

OS TENTEHAR-GUAJAJARA E AS POLÍTICAS INDIGENISTAS DE SAÚDE: a participação indígena

Autor: Bruno Leonardo Barros Ferreira
Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais - UFMA
Co-autora: Elisabeth Maria Beserra Coelho
Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais - UFMA

1. INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado da pesquisa etnográfica realizada no período de agosto de 2006 a agosto de 2008, com o povo Tentehar-Guajajara no Estado do Maranhão, região nordeste do Brasil, conhecida como pré-amazônia. Tem como objetivo examinar como a participação indígena tem se processado 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.

Tomamos como referencia, principalmente, os índios que atuam como Agentes Indígenas de Saúde (AIS), mas procuro também identificar outras formas de participação indígena que não estão contempladas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (MS, 2002).

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), localizado em São Luís, capital do Maranhão (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.

Para esta análise partimos do princípio de que a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 é um divisor de águas para as mais diversas questões relacionadas aos povos indígenas, por reconhecer oficialmente o direito dos índios de viver conforme suas próprias organizações sociais. No artigo 231 (BRASIL, 1988) está posto:

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.

No entanto, percebemos que o discurso de respeito às diversidades se dá de forma ambígua, pois a Constituição, quando 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 de saúde no Brasil. O atendimento à saúde dos povos indígenas foi assim, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, suas especificidades foram desconsideradas em nome de um modelo de atenção nacional.

Levando-se em consideração a idéia de *nação* trabalhada por Kymlicka (1997), que a considera como “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), os povos indígenas que aqui vivem, não fazem parte da “nação brasileira”, nem formam uma única nação indígena. Constituem *minorias nacionais*¹, pois o “Estado brasileiro” se construiu numa relação de subalternização das nações indígenas que aqui se encontravam.

O Estado procura “adaptar” o sistema universal existente às especificidades dos povos indígenas, através de inúmeras medidas que podem ser encontradas, de forma mais sistematizada, na PNASPI (MS, 2002). Esta pretende tornar específico, diferenciado e intercultural o modelo de saúde direcionado aos índios.

Sendo assim, a PNASPI (MS, 2002), visando adaptar o atendimento de saúde às realidades indígenas, propõe um atendimento de saúde que se efetivará através de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, Pólos-Bases e Casas de Saúde Indígenas – CASAI.

A participação indígena, na forma dos AIS é afirmada 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?

¹ 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 são algumas das questões que tivemos em mente durante a realização desta pesquisa e que tentamos discutir neste artigo. Primeiramente faremos um breve resgate da política indigenista de saúde, para situar como está estruturado o sistema de atendimento à saúde dos índios, para posteriormente entrarmos na discussão de como está se efetivando a participação indígena.

2. UM BREVE COMENTÁRIO SOBRE A POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE

Como consequência da Constituição de 1988, houve a transferência de responsabilidade do atendimento à saúde dos povos indígenas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)², para o Ministério da Saúde, que o delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A lei Arouca (lei 9.836) instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI, subsistema do SUS, que expressa uma mudança no modo de organização do atendimento à saúde. Este subsistema se propõe a levar obrigatoriamente em consideração:

A realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional, apesar de ter o dever de ser “como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado”.

Em 2002, a PNASPI (MS, 2002) foi elaborada, adaptando o modelo de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS para a realidade dos povos indígenas, baseando-se nos mesmos princípios de descentralização, universalidade, equidade e participação comunitária, presentes no SUS, criado pela lei 8080, de 19 de setembro de 1990.

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

² Órgão criado em substituição ao Serviço de Proteção ao Índio (lei nº. 5.371 de 1967), que detinha o controle sobre a organização e implementação de ações destinadas aos povos indígenas, abrangendo questões de educação e saúde.

Agentes Indígenas de Saúde – AIS. Os DSEI's devem contar também com a participação de profissionais de diversas áreas, que constituirão a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

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 substituir as práticas próprias das culturas indígenas, mas somar novos conhecimentos.

