



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS
QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI



NOVAS FORMAS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS INDIGENISTAS DE SAÚDE: a participação indígena como conquista

Elizabeth Maria Beserra Coelho*

RESUMO

Análise das formas de participação indígena no contexto das políticas indigenistas de saúde, focalizando os espaços de atuação conquistados pelos índios e aqueles previstos nas determinações oficiais. Toma como referência empírica a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o Distrito Sanitário Especial Indígena no Maranhão. Utiliza como categoria analítica as noções de colonialidade do poder e do saber (Quijano, 2005).

Palavras chave: povos indígenas, saúde indigenista, colonialidade do poder.

ABSTRACT

This paper analyses the indians' participation in the health's policies of the State for Indigenous people. It focuses the Indians platforms to launch yours issues into national politics and the national platforms to the Indians participation. Based on the National Politic of Health for Indians, it explains the brasilian pride in ethnic pluralism and their desire for national homogeneity.

Key words: indigenous people, coloniality of the power, health's politics

1 INTRODUÇÃO

O novo discurso oficial¹, expresso nas políticas públicas indigenistas, toma como base, além do respeito às especificidades dos povos indígenas, a participação indígena. As políticas voltadas para a demarcação de terras, a educação escolar, e ao atendimento de saúde, contêm a previsão de instâncias através das quais se dará a participação indígena em todas as etapas do processo, desde a elaboração à implementação.

A forma como essa "participação" tem sido prevista constitui-se como uma réplica das formas de participação presentes em outras políticas públicas que não são direcionadas a povos indígenas. Isso implica em, ao construir as instâncias de participação, negar os princípios básicos das novas políticas indigenistas, que são a especificidade e a diferenciação.

Este artigo procura analisar como essa contradição tem se colocado no âmbito das políticas indigenistas de saúde e apontar os caminhos pelos quais os índios têm

*Profa. dos Programas de Pós-Graduação em Políticas Públicas e em Ciências Sociais- UFMA.

¹Refiro-me ao discurso produzido pós-Constituição de 1988.

procurado afirmar a participação como uma conquista. Toma como referência empírica os resultados da pesquisa Saúde Indigenista e Participação Indígena, financiada pelo Ministério da Saúde/FAPEMA, ainda em andamento.

Os índios têm atuado intensamente no que se refere ao gerenciamento dos recursos humanos e financeiros voltados à saúde indigenista. Essa atuação não costuma ocorrer pelos caminhos previstos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (MS, 2002). Segundo esta Política, os conselhos locais e o distrital seriam as instâncias de encaminhamento de denúncias e reivindicações com vistas à deliberação sobre os rumos do atendimento à saúde indígena.

O que tem ocorrido é o encaminhamento direto às instâncias administrativas do DSEI, de solicitações de mais vagas para Agentes Indígenas de Saúde-AIS, posicionamentos contra ou a favor a contratação ou demissão de funcionários, desde aqueles que deveriam atuar nas aldeias (AIS e Auxiliar de Enfermagem) até o Chefe de operações do DSEI-São Luís. As demandas indígenas ocorrem, também, com relação à liberação de recursos para a saúde, o envio de medicamentos para as aldeias e CASAI, e, principalmente, veículos para o deslocamento dos doentes em busca de atendimento médico na cidade.

Essas ações são associadas a formas mais radicais e não burocráticas de expressão de demandas. Estas ocorrem através de estratégias de pressão tais como bloqueio de rodovia e ferrovia, manutenção de funcionários dos órgãos indigenistas como reféns, seqüestro de veículo dos órgãos oficiais, invasão de prédios da FUNASA, dentre outras.

Essas práticas têm dado um novo perfil ao gerenciamento dessas políticas, que acabam sendo conduzidas ao sabor das pressões indígenas, do temor por parte dos funcionários “brancos” das represálias indígenas, configurando novos quadros burocráticos administrativos que requerem melhor análise.

2 A “PARTICIPAÇÃO INDÍGENA” COMO DIREITO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI (MS 2002), a despeito de seu discurso de respeito às especificidades dos povos indígenas, expressa ambigüidades. As formas de participação indígena nela previstas desconsideram as formas pelas quais se articulam as decisões no âmbito das sociedades indígenas.

Uma das instâncias privilegiadas de “participação indígena”, o conselho local, está previsto ser constituído exclusivamente por índios. Conforme a PNASPI (2002,p.225):

Os conselhos locais de saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Observando o quadro dos Pólos-Base abaixo, é possível perceber que um só Pólo atende a diferentes povos indígenas. O Conselho Local passa, dessa forma, a ser constituído por membros de diferentes povos, com diferentes línguas, diferentes concepções do que seja saúde e doença e diferentes histórias de contato com a sociedade brasileira. Somam-se a isso os históricos conflitos entre povos indígenas.

