 2º que as Conferências Locais, Distritais e Nacionais constituem-se em etapas da IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos indígenas, e esclarece no III item do § 2º que “a não realização da Etapa Local, por uma ou mais comunidades indígenas, não inviabilizará a realização da Etapa Distrital” [...] (FUNASA-MA, 2006b, grifos meus).

O DSEI-MA/ FUNASA-MA busca ratificar a realização da III Conferência deste DSEI, quando já ocorria o protesto indígena através do *bloqueio da ferrovia/2006*. Insiste na legitimidade dos delegados, no mesmo Relatório Final:

(...) a **legitimidade não pode ser contestada e a legitimidade deu-se** através de todos os representantes de órgãos institucionais e de assistência ao índio nos níveis local e nacional, usuários e trabalhadores de **todos os 5 (cinco) Pólo-Base**, prestadores, gestores municipais, regionais e nacionais, além de membros do Conselho Nacional de Saúde que se fizeram presentes (FUNASA-MA, 2006b, grifos meus).

Argumenta em favor da legitimidade a presença de índios atendidos nos cinco Pólos-Base¹¹⁸, expressando uma percepção numérica, que não considera os diferentes povos e suas histórias. No Relatório a instituição busca outorgar aos índios a responsabilidade sobre a não participação de todos os povos indígenas na conferência distrital quando afirma:

¹¹⁵ Compete ao DSEI-MA “conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde a cargo do Distrito”, de acordo com a Portaria 852/99 (MS, 1999d).

¹¹⁶ A Portaria 852/99 define que compete ao DSEI-MA garantir “condições para a realização das reuniões, conforme vier a ser estabelecido em seus respectivos Regimentos” (MS, 1999d).

¹¹⁷ O ordenador de despesas da saúde indigenista é o coordenador da FUNASA.

¹¹⁸ Pólos-Base de Amarante, Grajaú, Arame, Barra do Corda e Zé Doca.

Outrossim, a comissão organizadora esclarece que no intuito **de minimizar os problemas decorrentes da não realização das etapas Locais, foi enviado convite, disponibilizando deslocamento (ida e vinda), hospedagem e alimentação para todos as etnias (sic) respeitando todos os seus grupos e subgrupos organizacionais existentes no DSEI-MA** de forma que **cada um indicasse 3 representantes para serem delegados na Conferência Distrital** (FUNASA-MA, 2006b, grifos meus).

Esta ação, todavia, não visa permitir a participação indígena em nível local, mas a possibilidade dos índios escolherem delegados indígenas aos quais transferem o poder de tomar decisões. O DSEI-MA/FUNASA-MA reforça os lugares de participação via representação.

Paralelamente ao *bloqueio da ferrovia/2006* os índios acionaram o MPF visando obter, dentro dos parâmetros “legais”, o cancelamento da III Conferência Distrital no DSEI-MA e a realização das etapas locais. Este órgão fez gestões junto a FUNASA, obtendo uma resposta positiva à demanda. No entanto, após o desbloqueio da ferrovia, foi validada a III conferência distrital, ocorrida em fevereiro de 2006, sob a alegação da impossibilidade de destinar recursos financeiros, duas vezes, para a realização de um mesmo evento.

A prioridade do DSEI continua sendo atender aos critérios burocráticos em detrimento do respeito às especificidades dos povos indígenas no processo de participação indígena. Assim, legitima a III Conferência Distrital.

As decisões tomadas nas reuniões realizadas no Maranhão sobre a participação indígena na CNSI foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde, instância máxima em relação aos Conselhos e Conferências em âmbito nacional.

No entanto, a forma como essas informações aparecem em atas das reuniões desse Conselho indicam distorções relativas as decisões tomadas em âmbito distrital.

As referências sobre os usuários, por exemplo, deixam transparecer que o DSEI-MA atende a vinte aldeias, segundo consta em ata¹¹⁹, o depoimento do representante indígena, Ailson Truká, que esteve acompanhando a III conferência distrital do DSEI-MA:

Devido a não ocorrência das etapas locais, a comissão organizadora [da III Conferência distrital] **decidiu convidar três representantes de cada aldeia**, totalizando sessenta representantes dos usuários, contudo, somente 33 compareceram. Disse que a Conferência contou com a participação da totalidade dos representantes de trabalhadores indígenas e não-indígenas e dos gestores e prestadores de serviço. (ATA, 2006b, grifos meus)..

O DSEI-MA/FUNASA-MA no período atendia a um total de mais de 240 aldeias. A sugestão que havia sido feita no âmbito distrital era que cada povo e cada subgrupo de um povo indicasse três representantes.

Apesar de reconhecer a existência de problemas relativos a participação indígena na III Conferência Distrital, o CNSI ratifica sua validade, fundamentando-se no que está posto no Regimento da IV CNSI. Este posicionamento pode ser percebido através das seguintes afirmações de um dos representantes indígenas, Ailson Truká, que acompanhou a referida Conferência Distrital, registradas em ata:

(...) no decorrer da Conferência parte dos delegados ausentou-se para manifestar o seu repúdio a ações arbitrárias e errôneas da Fundação no Estado do Maranhão [...].

¹¹⁹ Ata da centésima sexagésima terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Apesar dos contratemplos, [o representante indígena Yso Truka] afirmou que a Conferência atendeu todas as recomendações da Lei nº. 8.142/90 e da Resolução do CNS nº. 333 (ATA, 2006b).

O entendimento sobre seguir todas as recomendações da Lei 8142/90 e Resolução do CNS Nº 333, refere-se ao aspecto quantitativo do número de representantes dos usuários, trabalhadores indígenas e não-indígenas, assim como de instituições prestadoras de serviços, como pode ser apreendido em suas afirmações registradas em ata:

O representante indígena Yso Truka (sic) Destacou que a Conferência contou com 33 representantes indígenas do segmento dos usuários, 16 representantes do segmento dos trabalhadores indígenas da saúde, um percentual de trabalhadores não-indígenas e 23 representantes dos gestores e prestadores de serviço de um total de 30 (ATA, 2006b)

O posicionamento do representante indígena, Ailson Truká, reflete a *colonialidade de poder* (QUIJANO, 2005) fazendo com que os índios assumam o que está posto na legislação como adequado, ignorando as especificidades indígenas, tal como pode ser apreendido em suas afirmações que constam em Ata:

Afirmou que todos os eixos temáticos foram discutidos e as propostas da Conferência Estadual de Saúde do Maranhão (cerca de sessenta) foram inseridas no relatório de síntese, que foi encaminhado à Coordenação-Geral da Etapa Nacional. Nesse ponto, disse que, caso a Conferência fosse cancelada, seria difícil excluir suas propostas do referido relatório. Salientou ainda que as discussões foram transparentes e com qualidade e as lideranças indígenas que não estavam presentes na Conferência mas estavam envolvidas com o movimento, estavam tendo contato, por telefone, para saber o que estava ocorrendo (ATA, 2006b).

Neste sentido, o posicionamento dos índios no sentido de que não estavam sendo respeitados, foi ignorado. Prevaleceram as determinações pré-estabelecidas e definidas com base na forma da organização da nossa sociedade.

A forma como foi conduzida a escolha dos delegados nas duas conferências distritais, configurou uma disputa de poder. Por um lado, a FUNASA não reconhecia a legitimidade da escolha dos delegados, realizada na segunda Conferência Distrital, ocorrida em março de 2006. Do outro lado, os índios insistiam em impor suas deliberações e não acatavam os delegados indicados na primeira reunião, realizada em fevereiro de 2006.

A utilização de *estratégias indígenas* para reivindicar a efetivação das instâncias oficiais de participação expressa o livre trânsito que fazem entre as formas oficiais e não oficiais de participação.

4.2.5 Saúde de Qualidade?

Todas as ações empreendidas pelos índios têm como objetivo principal o que afirmam ser a busca pela melhoria dos serviços de saúde. No entanto, das seis mobilizações indígenas aqui analisadas, cinco fazem solicitações diretamente relacionadas a operacionalização dos serviços e sua melhoria.