O AIS deverá atuar nas aldeias, colaborando no atendimento primário, estabelecendo a interculturalidade, ou seja, tem como uma de suas principais funções realizar uma articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com a biomedicina ocidental.

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

A PNASPI (2002: 17) recomenda que as CASAI:

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.

A CASAI que serve de referência para os Tentehar-Guajajara pesquisados, está localizada no município de Amarante – MA e atende as aldeias Tentehar situadas na Terra Indígena Araribóia. Essa instância administrativa resultou da ação mobilizada dos Tentehar-Guajajara que não aceitavam partilhar o atendimento à saúde com outro povo, no caso os Pukobyê. O que atualmente se denomina CASAI corresponde a uma divisão do Pólo-Base de

Amarante. De forma inusitada, a nova instância administrativa expressa uma fusão de duas outras, o Pólo-Base e a CASAI.

3. O PROTAGONISMO TENTEHAR-GUAJAJARA – a participação indígena

Nas seis aldeias onde realizamos o trabalho de campo encontramos diferentes situações relacionadas ao papel do AIS. Em três delas: Lagoa Quieta, Chupé e Tarumã não encontrei esse profissional. Na primeira, o AIS mora na cidade e geralmente nos fins de semana visita a aldeia. Na segunda aldeia, o AIS tinha viajado para participar de uma reunião em São Luís e, na terceira, o AIS havia mudado para outra aldeia, onde constituiu nova família.

Em duas das aldeias visitadas (Chupé e Tarumã), os Tentehar-Gujajara disseram que logo que assumiam a função, os AIS trabalhavam diariamente, visitando todas as casas, mas com o passar do tempo essa visitas iam se extinguindo.

Nas outras três aldeias os AIS mostraram-se insatisfeitos com a capacitação que haviam recebido para atuar. O curso ocorreu por ocasião da implantação do Pólo-base em Amarante (2000), e reivindicavam atualizações. Argumentaram que nas duas aldeias onde havia a presença do auxiliar de enfermagem³, estes davam algumas orientações de como proceder com os pacientes, mas consideravam esses ensinamentos insuficientes.

A capacitação dos AIS tem como objetivo levar ao conhecimento desses índios a biomedicina ocidental, ao mesmo tempo que são valorizadas às práticas próprias de cura de sua cultura. Os AIS alegam que nessas capacitações é dada mais ênfase as questões relacionadas a biomedicina ocidental, mas que mesmo assim a falta de qualquer tipo de capacitação é um empecilho ao seu trabalho, pois ficam sem saber quais os procedimentos a seguir.

Outra dificuldade apontada pelos AIS para o desempenho de suas funções foi a pequena quantidade de remédios disponíveis no posto de saúde, muito embora reconhecessem

³ Na aldeia Jussaral o auxiliar de enfermagem é um índio.

que o abastecimento de remédios havia melhorado. Tanto nas aldeias, quanto na CASAI em Amarante, o que se vê é uma predominância de medicamentos dos “brancos” em detrimento de recursos naturais que, mesmo assim, ainda são utilizados nas aldeias, mas perdem espaço a cada dia para os medicamentos industrializados.

Das seis aldeias visitadas, só a Mucura possuía um local destinado ao atendimento dos pacientes, o prédio de uma antiga escola, sem as adaptações necessárias. Neste local trabalha um auxiliar de enfermagem em conjunto com o AIS. A auxiliar de enfermagem, não-indígena,⁴, reclamou da ausência de infra-estrutura adequada para tratar os doentes, não havendo sequer onde colocar os pacientes. Argumentou ser necessário gostar muito do trabalho, pois além de ser pouco remunerado, as condições de trabalho são deficitárias.

