

A Saúde Indigenista e os Desafios da Particip(Ação) Indígena¹

Indigenist Health and the Challenges of the Indian Particip(Action)

Katiane Ribeiro da Cruz

Doutora em Políticas Públicas, bolsista do Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)/ Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais.

Endereço: Avenida dos Portugueses, S/N, Campus do Bacanga. CEP 65085-580, São Luís, MA, Brasil.

E-mail: katiaterc@yahoo.com.br

Elizabeth Maria Beserra Coelho

Professora Doutora do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMA e dos Programas de Pós-Graduação em Ciências Sociais e em Políticas Públicas da UFMA.

Endereço: Avenida dos Portugueses, S/N, Campus do Bacanga. CEP 65085-580, São Luís, MA, Brasil.

E-mail: betac@elo.com.br

¹ Resultado da pesquisa *Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) e Ministério da Saúde (MS), com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido prêmio na categoria de "Trabalhos Acadêmicos".

Resumo

Análise da participação indígena na saúde indigenista, tomando como referência empírica a atuação dos Tentehar-Guajajara (Amarante) na Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI)/Pólo-Base Guajajara e no Distrito Sanitário Especial Indígena no Maranhão (DSEI-MA), no período de 2000 a 2007. A análise é realizada buscando apreender se ocorre e como se dá a participação dos índios no modelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), de forma a identificar as possibilidades de respeito à diversidade étnica, através da participação indígena, prevista na *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. A pesquisa aponta que os Tentehar-Guajajara estão continuamente tentando participar de todas as questões relativas às políticas indigenistas, incluídas as de saúde. Além dos mecanismos oficiais de participação na saúde indigenista, eles têm criado *estratégias* próprias para serem sujeitos nesse processo. A necessidade de acionar tais *estratégias* sinaliza que a condução da saúde indigenista no DSEI-MA contradiz o que está posto nos documentos oficiais como uma de suas principais características: a criação de condições para a participação indígena.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Povos Indígenas; Participação Indígena; Saúde Indigenista; Diversidade;

Abstract

This analysis of the indian participation in the indigenist health system takes as empirical reference the process of the Tentehar-Guajajara (Amarante) in the Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI /Pole-Base Guajajara and in the Special Indian Health District in Maranhão /DSEI-MA, from the year 2000 to 2007. The analysis aims to understand whether indian participation is carried out and how it is done in the current model of indigenist health system; it seeks to identify the possibilities of respect to ethnic diversity through indian participation, established in the National Policy of Attention to the Health of the Indian People. The research shows that the Tentehar-Guajajara are continuously trying to participate on all questions related to the Indigenist policies, including health policies. Despite the official mechanisms of participation in the Indigenist health, the indians have created their own *strategies* in order to be part of this process. The need to set these *strategies* signals that the conduction of the Indigenist health in the DSEI-MA contradicts what is determined by the official documents as one of their main objectives: to create the necessary conditions for Indian participation.

Keywords: Public Policies; Indian People; Indian Participation; Indigenist Health; Diversity;

Introdução

As reflexões e análises aqui desenvolvidas resultam de uma pesquisa que teve como objetivo compreender como se dá a participação indígena na organização dos serviços de saúde no modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), de maneira a identificar as possibilidades de respeito à especificidade e diferenciação que caracterizam os povos indígenas.

A pesquisa foi realizada junto aos Tentehar-Guajajara², atendidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), considerando o período de 2000 a 2007, sendo adotados os seguintes procedimentos: revisão bibliográfica, pesquisa documental (leis, medidas provisórias, relatórios de conferências relacionados à formulação da política indigenista de saúde) e trabalho de campo nas aldeias e nas instituições que tratam direta e indiretamente da saúde indigenista. Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados: entrevistas, conversas informais e observação direta com registro em caderno de campo.

A investigação foi realizada a partir do entendimento de que o real é relacional (Bourdieu, 1998) e teve como referência três eixos principais: a tentativa de compreender o significado de participação para o Estado e para os povos indígenas, bem como os desafios do respeito à diferença; o levantamento sobre a atuação do Estado com vistas à efetivação da participação indígena; a identificação da participação indígena segundo o entendimento dos próprios índios.