Esse tipo de reivindicação expressa a forma como a saúde indigenista vinha sendo conduzida no DSEI-MA. As mobilizações indígenas, ao longo do tempo, vão sofrendo mudanças relacionadas às alterações na forma de gestão da saúde indigenista.

Quando a gestão da atenção básica estava a cargo das ONG indígenas a demanda por recursos aumentou. Após o cancelamento dos convênios com essas ONG, as reivindicações passaram a se concentrar mais na melhoria da operacionalização de serviços.

Durante a *ocupação da FUNASA/2003*, identifiquei quatro itens na pauta de reivindicação relativos à operacionalização de serviços. Dois tratavam da qualificação de pessoal e um da contratação. No que se refere a qualificação está posto:

10. Realização de capacitação e qualificação continuada para os profissionais atuarem de forma a respeitar as culturas indígenas; [...]

15. Tratamento especial p/ os povos indígenas awa guajá e kaapó (sic) [...] (PAUTA, s/d)

Sobre a contratação de pessoal foram elencados os seguintes aspectos: contratação de profissionais de nível superior necessário ao atendimento à saúde; aumento no número de profissionais nas aldeias:

9. Contratação pela FUNASA dos servidores que estejam desenvolvendo serviços na saúde, a (sic) mais de um ano, e outros profissionais (antropólogos, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc) para atuarem (sic) nas áreas indígenas;

13. Recursos no PSFI para contratação de mais profissionais nas aldeias, onde há necessidade; (...) (PAUTA, s/d).

Essa reivindicação aponta para a necessidade de estabelecimento de um contrato formal com os servidores que vinham atuando na saúde indigenista.

Quanto a capacitação, foi enfatizada a necessidade de qualificar os profissionais que atuam junto aos índios, de modo a permitir um atendimento que respeite as culturas indígenas. No mesmo sentido está a preocupação com um tratamento específico para os Awá-Guajá e Ka'ápor.

Por ocasião do *bloqueio da ferrovia/2006* a maior parte das reivindicações referia-se à melhoria na operacionalização dos serviços. Dezesete itens da pauta expressam problemas no atendimento, dentre eles Transporte, Recursos Humanos, Material, Medicamento, Atendimento Diferenciado, Organização dos Serviços e Infra-estrutura, conforme quadro abaixo:

Quadro 15: Reivindicações de melhorias na organização de serviços /2006

TIPO	REIVINDICAÇÃO
Transporte	10. Cancelamento dos contratos com locadoras de veículos que prestam serviços à FUNASA; compra imediata de novas viaturas; recuperação dos carros e instalação de equipamentos de comunicação em todas as viaturas; 14. Compra de transporte fluvial para as regiões onde necessitam; 12. Auditoria e cancelamento do uso do cartão de combustível da FUNASA;
Recursos humanos	4. Revisão do funcionamento do DSEI em relação aos recursos humanos e operacionais (organização dos trabalhos); 5. Revisão do funcionamento operacional das CASAIs de S. Luís e Imperatriz – MA e revisão do

	quadro de recursos humanos de S. Luís; 16. Revisão nas contratações dos profissionais de saúde feitos pelo PSFI e ampliação através de processo seletivo com garantia dos direitos trabalhistas;
Material	13. Liberação e distribuição do material e equipamentos guardados na FUNASA e compra de mais material para atendimento à saúde indígena (computadores, rádio amador, etc.); 23. Compra de material odontológico
Medicamento	21. Mudança no modelo de aquisição de medicamentos de acordo com as necessidades de cada região;
Atendimento diferenciado	23 Compra [...] e alimentação complementar para as crianças desnutridas; 17. Garantia e ampliação de atendimento diferenciado para os indígenas nos hospitais que recebem incentivos da FUNASA, bem como enfermaria e leito especial, alimentação adequada; 19. Qualificação imediata da equipe multidisciplinar de saúde; [...] 24. Atendimento diferenciado específico para atendimento de saúde do povo guajá (sic);
Organização dos serviços	11. Cancelamento dos contratos com restaurantes que foram licitados pela FUNASA e não oferecem qualidade no atendimento; [...] 22. Restabelecimento dos pólos-base de saúde e permanência das CASAI's vinculadas ao pólo;
Infra-estrutura	8. Transferência da estrutura física e administrativa do DSEI para a Rua do Sol, Centro – São Luís; 9. Construção da Casa de Saúde Indígena no terreno do Maranhão Novo em São Luís e CASAI's das regiões. Enquanto isso, celebração imediata de renovação dos contratos de aluguel dos prédios das CASAI;

Fonte: PAUTA, 2006

Este quadro permite a compreensão de que não vinha sendo realizado um atendimento diferenciado, especialmente no que se refere a média complexidade. Por outro lado, indica o nível de precariedade no que se refere a infra-estrutura de atendimento e a organização dos serviços, o que acaba, também, por inviabilizar um atendimento específico e diferenciado.

4.3 “Guerra é Guerra”: Perdas e Ganhos no Confronto Interétnico

A utilização das *estratégias indígenas de participação* é indicativa da ineficácia do atual sistema de atendimento à saúde indígena. A necessidade de criar formas próprias de participação aponta para os limites das formas previstas na PNASPI (2002).

A insatisfação em relação aos espaços de participação indígena tem aglutinado índios de diferentes aldeias e povos na efetivação de caminhos próprios de participação.

Faço uma distinção entre causas e motivações que movem os índios nessa dinâmica. As causas são os problemas que orientam as reivindicações apresentadas quando acionam suas estratégias. A motivação constitui um elemento mais amplo, marcado pela subjetividade, que anima os índios a se deslocarem de suas aldeias para uma situação de “guerra”¹²⁰ na qual não podem prever os resultados nem as conseqüências¹²¹.

¹²⁰ Uso essa expressão por considerar que o embate ou conflito trava-se entre pessoas de diferentes nações. Alguns dos índios quando vão para tais ações portam-se como indo para a guerra e apresentam sinais diacríticos que evidenciam este posicionamento, tais como pinturas corporais e até mesmo o uso de arco e flecha, etc. Mesmo que não haja o embate efetivo, tais ações possuem uma grande relevância simbólica.

¹²¹ Conforme já destaquei no início deste capítulo também faço uma distinção entre resultados, que seria a resposta a reivindicação, e conseqüências, que seriam as implicações pelo tipo das estratégias acionadas.

Existem situações que funcionam como um gatilho para levar os índios a acionar as *estratégias indígenas de participação* quando acionam a *identidade de resistência* (CASTELLS, 2001). Ao longo da investigação, quando tive a oportunidade de conversar com índios e não-índios, pude identificar duas motivações principais.

Uma delas, que demarca o momento em que decidem acionar suas estratégias, refere-se ao esgotamento de todas as outras possibilidades de acordo e dos mecanismos instituídos. Geralmente, antes de partir para a “guerra”, realizam reuniões com o DSEI-MA/ FUNASA-MA, fazem reivindicações via documentos, ou acionam o MPF, passando a esperar os resultados.

A afirmação de uma das lideranças da aldeia Bacabal, que ocupa a função de AIS e conselheiro, indica que as negociações anteriores à deflagração das estratégias próprias, são geralmente percebidas como infrutíferas:

Só conversa, embromando o povo [Tentehar-Guajajara] [...] sempre fazemos documentos, mas eles [funcionários] deixam nas gavetas... (Tentehar-Guajajara, aldeia Bacabal, 2006).