O auxiliar de enfermagem alegou, ainda, dificuldades em solicitar o atendimento do Pólo-Base, pois faz-se necessário ir caminhando até a Aldeia Juçaral⁵ para usar o telefone, para se comunicar com Amarante. Na CASAI não há telefone ou rádio. E, quando o contato é estabelecido, 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 Tentehar e, segundo afirmam, uma das promessas⁶ da FUNASA, desde a época da implementação do Pólo-Base em Amarante.

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

A dificuldade de encontrar o AIS atuando nas aldeias foi em parte explicada quando observei a presença do AIS na CASAI em Amarante. Conforme a portaria N° 70/2004:

A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de

⁴ Dentre as seis aldeias visitadas, esta é a mais afastada da cidade.

⁵ A caminhada dura em torno de duas horas.

⁶ Foi prometido aos índios a instalação de um posto de saúde perto da aldeia Juçaral para atender as aldeias das proximidades.

saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;

Os AIS são considerados uma das referências assistenciais de saúde dos índios na aldeia, na execução do atendimento primário. A presença de agentes trabalhando na cidade tem sido defendida pelo corpo de funcionários da CASAI como sendo fundamental para sua manutenção. Argumentam que devido ao crescimento do número de índios morando na cidade de Amarante, faz-se necessária a presença dos AIS na CASAI.

Muitos Tentehar alegam que a migração da aldeia para cidade ocorre devido a falta de atendimento à saúde nas aldeias, trabalho que deveria ser feito pelo auxiliar de enfermagem e pelo AIS. A inexistência desse atendimento tem feito com que: “qualquer dor de barriga é motivo para ir a CASAI”⁷.

Acompanhando o dia-a-dia da CASAI, percebemos que um AIS assume responsabilidades que, segundo a portaria N° 852 do Ministério da Saúde, seriam do chefe da CASAI, tais como, providenciar o acompanhamento de pacientes para consultas, para exames subsidiários e internações hospitalares.

Alguns auxiliares de enfermagem informaram que existem AIS que moram na cidade e não exercem suas funções. Somente trabalham aqueles que são cobrados pelo AIS que “ocupa” o lugar de chefe da CASAI. Percebi que o chefe da CASAI pouco entendia de sua função. Recomendou-me, inclusive, que procurasse o AIS/ “chefe”, que considerava mais experiente e poderia esclarecer minhas dúvidas. Afirmou, também, que a presença desse AIS era essencial ao funcionamento daquela casa.

O fato de um AIS exercer a função de chefe da CASAI gera problemas internos como, por exemplo, a cobrança por parte de sua família extensa na prioridade de atendimento.

Um conselheiro Distrital indígena afirmou que as responsabilidades da CASAI deveriam ser assumidas pela FUNASA, na pessoa do chefe da CASAI e não por um AIS.

⁷ Relato de um paciente que estava acompanhando seu filho.

Defendeu que o lugar destes seria na aldeia, para realizar o atendimento à saúde dos povos indígenas primeiramente no local onde moram.

Foi possível detectar, também, uma forma de participação indígena para além das determinações oficiais. Consiste no uso de estratégias que visam a efetivação das formas de participação que lhes são asseguradas, assim como a adaptação e reestruturação do modelo de atendimento aos seus interesses. Denomino essas estratégias como *formas alternativas de participação indígena*. São diversas as maneiras como essas ações se apresentam.

Os Tentehar utilizam-se dos meios de comunicação escrita e televisiva para denunciar sua insatisfação e desacordo em relação ao atendimento à saúde. A maioria das notícias analisadas tratavam da retenção de não-índios nas aldeias, ocupações do prédio da FUNASA em São Luís pelos índios 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 Tentehar, 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 direcionada aos povos indígenas.

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. Percebi que alguns funcionários do DSEI-MA, manifestam receio em relação aos índios, temendo que lhes possam fazer mal e vivem em estado de alerta em relação a uma possível ocupação dos índios no DSEI.

Esse temor é um dos motivos da alta rotatividade de prestadores de serviços aos povos indígenas. São comuns reivindicações de transferência de funcionários alegando motivos de segurança.

