

POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE E O PROTAGONISMO TENTEHAR¹

Grupo de trabalho 18

Dra.Elizabeth Maria Beserra Coelho

Professor Associado I da Universidade Federal do Maranhão

Rua Uriacica 13 Calhau – São Luis-Ma 65.072.050

betac@elo.com.br

Resumo

Este trabalho contém uma reflexão sobre a participação indígena no âmbito das políticas indigenistas de saúde. Toma como referência empírica o povo Tentehar-Guajajara, mais especificamente os que vivem na terra indígena Araribóia-Ma. Os dados foram colhidos no âmbito da pesquisa Política de Saúde Indigenista e Participação Indígena, financiada pelo CNPq/PPSUS/FAPEMA. Destaca a atuação dos Tentehar-Guajajara enfatizando as estratégias que utilizam para ser sujeitos do processo de atendimento à saúde. As ações dos Tentehar-Guajajara indicam que mais do que uma participação, buscam a gestão das políticas indigenistas de saúde segundo seus interesses políticos e econômicos. Os Tentehar falam uma língua Tupi, estão há mais de quatrocentos anos em contato com os não índios e sua população está estimada em vinte mil pessoas.

1. INTRODUÇÃO

As novas políticas públicas indigenistas² tomam como base para sua elaboração, 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. No caso das políticas indigenistas de saúde, o modelo inspirador tem sido o Sistema Único de Saúde-SUS. Isso implica em, ao construir as instâncias de participação, negar os princípios básicos das novas políticas indigenistas, que são a especificidade e a diferenciação.

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,

¹ Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

² Refiro-me as produzidas pós Constituição Federal de 1988.

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. A participação indígena ocorreria, ainda, através da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde-AIS.

O que tem ocorrido é o encaminhamento direto às instâncias administrativas do Distrito Sanitário Especial Indígena- 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.

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 procurado afirmar a participação como uma conquista. Toma como referência empírica os resultados da pesquisa Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena, realizada junto ao povo Tentehar/Guajajara, no Maranhão e foi financiada pelo Ministério da Saúde/FAPEMA.

2. POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE E “PARTICIPAÇÃO INDÍGENA”

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.

A PNASPI (MS, 2002), a despeito de seu discurso de respeito às especificidades dos povos indígenas, expressa ambigüidades. As formas de participação indígena nela previstas, inspiradas no SUS, desconsideram as formas pelas quais se articulam as decisões no âmbito das sociedades indígenas.

As formas de participação indígena previstas na PNASPI (2002) podem se dar no âmbito do planejamento e na sua efetivação. No primeiro caso, isso deve ocorrer através da participação indígena nos conselhos locais e distritais de saúde indígenista e nas Conferências Nacionais de Saúde. No que se refere a prática, foram previstos os agentes indígenas de saúde.

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.

A forma como essa “participação” vai se efetivar acaba por reunir em um mesmo Conselho Local índios que representam diferentes povos, falantes de línguas diferenciadas, com 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 e a diversidade de interesses que os move a participar dessas instâncias.

A implantação dos Pólos-Base³ no Maranhão, conforme mostrada abaixo, permite perceber que um só Pólo atende a diferentes povos indígenas. O Conselho Local, constituído por Pólo-Base, passa dessa forma, a possuir membros de diferentes povos.

Quadro I - Pólos-Base no Maranhão/ 2000.

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.

³ Os 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).

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, mais diferenciados ainda por serem falantes de línguas classificadas em diferentes troncos: Tupi e Macro Jê. Como pensar o funcionamento de um conselho de composição “internacional”, que deve discutir as ações e serviços de saúde?

Os Conselhos Distritais, outra instância oficial de “participação indígena” 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 saúde 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 CONSTRUÍDA PELOS ÍNDIOS

Conforme apontado anteriormente, 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, além de suas composições propiciarem espaços de conflito interétnico, não têm funcionado devidamente. Isso ocorre por problemas decorrentes de sua própria estruturação, pois são inspirados nos demais conselhos que não são projetados 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 ou mesmo fazendo uso deles, os índios têm construído caminhos e formas de participação e, através deles, obtido sucesso em muitas de suas demandas. Suas ações refletem seu interesse em não apenas representarem papéis que lhes foram destinados no modelo oficial, mas gerenciar as ações de saúde.