Quando não são atendidos ou nem mesmo recebem uma resposta da instituição cria-se uma condição favorável ao acionamento das suas estratégias. Durante o *bloqueio da Ferrovia/2006*, os índios fizeram a seguinte afirmação:

Nós, lideranças indígenas do movimento indígena [...] **cansados de tanta omissão, opressão e descaso por parte do poder público** aonde podemos **ressaltar aqui alguns destes desmandos como: a proposta do Termo de ajustamento de conduta – TAC** que foi criado em novembro de 2003 em São Luís, com a participação de mais de 800 indígenas do estado, assinado pelo ministério público, FUNAI, FUNASA e lideranças indígenas **e nunca foi cumprido tal acordo; criação do grupo de trabalho firmado em Brasília em Dezembro de 2005, que não foi reconhecido, a falta de respeito da FUNASA – DESAI para com os povos indígenas, quando agendou um audiência em Grajaú-MA e simplesmente cancelou quando já havia aproximadamente 300 indígenas aguardando no local. E diante de tanto sofrimento, morte de muitos parentes e tantas outras situações de angústia que estamos vivendo é que decidimos nos mobilizar em nível estadual para discutirmos esses problemas, aonde definimos pela interdição da Ferrovia Carajás, no trecho do KM 290, município de Alto Alegre-Povoado de Alzilândia, como forma de mostrar a sociedade envolvente as mazelas que os povos indígenas no Maranhão estão enfrentando e principalmente para pressionar FUNASA, FUNAI e CVRD para atender as nossas reivindicações...**(TERRA INDÍGENA KARU, 2006, grifos meus).

Este documento apresentado no *Bloqueio da Ferrovia/2006* expressa, nas partes em negrito, que a motivação principal para a deflagração deste movimento refere-se ao não cumprimento de acordos anteriores. Essa atitude é interpretada pelos índios como falta de respeito.

O acionamento das *estratégias indígenas de participação* apresenta-se, assim, como o último recurso para a resolução dos impasses identificados pelos índios. As estratégias indígenas, desta forma, decorrem de uma relação problemática entre índios Tentehar-Guajajara e Estado, representado aqui pelo DSEI-MA/FUNASA-MA.

Outra motivação, relacionada à primeira, refere-se a condição de minoria étnica a qual estão sujeitos os povos indígenas. A fronteira étnica expressa a situação de nações dentro de um mesmo Estado que se sentem prejudicadas frente às políticas públicas e buscam junto ao Estado *direitos diferenciados* e específicos

(KYMLICKA, 1996). Os índios constroem uma percepção de que são prejudicados no atendimento à saúde justamente por serem índios.

Um trecho do documento referido acima indica a percepção da fronteira étnica:

Nós, lideranças indígenas do movimento indígena organizado representados pela Coordenação das Organizações e Articulações dos Povos Indígenas do Maranhão – COAPIMA, reunimos na terra indígena Karu – aldeia Maçaranduba com a participação de lideranças dos povos Guajajara de todos os municípios do estado onde há área indígena, Krikati, Gavião, Guajá, Kaapo, Timbira e Kanela, cansados de tanta omissão, opressão e descaso por parte do poder público [...] como forma de mostrar a sociedade envolvente as mazelas que os povos indígenas no Maranhão estão enfrentando e principalmente para pressionar FUNASA, FUNAI e CVRD para atender as nossas reivindicações...(Terra Indígena Karu, Aldeia Maçaranduba, 13/02/06, grifos meus)

Há uma contraposição entre “Nós”, os povos indígenas e outros, “a sociedade brasileira”. O acionamento das *estratégias indígenas* estabelece um embate entre índios e não-índios.

O modelo de saúde é uma construção dos não-índios para os índios. Os índios inserem-se nesse modelo de forma tensa, resignificando-o a partir do que entendem que seja o modelo ideal.

A fronteira étnica desenha a relação dos índios e com o modelo instituído pela FUNASA. Ocupam lugares, exercem funções como AIS, AISAN, conselheiro ou “usuário”, na tensão entre ser Tentehar/Gujajajara e ser brasileiro.

Esta relação tensa permite que os índios que ocupam funções dentro do modelo, como AIS ou conselheiros, atuem nesta “guerra” contrapondo-se ao modelo: a relação estabelecida é a de índios contra não-índios. Vivenciam a *tensão* entre ser parte e estar à parte deste modelo, o que faz com que em alguns momentos estejam do lado do modelo e em outros estejam contra o mesmo. O ser Tentehar-Gujajajara prevalece, em contraposição ao ser AIS, AISAN, conselheiro ou “usuário”.

A fronteira étnica pode ser percebida quando acionam as *estratégias indígenas de participação*: o local em que ocorre é eminentemente um espaço indígena, sempre nas terras indígenas. Assim, os bloqueios das rodovias e ferrovias sempre são montadas nas áreas que cortam as terras indígenas. As retenções de pessoas ou veículos sempre são estabelecidas nas aldeias ou na instituição responsável pela saúde indigenista.

O acionamento das *estratégias indígenas* constitui um momento limite nesta relação entre índios e FUNASA. Demonstra que os índios utilizam mecanismos que lhes permitem exercer um poder de pressão capaz de impor aos não-índios a necessidade de ouvi-los. Ao acionar essas estratégias os índios passam a deter o controle da situação, passando a estabelecer o ritmo da negociação e apresentando as reivindicações pretendidas. Configura-se uma mudança no controle do poder que permanece com os índios, cabendo à instituição ouvi-los e agilizar a resolução do que é reivindicado.

A ocupação dos prédios públicos, por exemplo, é um ato de imposição da presença indígena. A postura dos índios durante a ocupação caracteriza-se pela tentativa de intimidação dos funcionários, de forma a forçar as deliberações sobre as reivindicações apresentadas. A ação dá-se sobre um imóvel, a pressão sobre as pessoas/funcionários não é direta.

Já as retenções podem ser de dois tipos: de bens da instituição, principalmente veículos da FUNASA ou de empresas terceirizadas, e também de pessoas. Representa o momento em que os bens ou as

pessoas passam ao poder dos índios, com a condição de terem as reivindicações atendidas para que retornem a uma situação normal.

A forma como o Estado responde a tais estratégias demonstra o quanto mesmo não constitui um todo homogêneo, mas diferentes instituições com posicionamentos que se contrapõem ou coincidem. O alvo sempre tem sido o DSEI-MA/FUNASA-MA, mas outras instituições também são acionadas.

Dentre estas cabe referir ao MPF cuja interferência sempre tem o objetivo de resolução visando a que os interesses e direitos dos índios sejam respeitados. O MPF é uma instituição que tem respaldo junto aos Tentehar-Guajajara, sendo sempre requerida na tentativa de resolução dos impasses relacionados à saúde indigenista.

A FUNAI é uma instituição sempre acionada, especialmente para mediar as negociações. Isso sempre é feito pela própria FUNASA, indicando que essa instituição não se sente competente para lidar com situações em que há acirramento de ânimos. Os índios também solicitam a FUNAI, especialmente buscando apoio de funcionários que consideram aliados neste processo.

A Polícia Federal é acionada geralmente pela FUNASA como uma forma de intimidar a ação dos índios e, através do poder coercitivo da instituição, neutralizar as ações..

Uma instituição não-governamental que sempre acompanha as ações dos índios, chegando mesmo a dar suporte durante as mobilizações é o Conselho Indigenista Missionário/CIMI. Nas seis ações analisadas consta a presença do CIMI.

4.3.1 Estratégias Indígenas para particip(Ação) e suas Conseqüências

Cada uma das *estratégias indígenas* possui suas especificidades, todavia ao serem acionadas deflagram conseqüências que classifiquei em quatro tipos: 1) Acirramento dos conflitos intra-étnicos; 2) Conflitos interétnicos; 3) Formação da opinião pública em relação aos índios; 4) Acusações, prisões e processos contra os índios.

Pude identificar a primeira conseqüência na situação vivenciada pelos Tentehar-Guajajara (Amarante), durante a *retenção/2005* quando um grupo reteve um carro da FUNASA e seu motorista. Ao chegarem à aldeia, os autores da ação não receberam apoio dos demais índios. Ao contrário, liberaram o motorista levando-o para Amarante. A falta de apoio relaciona-se, entre outras coisas, às divergências internas. Durante a pesquisa observei diferentes posicionamentos relativos a essa ação.