Pólos-Base	Povos
1.Zé Doca	Tenetehara/Guajajara, Awá/Guajá, Ka'apor/Urubu
2.Arame	Tenetehara/Guajajara
3.Amarante	Tenetehara/Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião
4.Grajaú	Tenetehara/ Guajajara
5.Barra do Corda	Ramkokamekra/ Kanela, Apaniekra/ Kanela, Krepu'mkateyê e Tenetehara/Guajajara.

Quadro 1 - Pólos-base no Maranhão/ 2000.

O Pólo-Base de Zé Doca atende a três diferentes povos: Tenetehara/Guajajara, Awá/Guajá e Ka'apor/Urubu. Enquanto os primeiros possuem mais de quatrocentos anos de contato, os dois últimos foram contatados há nove e três décadas, respectivamente. Os Tenetehara são bilingües, com razoável domínio do português. Os Ka'apor e os Awá são monolingües, sendo poucos os falantes do português.

Situação semelhante pode ser observada no Pólo-Base de Barra do Corda, que atende a quatro diferentes povos. Como pensar o funcionamento de um conselho de composição “internacional”, que deve discutir as ações e serviços de saúde?

A outra forma oficial de “participação indígena” deve ocorrer no Conselho Distrital. Este, Conforme a PNASPI (2002, p.225):

Serão instâncias de Controle social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

No caso do Maranhão, o território distrital corresponde a todos os povos indígenas, pois só há um DSEI. Esse conselho, além reunir oito povos indígenas, possui como membros representantes de mais um povo, brasileiro. Nesse caso, as dificuldades de

comunicação são ampliadas pelo que Cardoso de Oliveira (2001, p.249) denomina *diálogo intolerante*, cuja peculiaridade está:

na própria estrutura do diálogo que, a rigor, se dá entre indivíduos situados em campos semânticos distintos. A superação desse semantical gap é que parece se constituir no grande desafio, mesmo entre pessoas de “boa-fé” e preocupados em chegar a um consenso.

Os aspectos acima enumerados seriam suficientes para expressar a dificuldade em perceber essas instancias como de participação indígena. Mas são agravados pela inoperancia do DSEI-MA que demorou em constituir o Conselho Distrital, e quando o fêz, jamais estabeleceu um calendario de reuniões.

A outra forma de participação indígena, proposta pela PNASPI 2002, ocorre através da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde-AIS. Estes seriam responsáveis pela atenção básica nas aldeias. Ocupariam lugar equivalente ao dos agentes indígenas de saude do Sistema Único de Saúde-SUS.

As dificuldades que se colocam para a atuação tanto dos AIS, quanto dos conselheiros são percebidas pela PNASPI 2002 como facilmente superáveis, através de programas de formação e capacitação. Com relação aos AIS, a PNASPI 2002, p.219 coloca:

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

E acrescenta (PNASPI 2002, p.219):

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Lei nº9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico).

A formação dos AIS, de forma explícita, aponta para a introdução dos saberes biomédicos e da formação escolar nos diferentes níveis. Esse encaminhamento expressa a *colonialidade do saber/poder* (Quijano, 2005), no bojo de um processo de continuidade do processo de escolarização, estimulado pelas políticas públicas indigenistas. Da mesma forma que a PNASPI (2002), O Plano Nacional de Educação, de 2001, estabeleceu em sua meta de n. 17 a formação de professores indígenas em nível superior.

Esse processo pode ser analisado a partir da perspectiva das *gramáticas do idioma* como uma prática disciplinar. González Stephan (apud Castro-Gomez 2005) chama a atenção para o exercício da escrita, que no século XIX respondia à necessidade de ordenar e instaurar a lógica da civilização e antecipava o sonho

modernizador das elites criollas. Argumenta que a palavra escrita constrói leis e identidades nacionais, planeja programas modernizadores e organiza a compreensão do mundo em termos de inclusões e exclusões.

3 A PARTICIPAÇÃO INDÍGENA COMO CONQUISTA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) foi construída sob os auspícios da reforma sanitária em curso desde a década de 90. O Sistema Único de Saúde é fruto da reforma sanitária e funda-se em dois princípios básicos: acesso igualitário e universal aos serviços de saúde e participação comunitária através do controle social.

As diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas devem ser executadas no âmbito da estrutura distritalizada, tendo sido criado, para isso, o Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI.

As ações de saúde voltadas para os índios estão, portanto, condicionadas a estrutura de operações e aos princípios do SUS, sendo hierarquizadas. O DSEI deve cumprir o papel de adequar o modelo do SUS aos povos indígenas. Para tanto, deve contar com uma equipe de funcionários da FUNASA que administra os programas e ações de saúde nas terras indígenas ou fora delas.

Seguindo as diretrizes do SUS, é prevista a “participação indígena” em todas as etapas do planejamento e execução das ações de saúde indigenista. Para tanto, foram criados conselhos já referidos.