Dentre as estratégias de atuação utilizadas pelos índios destacam-se:

- 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*);
- 8) Solicitações e denúncias via ofícios ou abaixo assinados.

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-MA, por exemplo, que acabaram por obter sucesso, especialmente a invasão dos Prédios da FUNASA em São Luís, ocorrida em 2003.

A estrutura administrativa do DSEI, que no Maranhão havia se constituído de cinco Pólos-Base, foi alterada em decorrência da mobilização dos diferentes povos por eles atendidos.

A nova configuração, 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.

Quadro II - Reconfigurações dos Pólos-Base no Maranhão

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

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. O PROTAGONISMO TENETEHAR

Para os Tentehar-Guajajara, participar da saúde indigenista envolve desde a concepção das ações, seu gerenciamento até a utilização dos serviços e da infra-estrutura da saúde indigenista. Neste sentido, a falta de atendimento significa não-participação.

Para esse povo, a participação pode ocorrer tanto através das ações efetivadas pelos AIS e conselheiros, como em outras dimensões do cotidiano, por todos os índios que a Política define como “usuários”, mas que em sua compreensão constituem efetivos participantes indígenas.

A questão da representação indígena nas instâncias de participação também tem sido questionada pelos Tentehar- Guajajara. As reuniões de instalação dos Conselhos Locais,

por exemplo, foram marcadas pela insatisfação relativa ao sistema de delegação que caracteriza essa instância, que desrespeita a lógica decisória dos Tentehar/Guajajara: toda a aldeia participa das decisões.

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*⁴ quanto a *legitimadora*⁵, 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. 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. Tomamos como campo de análise aquelas relacionadas à saúde indigenista.

Os Tentehar-Guajajara 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 de participação: indígenas ou 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 indigenista;
- 4) Participação nas decisões sobre operacionalização de serviços e melhorias das ações;
- 5) Participação nas instâncias oficiais (conselhos e conferências).

⁴ Cf. Castells, (2001).

⁵ Cf. Castells, (2001).

Os Tentehar têm participado de todas as mobilizações ocorridas no Maranhão relacionadas ao atendimento à saúde. Constituem o povo mais numeroso, habitam diferentes regiões e, pelo maior tempo de contato com os brasileiros, dominam melhor as estratégias de reivindicação.

A participação indígena na execução dos serviços de saúde, através da atuação de AIS, tem se caracterizado por práticas que alteram o que está posto nos documentos oficiais, demonstrando que os índios têm *resignificado* essas práticas.

Os AIS são contratados, mas seu desempenho não obedece aos dispositivos da PNAPSI (2002). Sua atuação 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 próprias da 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 definido 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 que oscilam entre a cobrança relacionada às possíveis falhas na atuação com posições de tolerância com o objetivo de evitar conflitos intra-étnicos.

Cabe destacar que por vezes a função de AIS 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” ressignificam 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 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, nas CASAI/, 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*.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação apontou a permanente *tensão* com que o Estado lida com a *diferença* ao construir 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 Ama-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.

O Estado apresenta a participação como um direito e um dever, sendo definida e situada no modelo com a demarcação de “lugares” específicos para os índios: na execução, através dos AIS, 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.

A efetivação da participação indígena tem sido caracterizada por ambigüidades 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.

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 indigenista, nem de planejamento das ações.

A reconfiguração do Conselho Distrital em 2007 não significou a efetivação dessa instância, pois não tem se reunido sob a alegação de falta de recursos financeiros. O Estado institucionaliza instâncias de participação, mas condiciona seu funcionamento a condições por ele fornecidas.

O acionamento das *estratégias indígenas de participação* demonstra que os índios 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.

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.

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 resignificam 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 indigenista os responsáveis por novas formas de conflito nas aldeias.

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.

Referências

- CASTELLS, Manuel. Paraísos Comuns: Identidade e significado na sociedade de rede. In: **O Poder da Identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Sobre o diálogo intolerante. In: Grupioni, L. et alii. 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.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- 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.
- LANDER, Edgardo. Ciências Sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. 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.