Na aldeia Mucura, por exemplo, os índios ressaltavam que o cacique sempre orientava os índios no sentido de manter boas relações com os responsáveis pela saúde indigenista. Aconselhava-os a não agir de forma radical. Referia-se a não discutir com motoristas, nem reter carros ou funcionários ligados à saúde indigenista. Por outro lado, na aldeia em que vivia a família extensa de um dos autores da ação encontrei posicionamentos de apoio ao incidente: “Não aceitamos dizerem que somos bandidos. O que os índios fizeram foi um ato de protesto para chamar a atenção das autoridades para o sofrimento que estamos passando nas aldeias, sem nenhuma assistência médica, morrendo a míngua” (Oberlinda Cassimiro da Silva, JORNAL PEQUENO, 2005).

Tentando descaracterizar as acusações de seqüestro e assalto, apresenta outra versão do episódio. Descreve que no dia 19/10/05 os quatro Tentehar-Guajajara e a não-índia foram com o motorista para a aldeia:

O carro foi dirigido pelo próprio motorista Alex. Vale ressaltar que os índios não portavam nenhum tipo de arma. Os índios não levaram o carro para a aldeia com a intenção de roubar e nem o motorista estava na condição de seqüestrado. Foi apenas uma forma de chamar a atenção das autoridades para nosso problema. Quando ainda estavam em amarante (sic), o próprio motorista Alex pediu que o índio Patrocínio da Silva Rodrigues, o “Chininha”, levasse o carro até a saída da cidade, a cerca de 1 km de distancia. “Chininha” negou-se a ir, mas depois de muita insistência do motorista Alex, concordou em levar o carro somente até a saída da cidade. Nos dois dias em que permaneceu na aldeia, o motorista foi tratado bem, alimentado, e não estava sendo mantido como prisioneiro. Tanto que o mesmo dormia e transitava normalmente, sem acompanhamento e nenhuma pessoa. Em nenhum momento foi ameaçado por qualquer tipo de arma e nem por outro tipo de ameaça. Depois de permanecer dois dias na aldeia, o motorista Alex foi transportado para Amarante pelo índio Oseas Filho. Desse momento em diante, não se sabe mais o que o motorista fez (JORNAL PEQUENO, 2005).

No documento há a afirmação de que no mesmo dia em Alex foi transportado para Amarante, três Tentehar-Guajajara (Olimpio, Vicente e Marciano) e a não-índia (Angelina) foram no carro da Coopersat (que haviam retido) à delegacia de Amarante para falar com o delegado. Informaram que o carro estava em poder dos Tentehar-Guajajara como forma de chamar atenção das autoridades competentes sobre a saúde indígenista.

Afirma que os mesmos solicitaram, também, a presença do chefe do DSEI-MA, Reinaldo Danes para uma reunião na aldeia. Ao término da exposição, o documento faz referência às questões intra-étnicas, em função de divergências sobre o gerenciamento da saúde indígenista através das ONG indígenas:

Isso tudo é calúnia e difamação. A verdade é que os responsáveis pela ONG (organização não governamental) desviaram os recursos financeiros destinados à saúde indígena de Amarante e estão fazendo de tudo para incriminar os índios que cobram a prestação de contas dos recursos financeiros para o DSEI. Esses representantes da ONG sentem-se acuados com as nossas reivindicações e inventam calúnias a fim de nos prejudicar. Não enxergam o sofrimento que vivemos todos os dias e acusam inocentes por crimes que não cometeram. Não são apenas os índios que foram presos que cobram a prestação de contas, mas sim todas as lideranças indígenas e a comunidade indígena em geral, que está sofrendo com a falta de recursos e de atendimento (JORNAL PEQUENO, 2005).

A segunda consequência provocada pelas *estratégias indígenas* pôde ser observada na relação ambígua que os moradores da cidade de Amarante mantêm com os índios. Ao mesmo tempo em que se beneficiam da presença indígena¹²², temem que a qualquer momento ocorra algum episódio das *estratégias indígenas de participação*. Os moradores demonstram uma postura que oscila entre descontentamento, tolerância, desconfiança e medo.

Uma dos moradores de Amarante afirmou em tom irônico: “os índios estão mudando para cidade. Na forma como eles agem daqui a pouco vão expulsar os branco para as aldeias e vão tomar conta de Amarante” (TS, Morador de Amarante, 2006). Ao ouvir esta afirmação sua esposa retrucou em tom receoso: “Deus me livre!!! Vira essa boca pra lá! Eles é quem devem voltar pra aldeia! Ficam na cidade fazendo o que? Só bagunça!

¹²² A saúde indígenista tem gerado fonte de rendas para diferentes ramos de atividades: tais como posto de gasolina, restaurantes, farmácias, etc.

Antigamente não se via tanto índio na cidade, mas hoje só querem viver na cidade...” (CS, Moradora de Amarante, 2006).

As relações estabelecidas entre moradores de Amarante e os povos indígenas são demarcadas por uma *fronteira étnica* bem evidenciada no cotidiano. As pessoas que vivem na cidade, em geral demonstram certo descontentamento pela presença indígena. Apesar do convívio permanente, não reconhecem distinções entre os povos que circulam na cidade: referem-se sempre aos “índios”, como uma categoria genérica. Quando relatavam algum episódio envolvendo índios, questionava-os sobre a que povo se referiam, respondiam que não sabiam. Uma destas pessoas afirmou: “não sei, só sei que é índio” (MT, Moradora da cidade de Amarante, 2007), demarcando a fronteira entre ser índio e não-índio.

O acionamento das *estratégias indígenas*, em alguns casos, acirra o embate entre índios e não-índios no entorno das terras indígenas. Três situações vivenciadas pelos Tentehar-Guajajara da terra indígena Araribóia, de aldeias próximas ao município de Arame ilustra esta problemática. Em 2006 os moradores de Arame ameaçaram proibir o acesso dos Tentehar-Guajajara à cidade, em represália ao bloqueio da MA-006, realizado simultaneamente ao *bloqueio da ferrovia/2006*. Os índios optaram por desbloquear a rodovia centrando a mobilização na área da ferrovia Carajás.

A segunda situação refere-se a utilização pelos não-índios das ações acionadas pelos índios. Moradores do povoado Bela Estrela, próximo a Arame, retiveram e humilharam três Tentehar-Guajajara em retaliação ao bloqueio da MA-006, em fevereiro de 2007, uma mobilização por problemas na saúde indigenista. Neste caso, foi necessária a intervenção da Polícia Militar para liberar os índios detidos pelos não índios.

A terceira situação refere-se a *tentativa de massacre* aos índios empreendida por moradores da cidade de Arame, em decorrência do bloqueio da MA-006¹²³.

A FUNAI (2007) utiliza, no relatório que descreve esse incidente, o termo *Tentativa de Massacre* afirmando que na aldeia Cururu não ocorreu um massacre, mas a tentativa por parte de muitos não-índios fortemente armados¹²⁴ contrapondo-se a índios sem condições de defesa.

Os três fatos indicam o acirramento do conflito interétnico como consequência do acionamento de *estratégias de participação indígena* na saúde indigenista.

A terceira consequência refere-se a construção de uma imagem negativa dos índios através dos meios de comunicação. Estes veículos atuam como uma espécie de faca de dois gumes: ao mesmo tempo em que divulgam a situação, funcionando como um meio de pressão que colabora para resolução dos impasses, veiculam manchetes que apresentam uma visão negativa das estratégias acionadas pelos índios. Os índios percebem esta ambigüidade e, ao mesmo tempo em que fazem questão da presença da imprensa demonstram receio em relação a forma como a situação será apresentada.

As manchetes vinculadas pela imprensa tendem a trazer uma imagem dos índios como “sequestradores” e “invasores” de prédios ou, ainda, “bloqueadores” de estrada e ferrovia. Transmitem a idéia de

¹²³ A MA-006 liga as cidades de Arame a Grajaú, no Maranhão.