Esses conselhos, como já foi indicado, não têm funcionado devidamente. Isso ocorre por problemas decorrentes de sua própria estruturação, pois são inspirados nos demais conselhos que não são voltados para povos indígenas e, também, por questões de gestão: os conselhos não são formados e, quando o são, as reuniões não são convocadas, permanecendo como figura retórica no texto da Política.

À revelia dos dispositivos oficiais, os índios têm construído caminhos e formas de participação e, através deles, obtido sucesso em muitas de suas demandas.

Com relação aos recursos humanos são freqüentes os encaminhamentos de denúncias da atuação de Agentes Indígenas de Saúde, assim como as solicitações de contratação de novos. Diferentes manifestações foram organizadas em prol da demissão do chefe de operações do DSEI, que acabaram por obter sucesso, especialmente a invasão dos Prédios da FUNASA em São Luís, ocorrida em 2003.

No que se refere a estrutura administrativa do DSEI, que no Maranhão havia se constituído de cinco Pólos-Base², a mobilização dos diferentes povos por eles atendidos provocou a alteração do quadro inicial.

A nova configuração dos Pólos-Base, que não pode ser vista como definitiva, indica considerável ampliação, de cinco para doze Pólos/Núcleos. O novo desenho atende a dissidências entre e intra povos.

Pólos-Base	Povos	Nova configuração
Zé Doca	Tenetehara/Guajajara, Awá/Guajá Ka'apor/Urubu	Um
Arame	Tenetehara/ Guajajara	Dois
Amarante	Tenetehara/ Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião.	Três
Grajaú	Tenetehara	Três
Barra do Corda	Ramkokamekra e Apaniekra-Kanela, Krepunkateyê Tenetehara/ Guajajara	Três

Quadro 2 - Reconfigurações dos pólos-base no Maranhão

A criação de novas instâncias de atendimento ocorreu num clima de muita disputa, onde foram acionadas as estratégias de pressão já referidas. A maioria dos Pólos-Base foi fracionada, principalmente separando o atendimento por povo, como ocorreu em Barra do Corda e Amarante. A solução administrativa encontrada foi a criação de Núcleos que funcionariam como subdivisões dos antigos Pólos.

Em grande parte dos Núcleos os índios estão assumindo o controle administrativo, seja através dos trâmites formais, seja via ocupação “informal” do cargo. Esta última situação tem ocorrido, por exemplo, na Casa de Apoio a Saúde do Índio em Amarante, onde o chefe da casa, formalmente designado, não exerce essa função que está sendo a cargo de uma Agente Indígena de Saúde.

Também por pressão dos povos indígenas, foi instituído o cargo de assessor indígena do DSEI, que se constitui em mais um espaço de obtenção de um salário.

4 CONCLUSÃO

As formas de “participação indígena” de direito e as conquistadas são dimensões de um processo de gestão de políticas indigenistas de saúde, marcado pela tensão entre a especificidade e a universalidade.

²Os Pólo-Base 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. Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (2002, p.218).

Subordinados a uma dinâmica de *colonialidade de poder/saber* (Quijano, 2005), os povos indígenas buscam espaços de afirmação num movimento que oscila entre a afirmação de seus valores e a atração pelos valores e bens da sociedade brasileira.

Ao ocuparem os espaços de decisão ressignificam práticas burocráticas articulando-as às suas próprias lógicas. No entanto, submetem-se à força da imposição dos saberes biomédicos e da *única ordem possível* (Lander, 2005). Passam a reivindicar a capacitação que aprendem a considerar necessária a sua participação no atendimento à saúde, assim como os medicamentos passam a ser um grande sonho de consumo, em detrimento de suas práticas terapêuticas.

Disputam, internamente, os cargos, fundamentalmente de AIS. Tem sido justamente a disputa por salários e pelo poder de controlar recursos e ações da saúde indígenista os responsáveis por novas formas de conflito nas aldeias.

REFERÊNCIAS

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Sobre o diálogo intolerante. In: Grupioni, L. et alli. **Povos indígenas e tolerância**. São Paulo: EDUSP, 2001.

CASTRO-GOMEZ, Santiago. Ciências Sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. In: LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber. **Eurocentrismo e ciências sociais**. perspectivas latino-americanas. São Paulo: Clacso Livros, 2005.

LANDER, Edgardo. Ciências Sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. In: LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber. **Eurocentrismo e ciências sociais**. perspectivas latino-americanas. São Paulo: Clacso Livros, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº254 de 31.01.2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. In: FUNAI. **Legislação indigenista brasileira e normas correlatas**. Brasília: FUNAI, 2003.

QUIJANO, A Colonialidade do poder. Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber. **Eurocentrismo e ciências Sociais**: perspectivas latino-americanas. São Paulo: Clacso Livros, 2005.