

PARTICIPAÇÃO INDÍGENA NO SISTEMA DE SAÚDE INDIGENISTA: OS Tentehar-Guajajara em ^[1] Amarante - MA

Autor: Bruno Leonardo Barros Ferreira (Graduando em Ciências Sociais da UFMA)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Maria Beserra Coelho (Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMA)

RESUMO

Este trabalho apresenta os resultados da pesquisa sobre a participação dos índios Tentehar-Guajajara nas questões relacionadas à saúde. Esta tem por objetivo realizar uma reflexão sobre como o processo de participação indígena está sendo definido na formulação e implementação de ações de saúde aos povos indígenas, já que estas pretendem ser específicas e diferenciadas. Leva-se em consideração o fato de que no discurso oficial é destacado o respeito aos aspectos sócios culturais de cada povo. Para isso, utilizo como referencia as novas políticas indigenistas de saúde, e também, algumas categorias analíticas, como *nação*, (KYMLICKA, 1996), *diálogo intolerante* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998) e *violência simbólica* (BOURDIEU, 1998).

1. INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, foi fundamental para formalizar a “idéia” de um Estado brasileiro que procura respeitar as diferenças. Os povos indígenas conquistaram oficialmente, o direito de viver suas próprias organizações sociais, conforme o artigo 231(BRASIL, 1988):

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

Esta Constituição foi importante, por oficializar o reconhecimento do Brasil como um país multicultural. No sentido posto por Stuart Hall, (2003: 52), a multiculturalidade:

Descreve as características sociais e os problemas de governabilidade apresentados por qualquer sociedade nas quais diferentes comunidades culturais convivem e tentam construir uma vida em comum, ao mesmo tempo em que retém algo de sua identidade nacional.

No entanto, o discurso do reconhecimento da diversidade constrói-se de forma ambígua. Isso porque o Estado brasileiro não reconheceu o status de ^[2]nação para as nações indígenas que aqui vivem, que foram subalternizadas pela constituição da “nação brasileira”. A categoria *minorias nacionais*, de Kymlicka (1996) pode ser um instrumento adequado para classificar as nações indígenas. Segundo Kymlicka (1996, p.26) as *minorias nacionais* são decorrentes da incorporação de culturas que antes desfrutavam o autogoverno e estavam territorialmente concentradas a um estado maior. Estas desejam seguir sendo sociedades distintas com relação à cultura majoritária da qual fazem parte. Exigem diversas formas de autonomia e autogoverno para assegurar sua sobrevivência como sociedades distintas.

Quando a Constituição trata da questão da saúde, no artigo 196, afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), expressando uma universalização do atendimento à saúde no Brasil. Os povos indígenas foram, dessa forma, inseridos no Sistema Único de Saúde, ou seja, suas especificidades são desconsideradas em nome de um modelo de atenção nacional.

Lummis (2000), quando analisa a categoria *igualdade*, percebe uma ambigüidade no sentido em que é utilizada e por esse motivo propõe uma relativização no seu emprego. Argumenta que se por um lado igualdade se refere a um tratamento justo, por outro indica uma homogeneidade ou semelhança. Reforça ser preciso identificar qual interpretação o conceito em questão oferece para determinar em que sentido queremos empregá-lo, de forma que não confunda o leitor. Segundo Lummis (2000 p.98):

Para tratar as pessoas com justiça é muitas vezes necessário tratá-las de forma, desigual; por outro lado, tratá-las como se fossem todas iguais não significa necessariamente trata-las com justiça.

A realização da pesquisa levou em consideração o que Andrea Semprini (1999) denomina *epistemologia multicultural*, que percebe a realidade como dependente dos personagens que a criam, das teorias que a descrevem e da linguagem que viabiliza sua descrição e comunicação (SEMPRINI, 1999, p. 83).

Dessa forma, as interpretações são subjetivas e a realidade é percebida como uma construção, sendo levadas em conta às condições de identidade e posição do indivíduo emissor das interpretações. Nessa perspectiva, os valores são relativos, assim como a verdade, pois é baseada em uma história pessoal. Estes fatores evidenciam o conhecimento como algo imposto por uma ordem dominante que elegeu uma realidade, uma interpretação e um valor para legitimar um “conhecimento” que foi construído, ou seja, um fato político.