¹²⁴ O relatório da FUNAI coloca que nesta ação participaram mais de trezentas pessoas, portando armas de fogo de diferentes calibres, assim como tochas nas mãos utilizadas para queimar as casas da aldeia. Os não-índios chegaram atirando em direção às pessoas (crianças, idosos, mulheres e homens) e casas. Utilizaram como meio de deslocamento vários carros de passeio, ônibus e até caçambas (FUNAI, 2007).

que os índios estão continuamente perturbando a ordem e prejudicando os não-índios, acirrando assim uma imagem negativa que se construiu no senso comum sobre os índios.

A quarta e última consequência identificada refere-se às acusações, prisões e processos contra os índios. Expressa uma situação ambígua na qual os índios são responsabilizados por acionar *estratégias indígenas de participação*, sem que sejam consideradas suas especificidades sócio-culturais no embate com os não-índios.

Ocorre um processo de culpabilização das vítimas. Os motivos que ocasionaram as ações são desconsiderados. Os índios são os únicos acusados e responsabilizados, mascarando-se com essa atitude as deficiências no atendimento à saúde.

Alguns funcionários da FUNASA sentem-se abalados com tais situações ao ponto de pedir demissão ou exoneração dos cargos que ocupam. Posso citar duas situações que expressam esta problemática. A primeira refere-se ao abandono e demissão do cargo de enfermeira do Pólo-Base Guajajara (Amarante) após a *Retenção/2005*. A enfermeira faz o seguinte relato em ofício, datado de 09/11/05, encaminhado ao coordenador da FUNASA-MA:

[...] estava passando por momentos muito difíceis recentemente sendo insultada quase que rotineiramente com palavras ofensivas a minha dignidade enquanto pessoa e mulher profissional que estava sendo constantemente ameaçada de seqüestro e agressões por aqueles que agora estão presos, mas apesar de tudo isso sempre esperei que a sensatez prevalecesse. [...] (CUNHA, 2005).

A enfermeira, após saber que seria o alvo da retenção sente-se em situação indefesa, visto que havia afirmações dos parentes do grupo autor da retenção de que outros funcionários da CASAI/Pólo Guajajara (Amarante) seriam retidos. Decide então abandonar seu cargo e a cidade de Amarante, apresentando a seguinte justificativa:

Senhor coordenador não sei lutar, não tenho arma de fogo, sou mulher, não tenho forças físicas sequer para defender minha própria vida daqueles que me prometem um “troco” depois de soltos. Saí da cidade às pressas, contando com a ajuda de terceiros e estranhos, na madrugada, pelas sombras, como se fosse um animal acuado. Por tal informo o meu afastamento definitivo do Programa Saúde da Família Indígena, todavia confesso [...] que saio num momento de extrema dificuldade para mim, no qual um desemprego realmente só agravaria a situação de minha família, que praticamente sustento sozinha, mas prefiro deixar o emprego nesta cidade do que dois órfãos em casa... (CUNHA, 2005)

Estas afirmações expressam o sentimento de vulnerabilidade diante da situação de abandono que sente, sem garantias por parte da instituição responsável pela saúde indígenista. Esta não foi a única a sentir-se desta forma, visto as declarações do chefe do DSEIMA, no período 2003/2004, que se demitiu juntamente com toda equipe, mesmo tendo sido indicado para o cargo pelos índios. Ao solicitar sua exoneração alegou, entre outras coisas:

- Risco de integridade física e moral;
- Constantes invasões e ocupações do prédio desta instituição por parte de vários representantes de comunidades indígenas, buscando reivindicações diversas;
- Constante pressão de caráter violento, intimidados durante as invasões e ocupações;
- Ausência de um posicionamento por parte da Instituição, no que se refere a inviabilizar medidas que vizem (sic) coibir tais acontecimentos, deixando os servidores expostos de todo e qualquer tipo de risco;
- [...] (DSEI-MA, 2004).

Algumas das estratégias acionadas pelos índios, de acordo com a legislação do Estado brasileiro, podem ser interpretadas como um crime e ter como consequência penalidades previstas em Lei. A retenção de bens ou pessoas pode ser entendida como seqüestro. Essa interpretação levou à prisão os índios envolvidos na *Retenção/2005*. O mesmo ocorreu com três outros Tentehar-Guajajara, que estão sendo processados por conta do *bloqueio da ferrovia/2006*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é permeado pela *tensão* com que o Estado lida com a *diferença* e com que os povos indígenas se relacionam com um sistema de atendimento à saúde específico inserido num sistema de saúde universalizado.

As mudanças na saúde pública no Brasil foram orientadas pelos princípios definidos internacionalmente, na Declaração de Alma-Ata, que destacou, entre outras coisas, a necessidade da atenção à saúde baseada na universalidade e no atendimento em nível local com a participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde foi construído para os brasileiros. A inserção dos povos indígenas nesse sistema ocorre de forma tensa, tendo em vista a necessidade de adaptar sua estrutura universal às especificidades dos povos indígenas. Os índios, inseridos neste sistema por serem considerados brasileiros em função do critério definidor de cidadania no Brasil, o *jus solis*, provocaram a necessidade de elaboração de um subsistema que se configurou no DSEI, no qual está prevista a participação indígena.

A pesquisa permitiu identificar que a participação indígena na saúde indigenista é um processo em construção e que existem diferenças marcantes entre a concepção do Estado e dos povos indígenas sobre participação.

O Estado apresenta a participação como um direito e um dever, sendo definida e situada no modelo com a demarcação de “lugares” especificamente para os índios: na execução, através dos AIS e AISAN, e na organização dos serviços, através dos conselheiros locais, distritais e das Conferências Nacionais.

Apesar da tentativa do Estado em demarcar lugares e formas, os índios têm resignificado esses lugares, procurando estabelecer suas próprias formas de participação. Este processo vai se construindo na tensão entre as concepções indígenas sobre participação e aquelas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Para os índios, a participação pode ocorrer tanto através das ações efetivadas pelos AIS, AISAN e conselheiros, como em outras dimensões do cotidiano, por todos os índios que a Política define como “usuários”, mas que constituem efetivos participantes indígenas.

No caso específico dos Tentehar-Guajajara, participação indígena ocorre também ao acessar os serviços e infra-estrutura da saúde indigenista. Neste sentido, a falta de atendimento significa não-participação.

A efetivação da participação indígena tem sido caracterizada por ambigüidades, contradições e descompassos entre discursos oficiais e práticas adotadas. A inserção indígena na organização dos serviços demonstra que a participação tornou-se um slogan politicamente atraente no discurso e ausente na prática, pois as instâncias de participação indígena, definidas oficialmente através dos Conselhos Local e Distrital de saúde, não funcionam devidamente.

No DSEI-MA não foi priorizado o funcionamento dos Conselhos Locais. Em dois momentos, 2000 e 2006, foram instalados esses Conselhos. Por ocasião da primeira instalação, na região de Amarante, o Conselho Local apresentava problemas por ser composto por povos distintos e não possuir caráter deliberativo que permitisse a resolução das questões apresentadas nas reuniões. Isso fez com que a expectativa que havia sido construída em relação a essa instância se transformasse em descrédito, por parte dos conselheiros e “usuários” indígenas.

Seis anos depois, em 2006, na mesma região, os Conselhos foram formados unicamente por Tentehar-Guajajara. Novamente foram construídas expectativas em relação a essa instância, no sentido que possa contribuir para a melhoria no atendimento à saúde.

As reuniões de instalação, nas duas ocasiões, foram marcadas pela tentativa dos índios em participar das questões relacionadas à qualidade dos serviços. No entanto, nas duas ocasiões manifestou-se a insatisfação relativa ao sistema de delegação que caracteriza essa instância, que desrespeita a lógica decisória dos Tentehar-Guajajara: toda a aldeia participa das decisões.