O primeiro eixo da análise foi abordado no contexto da relação entre Estado brasileiro e povos indígenas. Ao longo do tempo de contato interétnico³ (Cardoso de Oliveira, 1976), a relação entre Estado brasileiro e povos indígenas tem sido caracterizada pelo objetivo explícito de assimilação desses povos. Para concretizá-lo, o Estado tem criado vários mecanismos⁴; entretanto, os povos indígenas têm-se mantido como sociedades distintas.

2 Povo que habita em Terras Indígenas no Maranhão e Pará. A autodenominação desse povo tem várias grafias, optamos por utilizar a grafia usada por professores indígenas dessa região, *Tentehar*, juntamente com *Guajajara*, visto que é uma designação muito utilizada por eles e pelos moradores do entorno das Terras Indígenas.

3 Categoria que abrange as relações estabelecidas entre indivíduos e grupos de diferentes procedimentos “nacionais”, “raciais” ou “culturais” (Cardoso de Oliveira, 1976, p. 1).

4 Cf. o Directório de Pombal, no período do Brasil Colônia e o Regimento das Missões, de 1848. Cf. Coelho (1990).

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2000) inseriu elementos novos nessa relação, especialmente quando reconheceu aos índios sua organização social, línguas, costumes, crenças, tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam; também quando afirmou a saúde pública como um direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) também foi um dos resultados dessa Constituição. A saúde indigenista, por sua vez, passou a fazer parte do SUS, de forma subordinada, após a transferência de sua responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Para o atendimento aos índios foram criados os DSEI, no final da década de 1990.

Cabe destacar que fazemos uma distinção entre saúde *indigenista* e *indígena*. A saúde *indigenista* constitui os serviços e ações formuladas e implementadas com base nas concepções do processo saúde-doença da sociedade ocidental e são direcionados aos índios. Saúde *indígena* refere-se aos saberes curativos dos povos indígenas, de acordo com as suas próprias concepções.

Com a criação do SUS, toda a estrutura de organização de serviços para os povos indígenas passou a ser vinculada de maneira subordinada à organização de serviços definidos para a sociedade brasileira. O DSEI constitui um subsistema do SUS, definido para ser organizado em nível de complexidade crescente, com adaptação e reordenação da rede de serviços de atenção básica de saúde, com controle social.

A atual política indigenista de saúde, designada *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI*⁵ (Brasil, 2002), seguindo as determinações do SUS e da Constituição de 1988 (Brasil, 2000), destaca a participação indígena no DSEI, através do controle social, como uma de suas diretrizes e uma de suas principais características. Apesar de destacar o respeito às especificidades sócio-culturais desses povos, através de ações específicas e diferenciadas, a PNASPI subordina

suas diretrizes e princípios à Política Nacional de Saúde (Cruz, 2003, 2008). Esse posicionamento reflete a *tensão* na relação entre Estado brasileiro e povos indígenas, ressaltando que a dificuldade em lidar com a *diferença* é um dos grandes desafios do multiculturalismo (Semprini, 1999). Estamos considerando o Brasil como um país multinacional⁶, que tem em seu território várias nações. *Nação* é aqui entendida a partir da definição de Kymlicka (1996), como sendo:

[...] una comunidad histórica, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una tierra natal determinada y que comparte una lengua y una cultura diferenciadas. La noción de “nación”, en este sentido sociológico, está estrechamente relacionada con la idea de “pueblo” o de “cultura”⁷ (1996, p. 26).

Cada povo possui formas próprias de organização, compartilham culturas e línguas diferenciadas e já habitavam no território brasileiro. Nesse sentido, os povos indígenas configuram *nações* que, na relação com o Estado, constituem *minorias nacionais* (Kymlicka, 1996) buscando autonomia e garantias de direitos específicos e diferenciados. Apresentam diferenças marcantes não só em relação à sociedade brasileira, mas também no contexto de cada povo.

O levantamento sobre a atuação do Estado no que se refere à efetivação da participação indígena, nosso segundo eixo de análise, foi realizado tomando como referência principal a análise documental e o trabalho de campo no DSEI-MA, parte integrante da FUNASA do Maranhão/ FUNASA-MA. Observamos a forma como funcionários da saúde indigenista vêm se relacionando com os índios. Além disso, identificamos e analisamos as informações relativas aos mecanismos de participação indígena na saúde indigenista.