Tendo essa perspectiva como ponto de partida, o objetivo neste artigo foi examinar como o processo de participação indígena está sendo definido na formulação e implementação de ações de saúde aos povos indígenas, já que estas pretendem ser específicas e diferenciadas, visto que o discurso oficial afirma o respeito aos aspectos sócios culturais de cada povo.

Tomo como referencia os índios que atuam como Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Conselheiros Indígenas de Saúde. Procuo também identificar outras formas de participação indígena que não estão contempladas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), localizado na cidade de São Luís – [\[3\]](#) MA, na Casa de Saúde Indígena (CASAI) que serve de referência para povo Tentehar-Guajajara, localizada na cidade de Amarante – MA e junto aos índios deste povo, na terra indígena Araribóia, mais precisamente nas aldeias Lagoa Quieta, Chupé, Juçaral, Tarumã, Bacabalzinho e Mucura.

A participação indígena, na forma dos AIS e dos conselheiros de saúde são afirmadas na Política Nacional como uma maneira de tornar específico, diferenciado e intercultural o modelo de saúde direcionado aos indígenas. Mas, até que ponto isso ocorre? A atuação dos AIS expressa interculturalidade? O processo de participação indígena, definido nas políticas indigenistas de saúde, contribui para a formulação e implementação de ações específicas e diferenciadas, que respeitem aspectos sócio-culturais de cada povo?

Estas são algumas das questões que tive em mente durante a realização desta pesquisa e que tento discutir neste artigo. Primeiramente faremos um resgate da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI – 2002), que nos oferece a idéia de como está estruturado o sistema de atendimento à saúde indígena, para posteriormente entrarmos na discussão de como está se efetivando a participação indígena.

2. CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (PNASPI)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI (MS - 2002) -, considera “a necessidade de o setor saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas”, tendo esta política a função de determinar as diretrizes e responsabilidades de toda estrutura existente e criada (Fundação Nacional de Saúde, Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Casa de Saúde Indígena – CASAI e etc.) para complementar o atendimento de saúde às realidades indígenas.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (MS, 2002: 13) são:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

[4]

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) tem nesta Política ^[5] um papel de modelo de organização de serviços, onde as atividades técnicas visam “medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde” (PNASPI, 2002: 157), para dessa forma promover uma reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência aos povos indígenas.

A equipe de saúde que irá prestar assistência à saúde dos índios, segundo a Política, deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e os **Agentes Indígenas de Saúde – AIS**. Os DSEI's devem contar também com a participação de profissionais de diversas áreas, recebendo o nome de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A quantidade e o perfil dos profissionais que atuarão nos distritos são escolhidos conforme o perfil demográfico, epidemiológico, o número de habitantes, as necessidades para o controle das

principais endemias e o programa de formação dos AIS. Não podemos deixar de dar importância ao fato da Política mencionar que os profissionais da saúde, que irão atuar neste contexto intercultural, devem receber uma capacitação para atuar no espaço da saúde indigenista.

O atendimento médico de baixa complexidade fica a cargo dos Pólos-Base que se localizam nas aldeias ou nos municípios de referência, tendo uma relação direta com os Agentes Indígenas de Saúde, ficando os atendimentos de média e alta complexidade sob a responsabilidade da rede do Sistema Único de Saúde. Os índios que se encontrarem neste último caso, devem contar com serviços de apoio prestados pela Casa de Saúde Indígena (CASAI).

O Agente Indígena de Saúde, de acordo com a PNASPI, deve receber uma formação continuada (com o objetivo de levar aos indígenas o conhecimento e as técnicas utilizadas pela medicina ocidental), ressaltando a Política, que este movimento não pretende, de forma alguma, substituir as práticas próprias das culturas indígenas, mas sim somar.

Esse pensamento intercultural irá se reproduzir também na diretriz que trata da articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, pois a Política dá um passo importante ao reconhecer estes sistemas como sendo o principal recurso dos índios para lidar com as concepções de saúde e doença, admitindo que as práticas de cura estejam localizadas no âmbito de cada comunidade indígena, em relação com o mundo espiritual e com os seres do ambiente em que vivem.