A forma como foi definida a atuação do Conselho Distrital demonstra, também, como esta instância não foi privilegiada no DSEI-MA. O mesmo foi criado somente em 2001, não funcionou, sendo recomposto em 2003, após o acionamento de *estratégias indígenas de participação*. Durante os anos de 2003 e 2004 reuniu-se, todavia as questões discutidas referiam-se aos aspectos problemáticos do atendimento à saúde, não sendo efetivada sua função de fiscalização dos recursos destinados à saúde indígenista nem de planejamento das ações.

A reconfiguração do Conselho Distrital em 2007 não significou a efetivação dessa instância, visto que Estado institucionaliza instâncias de participação, mas condiciona seu funcionamento a condições por ele fornecidas.

A participação indígena na execução dos serviços de saúde, através da atuação de AIS e AISAN, tem se caracterizado por práticas que alteram o que está posto nos documentos oficiais, demonstrando que os índios têm *resignificado* essas práticas.

Os AIS/AISAN são contratados, mas seu desempenho não obedece aos dispositivos da PNAPSI (2002) ou de outros documentos que regulamentam o trabalho destes profissionais indígenas. A atuação do AIS tem sido caracterizada pela mera distribuição de medicamentos. A função de encaminhamento dos pacientes para o atendimento na cidade quase não tem sido exercida. Os “usuários” costumam ser autônomos nesse sentido, desconsiderando a necessidade de avaliação por parte do AIS sobre a necessidade, ou não, de atendimento de mais complexidade.

A autonomia referida acima decorre também da compreensão dos Tentehar-Guajajara de que a instância de atendimento na cidade deve ser utilizada, também, para resolver questões que não são reconhecidas, pelo DSEI, como relacionadas à saúde. Há um entendimento subliminar de que é uma instância para os índios e a eles cabe definir seu uso.

A realização das atividades do AIS toma como referência principal as formas de organização indígena. Os requisitos postos oficialmente para o desempenho dessa função não são considerados, tais como a dedicação exclusiva. O tempo de trabalho diário é percebido pelos “usuários” a partir da tensão entre a lógica do modelo e a lógica indígena.

Essa tensão entre as duas lógicas expressa-se também no que se refere à capacitação do AIS. Em várias situações assumem o discurso oficial da necessidade de capacitação desses profissionais, entendendo como tal o domínio sobre o conhecimento do bio-médico.

Ambivalente também é o controle sobre a atuação dos AIS. Esse controle passa a ser permeado por relações de ordem familiar e cultural. Alternam-se posições no sentido de cobrança com posições de tolerância com o objetivo de evitar conflitos intra-étnicos.

O destaque que por vezes a função de AIS confere tem favorecido o desenvolvimento de novas lideranças que passam a ocupar lugares no gerenciamento da saúde indigenista, especialmente em virtude da ausência dos responsáveis por este serviço no nível local. Os índios passam a reconhecer àqueles que possuem um maior domínio sobre os códigos da sociedade não-indígena como lideranças no embate com as instituições responsáveis pela saúde indigenista.

De acordo com os Tentehar-Guajajara, usufruir é participar. Portanto, a busca pela participação, através da utilização da infra-estrutura, somada a deficiência dos serviços nas aldeias, resulta no deslocamento praticamente total do atendimento para a cidade, contradizendo uma das principais diretrizes do modelo: atendimento em nível local. Essa problemática já havia sido identificada no processo de implantação do DSEI-MA, em 2000, mas se agravou ao longo do tempo.

Os índios “usuários” resignificam a infra-estrutura de serviços utilizando-a para atender aos seus próprios interesses que, de acordo com o modelo, não seriam relacionados à saúde indigenista. Transformam a sede da CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante) em uma *Casa do Índio* e as viaturas em carros de linha para o constante deslocamento entre cidade/aldeias.

Os índios conseguem imprimir sua forma de participar, impondo aos profissionais a utilização da infra-estrutura, em função de dois aspectos principais: a atuação dos profissionais não-indígenas, que por conta das deficiências na organização dos serviços, encontram-se em situação de instabilidade; a presença dos índios na execução dos serviços (AIS), que leva a caracterização do atendimento a saúde como uma *fronteira* (HALL, 2003) entre saúde indigenista e indígena.

A participação dos “usuários” indígenas ocorre na rede de serviços localizadas nas aldeias, na CASAI/Pólo-Base Guajajara (Amarante), onde os Tentehar-Guajajara têm acesso facilitado. Buscam esta participação no dia a dia, interferindo diretamente na execução e na organização dos serviços. Para tanto utilizam vários mecanismos, desde os “autorizados” (abaixo-assinado, requerimento, reunião), como através do poder de pressão expressos através das *estratégias indígenas de participação*.

Os Tentehar-Guajajara não fazem uma separação dicotômica entre participação indígena oficial e *estratégias indígenas de participação*. Ao acionar a *identidade legitimadora* (CASTELLS, 2001) os índios expressam a internalização de processos introduzidos pela instituição dominante, construídos a partir da *colonialidade do poder* (QUIJANO, 2005). Por outro lado, o acionamento da *identidade de resistência* (CASTELLS, 2001) evidencia a demarcação de trincheiras de um povo que possui valores diferentes da sociedade a qual se opõe.

O acionamento das *estratégias indígenas de participação* demonstra que não estão passivos, mas em contínuo processo de *resignificação* ao lidar com a alteridade, sempre em posição de exercer o *poder* ou sofrer a sua ação (FOUCAULT, 1981). Neste processo de *resignificação* dos mecanismos de participação oficiais, são recorrentes as situações em que acionam *estratégias indígenas de participação* para garantir a participação indígena oficial. O que se observa é o objetivo de se fazerem sujeitos na saúde indigenista.

A descentralização/fragmentação dificulta o acesso às instâncias detentoras de poder e, conseqüentemente, contribui para dificultar a participação indígena. Quando acionam as *estratégias indígenas* criam um espaço de poder que impõe às instituições a necessidade de negociação com os índios. O não cumprimento do que é acordado, gera a ocorrência de novas *estratégias indígenas de participação*.

A necessidade dos índios acionarem tais estratégias sinaliza que a condução da saúde indigenista no DSEI-MA/FUNASA-MA contradiz o que está posto nos documentos oficiais como uma de suas principais características: a criação de condições para a participação indígena.

A tensão entre um sistema indígena e/ou indigenista perpassa todas as instâncias do atendimento à saúde. O Estado, por vezes eximindo-se de suas incumbências, outorga aos índios a responsabilidade pela eficácia da execução do atendimento à saúde, especialmente quando transfere às ONG indígenas o gerenciamento desse serviço. Faz isso em nome da ampliação da participação indígena. Os índios, no afã de assumir o controle dos serviços, “ocupam” as instâncias de execução, nos diferentes níveis, vivenciando situações inusitadas que os colocam em confronto com seus próprios parentes.

Novos caminhos vão se desenhando no confronto entre culturas. Novos significados vão sendo outorgados ao termo participação. Nesse processo, delineiam-se no DSEI-MA a ineficácia e insuficiência das formas de controle social. Os Tentehar-Guajajara estão buscando equacionar a relação dos termos indígena/indigenista.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Melvina. Índios, Missionários e Políticas Públicas de Saúde: o Caso do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima. In: **VIII Reunião Regional de Antropólogos do Norte e Nordeste**, 2003, São Luís. VIII Reunião Regional de Antropólogos do Norte e Nordeste, 2003.
- ATA da I Reunião Ordinária do Conselho Local do Pólo-Base de Amarante. Amarante do Maranhão, 2000a.
- ATA da I Reunião Extraordinária do Conselho Local do Pólo-Base de Amarante. Amarante do Maranhão, 2000b.
- ATA da II Reunião Ordinária do Conselho Local do Pólo-Base de Amarante. Amarante do Maranhão, 2000c.
- ATA da Reunião Extraordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena. São Luís, 2004.
- ATA da Reunião da Formação do Conselho Local de Bom Jesus da Selva. Bom Jesus da Selva, 2006a.
- ATA da Centésima Sexagésima Terceiras Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Brasília, 2006b.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: Temas Críticos e Propostas para um Diálogo Interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.17, n. 2, mar./abr., 2001. Disponível em: <http://.../scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 24 out. 2001.
- BARTH, Fredrik. Os Grupos Étnicos e suas Fronteiras. In: POUTINGNAT, P.; STREITT-FENARR, J. **Teorias da Etnicidade**. São Paulo, UNESP, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. **Economia das Trocas lingüísticas**: O que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996.
- _____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BRASIL. **Lei 6001**, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio.
- _____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- _____. **Decreto 3.156**, de 27 de agosto de 1999b. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos Nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.
- _____. **Lei 9.836**, 23 de setembro de 1999c. Acrescenta dispositivo à Lei Nº 8.080, 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 saúde.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000a.
- _____. **Decreto 3.450**, de 9 de maio de 2000b. Aprova o Estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, e dá outras providências.