Os Tenethar têm cada vez mais 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). Exercem certo controle sobre os funcionários, e sempre que os consideram inaptos ao trabalho que estão exercendo solicitam ao DSEI sua substituição⁸.

Outra forma de participação posta em prática pelos Tentehar vem acontecendo através da ressignificação da estrutura de serviços que lhes é imposta pelas determinações oficiais. Exemplos de tal situação já foram tratados neste ensaio, como a fusão da CASAI e do Pólo-Base formando uma nova instância administrativa e a direção dessa repartição ficando a cargo de um AIS. Alterações nas funções do AIS também são efetivadas quando passam a trabalhar na cidade em vez da aldeia ou mesmo, não trabalhar e apenas receber o salário.

A forma de utilização dos recursos à serviço do atendimento médico também ilustra o novo significado que é dado aos fins a que se destinam. Os veículos da FUNASA que têm a função de transportar as pacientes da aldeia para cidade são utilizados, também, para transporte de índios que precisam resolver problema outros na cidade ou para fazer compras. Da mesma forma, a CASAI que tem função de alojar os pacientes que precisam de atendimento médico acaba servindo de abrigo para índios que vão para cidade resolver qualquer outro tipo de problema.

4. CONCLUSÃO

Podemos perceber que as determinações oficiais estão inseridas num processo constante de modificação e adaptação às realidades indígenas, mas que ainda não dão conta das diversas demandas existentes nas aldeias, sendo o atendimento a saúde um dos motivos para a migração aldeia-cidade. Observamos que a assistência à saúde dos povos indígenas é mais precária conforme avança a distância da aldeia em relação à cidade.

A presença dos Agentes indígenas na CASAI Tentehar-Guajajara na cidade de Amarante, tem implicado no total reordenamento do atendimento à saúde, pois tem deslocado o atendimento primário da aldeia para a cidade e ocasionado grande fluxo migratório aldeia-cidade.

⁸ 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.

A utilização da imprensa como veículo de denúncia, por um lado pode ser avaliado como um instrumento útil de pressão, mas por outro causou desconforto aos Tentehar pela forma como eram retratados nas reportagens. São geralmente designados como baderneiros, seqüestradores e violentos, gerando-lhes conseqüências negativas, por acabar reforçando preconceitos existentes na sociedade não-índígena.

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.

O AIS pode ser pensado como vivenciando uma situação de *fronteira*, (Hall, 2003) por transitar entre culturas diferentes, resignificando saberes e práticas que lhes são impostos, conforme sua lógica, principalmente no que se refere à articulação entre os saberes tradicionais indígenas e a biomedicina ocidental.

A participação indígena nesse “sistema diferenciado” proposto pelo Estado está ocorrendo com características bem díspares. Por um lado, poucos AIS trabalham numa referência intercultural, por outro, índios incorporaram simplesmente o sistema biomédico ocidental, introjetando valores distantes do modo indígena de prevenção e cura de doenças, vivenciando estratégias de *violência simbólica* (Bourdieu, 1998), expressa na imposição que lhes é feita dos valores e práticas biomédicas.

5. REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. **Lei nº 9.836 de 23/11/1999**. Institui o Subsistema de Atenção A Saúde Indígena. Legislação Indigenista Brasileira e normas correlatas. 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.

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 UNESCO Brasil, 2003.

KYMLICKA, Will. **Ciudadanía Multicultural**. Paidós: Buenos Aires, 1996.

MS (Ministério da Saúde). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria nº 70, de 20/01/2004**. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, de 22/01/04. Seção 1.

_____. **Portaria 852, de 30 de setembro de 1999**. Dispõe sobre a criação dos DSEI. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

WAGLEY, Charles; GALVÃO, Eduardo. **Os Índios Tenetehara: uma Cultura em Transição**. Rio de Janeiro: SEMEC, 1955.