Uma outra diretriz que chama atenção é a que se refere à promoção ao uso adequado e racional do medicamento. A Política não especifica o que entende por uso racional de medicamentos. Esta mesma diretriz, quando é mais aprofundada na Política, incentiva à valorização das práticas farmacológicas tradicionais, assim como a realização de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento. Seria interessante pensar, em primeiro lugar, que ações são essas que estariam sendo impostas aos indígenas e se estas não estariam atingindo algum aspecto das suas culturas.

O controle social é também uma diretriz da Política e corresponde à participação indígena através de Conselhos Locais e Distritais Indígenas, além de representantes indígenas nos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. Também os indígenas far-se-ão representados nos Conselhos Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e no Fórum nacional sobre a Política de Saúde Indígena.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a

seus diversos especialistas (PNASPI, 2002: 161).

A FUNASA, segundo esta Política, tem a responsabilidade de estabelecer diretrizes e normas para operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Além de promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do SUS, deve coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país, implantando e coordenando o sistema de informações sobre a saúde indígena.

3. A EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

a. O Agente Indígena de Saúde (AIS)

Nas seis aldeias que visitamos, não encontramos AIS em três: Lagoa Quieta, Chupe e Tarumã. Na primeira, o AIS mora na cidade e geralmente nos fins de semana vai para aldeia. Na segunda aldeia o agente tinha ido a uma reunião em São Luís e, na terceira, o AIS havia mudado para outra aldeia, onde constituiu nova família.

Com relação a esta última aldeia, encontramos no DSEI um documento, datado de 18 de dezembro de 2005, da comunidade indígena da aldeia Tarumã, com um abaixo assinado anexado, informando a não aceitação da demissão deste AIS, pois este servia a comunidade há cinco anos e realizava bom trabalho. Conversando com alguns índios da aldeia, percebemos haver um dissenso em relação a questão, pois afirmaram que o AIS somente tinha feito seu trabalho logo que havia assumido sua função, quando ia de casa em casa, diariamente. Concordavam que a FUNASA substituísse o AIS, já que este praticamente não estava desenvolvendo seu trabalho e também, por não morar mais naquela aldeia. Inclusive, os índios da aldeia Tarumã já tinham seu candidato para ocupar esta função.

Outro ponto levantado contra a permanência deste AIS era o fato de ter abandonado sua família na aldeia, o que era considerado “desvio de conduta”.

Os índios estão cada vez mais tendo uma participação efetiva nas inúmeras questões do DSEI, inclusive na contratação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, AIS e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), já que são as pessoas que têm contato com esses funcionários. Os índios têm um certo controle sobre os funcionários, e sempre que os consideram inaptos ao trabalho que estão exercendo, solicitam ao DSEI sua substituição [6]

Nas outras três aldeias os AIS nos informaram que a capacitação que tiveram, havia sido há muito tempo, quando foi implantado o Pólo-base em Amarante (2000), e que necessitavam de atualizações. Nas duas aldeias que tinham a presença do auxiliar de enfermagem [7], estes davam algumas orientações de como proceder com os pacientes, sendo esses ensinamentos considerados pelos AIS insuficientes. Em duas das aldeias visitadas, os índios disseram que logo que assumiam os os cargos, os AIS trabalhavam diariamente, visitando todas as casas, mas com o passar do tempo

essa visitas foram se extinguindo.

Os AIS alegam que a falta de capacitação é um empecilho ao seu trabalho, pois ficam sem saber ao certo quais os procedimentos a seguir. A pouca quantidade de remédios repassados á eles também é colocada como empecilho a sua atuação, mas recolheram, também, que o abastecimento de remédios havia melhorado.

Das seis aldeias visitadas, só a Mucura possui um local adaptado para o atendimento dos pacientes, uma antiga escola que não é adequada ao atendimento. Neste local trabalha um auxiliar de enfermagem em conjunto com o AIS.

[8]

Segundo o auxiliar não-indígena desta aldeia , é necessário gostar muito do trabalho, pois além de ser pouco remunerado, não existe infra-estrutura adequada para tratar os doentes, não havendo sequer onde colocar os pacientes.

[9]

Para solicitar atendimento é necessário ir andando até a Aldeia Juçaral , onde há telefone, para ligar para Amarante. Na CASAI não há telefone ou rádio. Geralmente o desfecho para essa situação é a indisponibilidade de carro para ir buscar o paciente.