- BUCHILLET, Dominique. Cultura e Saúde Pública: Reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Ester; GARNELO, Luiza (Org). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ContraCapa/ ABA, 2004.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subordinação da Saúde Pública à Dinâmica da Acumulação Capitalista: ou, Breve Histórico do “Ocaso” da Saúde Pública. In: MERHY, Emerson Elias. **O Capitalismo e a Saúde Pública: a Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo**. São Paulo: Papyrus, 1987.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Identidade Étnica, Identificação e Manipulação. In: **Identidade Étnica e Estrutura Social**. São Paulo: Pioneira, 1976.
- CARVALHO, Guido Ivan de & SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CASAI/SLS. **Memorando 064**. São Luís: Casa de Apoio à Saúde do Índio, Ministério da Saúde, 2005.
- CASTELLS, Manuel. Paraísos Comuns: Identidade e significado na sociedade de rede. In: **O Poder da Identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- COELHO, Elizabeth Maria Beserra. **Cultura e Sobrevivência dos Índios no Maranhão**. São Luís: PPPG/EDUFMA, 1987.
- _____ **A Política Indigenista no Maranhão Provincial**. São Luís: SIOGE, 1990.
- _____ As Novas Políticas Indigenistas de Educação. **Revista de Políticas Públicas**, Universidade Federal do Maranhão, Unidade de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. São Luís: EDUFMA, v. 5, n. 1/2, p. 22-37, 2001.
- _____ Quinhentos Anos de (Des) Cobrimento: as Nações que o Brasil Encobriu. **Serviço Social e Movimento Social**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: EDUFMA, v. 2, n. 1, jan./jun. 2000.
- _____ **Territórios em Confronto: a Dinâmica da Disputa pela Terra entre Índios e Brancos no Maranhão**. São Paulo, HUCITEC, 2002.
- COELHO, Elizabeth Maria Beserra et al. **Relatório de Pesquisa: Política Indigenista de Saúde e Participação Indígenas**. Universidade Federal do Maranhão/ FAPEMA, São Luis, 2006. Mimeo.
- COHN, Amélia. Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil. In: LAURELL, Ana Cristina (org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- CONFALONIERI, U. E. C. Sistema Único de Saúde e Populações Indígenas: por uma Integração Diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n.4, 1989.
- _____ A Assistência Médico-Sanitária. In: **Saúde das Populações Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Pares, 1993.
- _____ Agentes Indígenas de Saúde. In: **Saúde das Populações Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Pares, 1993.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde). **Regimento Interno da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/ces/eventos/regimento_quarta_conferencia.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2005.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento de saúde**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2000.

_____ **Desafios para o Controle Social:** Subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: FioCruz, 2005.

COSTA, Dina Czeresnia. Política Indigenista e Assistência: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 388-401, out./dez, 1987.

COSTA, Nilson do Rosário et al. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. **A Construção Social do Fenômeno Saúde/Doença entre os Ramkokamekra**. 1999. Monografia (Curso de Ciências Sociais). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

_____ **Povos Indígenas e Política de Saúde no Brasil:** o Específico e o Diferenciado como Desafios. 2003. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.

_____ **Parecer Antropológico**. Pólo-Base de Amarante, DSEI-MA. Amarante do Maranhão, 2000a. Mimeo.

_____ **Relatório Antropológico Situacional**. Pólo-Base de Amarante, DSEI-MA. Amarante do Maranhão, 2000b. Mimeo.

_____ **Relatório de Atividades**. Pólo-Base de Amarante, DSEI-MA. Amarante do Maranhão, 2000c. Mimeo.

DSEI-MA (Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão). **O que é o Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI**. São Luís: Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

_____ **Relatório da Primeira Capacitação para a Equipe Multidisciplinar do DSEI-MA**. São Luís: Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

_____ **Caracterização do Distrito:** Distrito Sanitário do Maranhão. São Luís: Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, [s/d].

_____ **Memorando Nº 0055**, de 16/03/06. São Luís: Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2006a.

_____ **Ofício Circular Nº 0012**. São Luís: Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2006b.

ERTHAL, Regina M de Carvalho. A Formação do Agente Indígena de Saúde Tikuna no Alto Solimões: Uma Avaliação Crítica. In: COIMBRA JR, Carlos et al. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz/Abrasco, 2003.

FERNANDES, Rubem César. **Privado porém Público:** O Terceiro Setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Duramá, 1994.

FUNAI. **Relatório sobre a Tentativa de Massacre ao Povo Tenetehar-Guajajara na Aldeia Cururu**. Imperatriz, Fundação Nacional do Índio, 2007.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Capacitação de Conselheiros para o Exercício do Controle Social no Sistema de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____ **Nota Técnica:** Auditoria Interna da Funasa, 13/06/05. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, 2001b.

FUNASA-MA (Fundação Nacional de Saúde, Coordenação Regional do Maranhão). **Relatório**. São Luís: Coordenação Regional do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, 2005.

_____ **Memorando Nº 049**. São Luís: Coordenação Regional do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, 2006a.

_____ **Relatório Final da III Conferência Distrital de Saúde Indígena do Maranhão**. São Luís: Coordenação Regional do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, 2006b.

_____ **Portaria 307**. São Luís: Coordenação Regional do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

GARNELO, L; MACÊDO, G; e BRANDÃO, L. C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: Opas, 2003

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases Sócio-Culturais do Controle Social em Saúde Indígena: Problemas e Questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, vol. 19, nº 1, pp. 311-318, 2003.

_____ Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: os Riscos de Fazer Ver e Fazer Crer nas Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 1217-23, 2005.

GARNELO, Luiza. **Poder, Hierarquia e Reciprocidade**: Saúde e Harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GOMES, Mércio Pereira. **O Índio na História**: o Povo Tenetehara em busca da liberdade. Petrópolis: Vozes, 2002.

GUIBERNAU, Montserrat. **Nacionalismos**: O Estado Nacional e o Nacionalismo no Século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

HALL, Stuart. **Da Diáspora**: Identidade e Mediações Culturais. Organização Liv Sovik; Tradução Adelaide La Guardiã Resende [et al]. Belo Horizonte: UFMG/ Representações da UNESCO Brasil, 2003.

JACOBI, Pedro. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas**: Demandas por Saneamento Básico e Saúde – São Paulo 1974-84. São Paulo: Cortez, 1993.

JAGUARIBE, Helio et al. **Brasil: Reforma ou Caos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

JORNAL PEQUENO. (São Luís), 03/02/04a

_____ (São Luís), 29/10/04b.

_____ (São Luís), 24/11/05.

_____ (São Luís), 19/01/06a.

_____ (São Luís), 23/03/06b

_____ (São Luís), 19/11/06c

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

KYMLICKA, Will. **Ciudadanía Multicultural**: una Teoría Liberal de los Derechos de las Minorías. Barcelona: Paidós, 1996.