A construção de posto de saúde dentro das aldeias visitadas, é uma reivindicação dos índios, e segundo eles,

[10]

uma das promessas da FUNASA, desde a época da implementação do Pólo-base em Amarante. Esta situação não se limita somente a essa região, pois segundo uma reportagem do jornal “O Estado do Maranhão”, de 11 de dezembro de 2002, índios Tentehar-Guajajara da reserva Taboca I, no município de Barra do Corda, reivindicaram do DSEI a instalação de posto de atendimento para os 73 índios da aldeia.

Para os índios, a instalação de um posto de saúde na área, diminuiria o fluxo de índios na cidade.

b. Conselho Local e Distrital

A participação indígena na atenção à saúde dos povos indígenas, prevista na PNASPI deveria ocorrer também no âmbito dos conselhos locais e distritais. O DSEI tem como uma de suas responsabilidades o fortalecimento do controle social por intermédio dos conselhos locais e distritais de saúde indígena.

O Conselho local da área da terra indígena Araribóia, foi formado há pouco tempo, tendo se reunindo uma única vez. Conversando com os conselheiros, percebi que existem alguns que desconhecem a função para qual foram eleitos. A capacitação, por parte da FUNASA, para esses conselheiros, foi uma reivindicação que ouvi dos próprios conselheiros.

Enquanto estive na aldeia houve uma tentativa de reunião do conselho, mas não se concretizou pela falta de carros que transportassem os indígenas para o local da reunião.

Os Tentehar-Guajajara da área de Amarante têm uma vaga no conselho distrital e tive a oportunidade de conversar com o índio que ocupa este lugar. Seu depoimento mostra que percebe os problemas que atingem a área a

qual representa.

Essa questão do controle social, ou seja, a participação dos indígenas nos diversos conselhos é uma questão complexa, pois estes são escolhidos por cada povo (formado por inúmeras aldeias), onde dificilmente se consegue um consenso na escolha dos representantes.

Percebi a importância que os conselheiros dão as decisões comunitárias. Sentem dificuldades em tomar decisões durante as reuniões, sem consultar suas aldeias. Um conselheiro Tentehar/Guajajara relatou que em uma reunião no DSEI em São Luís foi requerido que tomasse uma decisão. Na ocasião sentiu-se incomodado, pois entendia que precisava consultar primeiro os índios da aldeia.

Nobert Elias, em seu livro “A sociedade dos indivíduos” (1994), nos auxilia a pensar a questão da representatividade dos conselheiros indígenas de saúde, ao dizer que em comunidades ditas primitivas, têm-se o costume de agir tendo como referência o *nós*. Sobre este assunto comenta que:

Os indivíduos mal sentem alguma oportunidade, desejo ou possibilidade de tomar decisões por si ou de conceber qualquer pensamento sem a constante referência ao grupo. Isso não significa que os membros desses grupos convivam harmoniosamente. É comum ocorrer o inverso. Significa apenas que – para usar o termo que convencionamos – eles pensam e agem primordialmente do ponto de vista do ‘nós’.

O Estado, ao por em prática o controle social no sistema de saúde indigenista, encontra inúmeras dificuldades, levando-se em consideração essa peculiaridade. Conforme reportagem do jornal “O Estado do Maranhão”, de 21 de março de 2006, o Ministério Público Federal teve que requerer uma nova Conferência Distrital da Saúde à Coordenação Regional (CORE) da FUNASA e ao DSEI - Ma, pois a 3ª Conferência Distrital de Saúde Indígena do Maranhão, realizada em fevereiro, havia eleito delegados para participar da etapa nacional da Conferência “sem uma etapa local, com a presença de algumas lideranças indígenas, convidadas pela FUNASA e que não representavam a totalidade das etnias”.

A FUNASA alegou que não poderia fazer uma nova Conferência Distrital, alegando problemas regimentais. Dessa forma o Ministério Público Federal entrou em contato com o Conselho Nacional de Saúde, que em reunião validou a III Conferência Distrital, mesmo diante da manifesta nulidade da Conferência Distrital realizada em fevereiro.

c. Formas alternativas de participação indígena

Neste sub-tópico abordo como os índios estão participando, para além das determinações oficiais, do chamado sistema diferenciado de atenção à saúde indígena, expondo estratégias que utilizam para a efetivação desta participação. Denomino essas estratégias como *formas alternativas de participação indígena*. São diversas as maneiras como essas ações se apresentam

Na análise das reportagens da imprensa escrita, percebi que os índios utilizam-se deste meio, assim como da imprensa televisiva, para denunciar sua insatisfação e desacordo em relação ao atendimento à saúde. A maioria das notícias levantadas tratavam da retenção de não-índios nas aldeias, ocupações do prédio da FUNASA em São Luís e ameaças de interdição de estradas e ferrovias, como forma de chamar atenção para a situação da assistência à saúde das populações indígenas.

Segundo os índios, são através destes atos que conseguem ser ouvidos e atendidos em suas reivindicações, denunciando inúmeras irregularidades da FUNASA, que abrangem tanto o âmbito administrativo, quanto o da execução das ações da saúde indigenista.

Mas esta relação com a imprensa também tem o seu outro lado. Os índios reclamam da forma como são retratados nas reportagens. Os índios são representados a partir de valores geralmente depreciativos, gerando consequências negativas para os índios, pois o modo como são representados nestas reportagens, acaba influenciando a sociedade não-índia.

Durante a ocupação à FUNASA, em novembro de 2006, um jornalista discutiu com uma das lideranças que negou dar seu depoimento sobre a ocupação, alegando que os jornais sempre tratavam os índios de forma desvalorizada, citando como exemplo um telejornal, que abordou a ocupação enfatizando que os índios haviam invadido o prédio da FUNASA, quando consideravam estar somente ocupando um prédio que era dos índios.

Segundo o chefe de operações do DSEI-MA, os índios Tentehar-Guajajara – por serem em maior número dentro do estado do Maranhão e com mais tempo de contato com os brasileiros - têm maior poder de intimidação para pressionar a FUNASA a atender as suas demandas, utilizando-se, por exemplo, de meios já citadas como a apreensão de carros e funcionários da FUNASA na aldeia. Durante a pesquisa no DSEI, no contato com os funcionários percebi, em alguns, temor em relação aos índios, com receio de que possam lhes fazer algum mal, e vivem em constante alerta de uma possível ocupação dos índios no DSEI.

Esse temor é um dos motivos da alta rotatividade de prestadores de serviços aos povos indígenas, não só os da saúde. Nesses documentos verificamos alguns pedidos de transferência de funcionários alegando motivos de segurança.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos perceber no decorrer do artigo que as determinações oficiais estão inseridas num processo constante de modificação e adaptação as realidades indígenas, mas que ainda não dá conta da demanda, sendo o atendimento a

saúde um dos motivos para a migração aldeia-cidade.

A presença dos Agentes indígenas na CASAI Tentehar-Guajajara na cidade de Amarante, faz com que o papel destes AIS's seja repensado, já que na PNASPI (2002), fica claro que o trabalho deste indígena deve ser realizado na aldeia.

O modo como os índios se fazem ouvir pela sociedade é motivo de muita polêmica entre os brasileiros. Algumas ações são consideradas abusivas, como a retenção de funcionários e carros, a ameaça de interdição de estradas, por alguns, enquanto outros consideram estas atitudes uma forma do índio ter voz perante a sociedade. Podemos identificar nesses atos um modo dos povos indígenas efetivarem sua participação nas questões relativas à saúde.

Em relação ao modelo de atendimento à saúde, os problemas levantados tanto na pesquisa documental, como na análise das reportagens foram: a existência de auxiliares de enfermagem que trabalham na aldeia e que não possuem registro no Conselho regional de enfermagem (Coren) e o fato de médicos, nutricionistas, agentes sociais, dentistas, fisioterapeutas e terapeutas-ocupacionais, não possuírem nenhum conhecimento das lógicas que os índios possuem sobre o mundo o qual vivem.

Este último ponto fere uma das diretrizes da Política, no que se refere à preparação dos recursos humanos que irão atuar neste contexto intercultural, que deveriam se interessar por entender minimamente as diversas lógicas de saúde e doença das nações indígenas.

Nas diversas conversas que tive com os índios tanto na CASAI, quanto nas aldeias, percebi que a saúde e a doença não estão ligadas somente a aspectos como remédios, falta de médico, mas a diversas questões que os atingem diretamente, como a educação e a roça que cultivam.