LANDER, Edgardo. Ciências Sociais: Saberes Coloniais e Eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (Org). **A Colonialidade do Saber. Eurocentrismo e Ciências Sociais: Perspectivas Latino-Americano**. Buenos Aires: Clacso, 2005.

LANGDON, Esther Jean. Salud y Pueblos Indígenas: los Desafíos en el Cambio de Siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, Roberto et al (Coordenadores). **Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____ Uma Avaliação Crítica de Atenção Diferenciada e a Colaboração entre Antropólogos e Profissionais de Saúde. In: LANGDON, Ester; GARNELO, Luiza (Org). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ContraCapa/ ABA, 2004.

_____ 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 (12), dez., 2006.

MAGALHÃES, Edgard Dias. **O Estado e a Saúde Indígena: a Experiência do Distrito Sanitário Yanomami** (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MERHY, Emerson Elias. As Práticas Sanitárias e as Relações Sociais Capitalistas. In: **O Capitalismo e a Saúde Pública: a Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo**. São Paulo: Papyrus, 1987.

MS (Ministério da Saúde). **Relatório de Avaliação das Atividades da Coordenação de Saúde do Índio-COSAI: Exercício 1994**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1995.

_____ **Oficina de Trabalho Capacitação de Agentes Indígenas de Saúde: Sistematização de Experiência**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1996a.

_____ **Formação de Agentes Indígenas de Saúde: propostas e diretrizes**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1996b.

_____ **Projeto DSEI/MA**. São Luís: Equipe de Saúde do Índio do Maranhão, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1998a.

_____ **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

_____ **Formação de Agentes Indígenas de Saúde**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999a.

_____ **Treinamento Introdutório dos Agentes Indígenas de Saúde**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999b.

_____ **Formação de Agentes Indígenas de Saúde em Saneamento Básico e Ambiental**. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999c.

_____ **Saúde Indígena**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999e. Disponível em: <<http://www.fns.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2000.

_____ **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

_____ **Portaria 415**, de 09 de julho de 2001. Resolve designar os membros para comporem o Conselho Distrital de Saúde indígena do DSEI-MA.

_____ **Portaria 254**, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União de 06/02/2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 16 mar. 2002.

_____ **Portaria 644**, de 27 de março de 2006. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Diário Oficial da União, de 29/03/2006, Edição 61.

_____ **Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: Proposta de Operacionalização. Brasília: Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, [s/d]1.

_____ **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministérios da Saúde, [s/d]2. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 18 ago. 2002.

_____ **Informações sobre a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde**. Brasília: Departamento de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, s/d3.

MIGNOLO, Walter. **Histórias Locais/ Projetos Globais**: Colonialidade, Saberes Subalternos e Pensamento Liminar. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

MIRANTE. (São Luís). 06/11/02. Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 07 mar. 2005

_____ (São Luís). 11/12/2004a. Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 10 mar. 2005.

_____ (São Luís). 12/08/04b Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 10 mar. 2005.

_____ (São Luís). 28/10/2004c. Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 10 mar. 2005.

_____ (São Luís). 05/12/05. . Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 15 mar. 2006.

_____ (São Luís). 09/02/2006a. Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 30 dez. 2006.

_____ (São Luís). 26/12/2006b Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 30 dez. 2006.

_____ (São Luís). 29/11/2006c. Disponível em: <[imirante.com.br](http://www.imirante.com.br)>. Acesso em 30 dez. 2006.

O ESTADO DO MARANHÃO. (São Luís). 23/10/2004.

_____ (São Luís). 04/11/2004.

_____ (São Luís). 22/01/05.

_____ (São Luís). 09/02/2006a

_____ (São Luís). 10/02/2006b.

_____ (São Luís). 11/02/2006c.

_____ (São Luís). 15/02/06d.

O IMPARCIAL (São Luís). 08/02/2006.

OLIVEIRA, Ana Carolina Amorim. **Relatório Final do Sub-Projeto Gestão das Novas Políticas de Saúde para Povos Indígenas no Maranhão**. Universidade Federal do Maranhão, 2005. Mimeo.

OLIVEIRA, João Pacheco. Sobre o Diálogo Intolerante. In: **O Trabalho do Antropólogo**. Brasília: Paralelo, 1998.

OMS (Organização Mundial de Saúde) Declaração de Alma-Ata, 1978. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo**: Comissão de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br>>. Acesso em: 10 mar. 2002.

PACHECO, Marcos Antônio B. **Estado Multicultural e Direitos Humanos**: Tópica Constitucional dos Direitos Étnico. São Luís: UFMA/CNPq, 2005.

- PAUTA da Reunião sobre o Atendimento à Saúde Indigenista. s/d.
- PINTO, Rogério Tavares. **Pluriethnicidade e Políticas Públicas**: as Políticas Indigenistas de Saúde. 2000. Monografia. (Curso de Ciências Sociais). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2000.
- PLANEJAMENTO do Orçamento para os Meses de Dezembro/2006 a Março/2007. [S.1], 29/11/06.
- QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo [Org] **A Colonialidade do Saber: Eurocentrismo e Ciências Sociais**. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso, 2005.
- REBIDIA (Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência), s/d. **ABC DO SUS**. Disponível em: < <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/planloc.html>>. Acesso em: 10 mar. 2005.
- RIBEIRO, Darcy. **Os Índios e a Civilização**: a Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.
- RODRIGUES, Aryan. **Línguas Brasileiras**: para o Conhecimento das Línguas Indígenas. São Paulo: Loyola, 1993.
- SACHS, Wolfgang (Org). **Dicionário do Desenvolvimento**: Guia para o Conhecimento como Poder. Petrópolis: Vozes, 2000.
- SANTILLI, Márcio. Os Direitos Indígenas na Constituição Brasileira. In: CEDI. **Povos Indígenas no Brasil**: 1987/88/89/90. São Paulo: Centro Ecumênico de Documentação e Informação/CEDI, 1991.
- SANTOS, Mércia Maria de Sousa dos. **Políticas Indigenistas de Saúde**: Novas Propostas em Velhas Ações. 2000. Monografia. (Curso de Ciências Sociais). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2000.
- SEMPRINI, André. **Multiculturalismo**. Bauru, SP: EDUSC, 1999.
- SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e Participação na “Reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez: 2003.
- SOUSA FILHO, Frederico Marés de. A Cidadania e os Índios. In: **O Índio e a Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- TAC (Termo de Ajustamento de Conduta). São Luís, 03/11/2003. Mimeo.
- TERRA INDÍGENA CARU. Documento de Reivindicação indígena. Aldeia Maçaranduba, 13/02/2006.
- VARGA, István Van Deursen; FERREIRA ADORNO, Rubens Camargo. Terceirizando a Indianidade? Sobre a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, aos “500 anos”. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: Centro de Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública/ USP, v. 2, n. 1, mar. 2001.
- _____ **Pelas Fronteiras e Trincheiras do Indigenismo e do Sanitarismo**. A Atenção às DST em Comunidades Indígenas no Contexto das Políticas e Práticas Indigenistas e de Saúde, na Pré-Amazônia. 2002. Tese (Curso de Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- VÁSQUEZ, Maria Luisa et al. Participação Social nos Serviços de Saúde: Concepções dos Usuários e Líderes Comunitários em Dois Municípios no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, mar./abr., 2003. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 14 out. 2005.
- VERANI, Cibele B. L. A Medicina Indígena. **Saúde das Populações Indígenas**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/Pares, 1993.
- _____ A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, v. 15, n. 2, 1999. (Série Antropologia).

VIANA, Rozana. **Condições de Saneamento em Áreas Indígenas**: uma Discussão sobre o Sistema de Informação e Saneamento (SIABE) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, com enfoque nas Aldeias Timbira. Dissertação (Curso de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

WAGLEY, Charles; GALVÃO, Eduardo. **Os Índios Tenetehara**: uma Cultura em Transição. Rio de Janeiro: SEMEC, 1955.

ZANNONI, Claudio. **Conflito e Coesão**: o Dinamismo Tenetehara. Brasília: CIMI, 1999.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)