No DSEI-MA, os saberes indígenas são tratados de forma subordinada. A capacitação dos AIS acaba se dando com ênfase nas práticas biomédicas ocidentais, num processo caracterizado por um *diálogo intolerante* (Cardoso de Oliveira, 1998), devido a desconsideração dos saberes cosmológicos indígenas, que explicam tanto suas doenças como toda sua organização social.

Tanto o AIS quanto o conselheiro indígena de saúde estão dessa forma numa região de *fronteira*, (Hall,2003) ao transitarem entre culturas diferentes, resignificando saberes impostos a eles, conforme sua lógica de pensamento, principalmente no que se refere à articulação entre os saberes tradicionais indígenas e a biomedicina ocidental.

Os índios, apesar de terem seus conhecimentos subalternizados, encontram mecanismos de articulação entre esses saberes. Como por exemplo, a atitude do AIS Tentehar que encaminha o paciente ao pajé, quando desconfia que sua doença deva ser tratada por ele.

Em relação aos conselhos, pude perceber que a sua constituição não se dá de maneira esclarecedora para os índios. Muitos não têm a noção do papel para o qual foram escolhidos. O entendimento do que ocorre dentro dos conselhos é indispensável para que haja a participação efetiva dos índios na formulação e implementação de ações de atenção a saúde dos povos indígenas, inclusive para efetivação de medidas específicas e diferenciadas, que procurem respeitar aspectos sócio-culturais de cada povo.

A participação indígena nesse “sistema diferenciado” proposto pelo Estado está ocorrendo, com características bem díspares, pois se por um lado, encontramos alguns poucos AIS que estão trabalhando com uma referência intercultural, por outro, encontramos indígenas que incorporaram o sistema biomédico ocidental, reproduzindo *habitus* (Bourdieu, 1998) que estão distantes do modo indígena de prevenção de doenças, constituindo uma *violência simbólica* (Bourdieu, 1998), expressa na imposição aos índios das práticas desse sistema.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 315p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, São Paulo: Saraiva, 1999.
- BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde nº 254 de 31/01/2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. Edgard Dias Magalhães (org.).Brasília: FUNAI, DEDOC, 2002.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Sobre o diálogo intolerante. In: **O trabalho do antropólogo**. Brasília : Paralelo 15, São Paulo. Editora UNESP, 1998.
- ELIAS, Nobert. **A sociedade dos indivíduos**. Organização: Michael Schroter; Tradução: Vera Ribeiro; Revisão técnica e notas: Renato Janine Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994. 201p.
- ESTEVA, G. Desenvolvimento. In Sachs, W. (editor). **Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- HALL, Stuart. Pensando a Diáspora: reflexões sobre a terra no exterior. (1999). In: **Da Diáspora: Identidade e mediações culturais**. Tradução Adelaine La Guardia Resende... [et all] . Organização: Liv Sovik. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Brasília : Representações da UNESCONO Brasil, 2003.
- KYMLICKA, Will . **Ciudadanía Multicultural**. Paidós: Buenos Aires, 1996.
- LUMMIS, C. Douglas. Igualdade. In Sachs, W. (editor). **Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- SEMPRINI, Andréa. **Multiculturalismo**. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

-
- [1] Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil
- [2] Segundo Kymlicka (1996), nação significa “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” (p. 26)
- [3] Os Tentehar-Guajajara são falantes da língua Tentehar, classificada no tronco lingüístico Tupi e são remanescentes, segundo Wagley e Galvão (1955), dos povos Tupi-Guarani que se localizavam espalhados pelo território brasileiro. Atualmente, os Tentehar-Guajajara que habitam no estado do Maranhão, estão presentes em onze das dezesseis terras indígenas demarcadas no estado.
- [4] Quando citar “Política” com letra maiúscula estou referindo-me à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- [5] Respondendo então pela execução deste modelo
- [6] Não podemos deixar de fora desta característica, as influencias que alguns não-índios exercem sob determinada comunidade, como a FUNAI, tem em influenciar algumas decisões tomadas por uma aldeia.
- [7] Na aldeia Jussaral o auxiliar de enfermagem é um índio.
- [8] Dentre as seis aldeias visitadas, esta é a mais afastada da cidade.
- [9] A caminhada dura em torno de duas horas.
- [10] Foi prometido aos índios a instalação de um posto de saúde perto da aldeia Juçaral para atender as aldeias das proximidades.