Os documentos analisados permitiram identificar o processo de construção do SUS e a importância referida à participação. Permitiu identificar, tam-

5 Aprovada pela Portaria 254/2002 como parte integrante da Política Nacional de Saúde (Cruz, 2003, 2008).

6 O Estado brasileiro admite que é multicultural, todavia não se reconhece enquanto multinacional, pois não considera os povos indígenas como nações.

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

bém, que a relação entre Estado e povos indígenas dá-se num contexto de *poder* vinculado à dimensão do direito e dos discursos de verdade. *Poder* aqui é entendido na perspectiva de Foucault (1981), como algo que circula, funcionando em cadeia, sem nunca estar localizado aqui ou ali, nas mãos de alguns, nem apropriado como uma riqueza ou um bem, funcionando e sendo exercido em redes. Para ser exercido, o *poder* necessita da produção, funcionamento e acumulação de discursos de verdades. Assim, o direito - que abrange tanto leis, quanto o conjunto de aparelhos, instituições e regulamentos que o aplicam - é um instrumento de dominação, vinculando relações de dominação e pondo-as em prática.

Essa relação de dominação pode ser percebida pela forma como tais povos são constitucionalmente considerados brasileiros: o critério de nacionalização adotado é o *jus solis*, que define como brasileiros os nascidos no Brasil. Esta definição é marcada por uma relação de *poder*, na qual as regras de direitos são definidas com base em verdades construídas em discursos (Foucault, 1981).

Para entender melhor esse processo, tomamos como referência a categoria *colonialidade do poder*, de Quijano (2005), pois permite pensar a relação de colonização legitimada por um imaginário que estabelece diferenças imensuráveis entre colonizado e colonizador, cujas diferenças são marcadas por identidades opostas: o colonizador coloca-se como aquele que detém o padrão ideal e o colonizado como o que precisa sofrer um poder disciplinador por parte daquele. Isso geralmente ocorre através de uma política que se diz “justa” e visa promover um processo de ocidentalização.

Esta relação impositiva do Estado passa por uma mudança após a Constituição de 1988 (Brasil, 2000), especialmente a partir da década de 1990. Nesse momento, os discursos oficiais passam a ser marcados por uma *violência simbólica*: “dissimulando as relações de força que estão nas bases de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica, a essas relações de força” (Bourdieu, 1998, p. 19). A *violência simbólica* passa a prevalecer, em detrimento da violência explícita expressa no objetivo de homogeneização⁸.

As relações interinstitucionais referentes às políticas indigenistas no Brasil ocorrem em um campo de lutas para transformar ou conservar o campo de forças. Nesse sentido, percebemos o Estado não como um todo homogêneo, mas como um lugar de conflitos, um *campo de poder* (Bourdieu, 1998), no qual atuam diferentes instituições e diferentes agentes na questão indígena. O Estado não é entendido como um ser abstrato, mas como espaços institucionalizados no qual atuam agentes que disputam o poder e posições. Por exemplo, o Ministério Público, a FUNAI e a FUNASA em alguns momentos podem encontrar-se em campos opostos em função de posicionamentos relacionados à saúde indigenista.

A identificação da participação indígena de acordo com o entendimento dos próprios índios, terceiro eixo de análise, foi realizada a partir de levantamento documental e trabalho de campo junto aos Tentehar-Guajajara, com observação direta, entrevistas, conversas informais e registro áudio-visual.

Na pesquisa documental, analisamos documentos oficiais e, principalmente, jornais que mapeavam as situações em que os índios acionaram mecanismos oficiais ou “autorizados” e outros não “autorizados” visando à participação na saúde indigenista. Buscamos ir além do que a política e a legislação vigentes definem como *participação*, mapeando outras ações na saúde indigenista como possibilidade de efetivação do respeito à diferença, buscando apreender como os índios entendem a participação e como vêm tentando exercê-la.

Nesta trajetória investigativa tomamos como referência o entendimento de que a cultura é dinâmica, a partir do que define Geertz: “o homem está amarrado a teias de significado construídas por ele, sendo a cultura essas teias” (1978, p.15). Nessa perspectiva, a cultura aproxima-se da idéia de “sistemas organizados de símbolos significantes que orientam a existência humana” (Geertz, 1978, p. 58).

Como a investigação ocorreu no encontro entre duas culturas dinâmicas, tivemos que realizar o duplo movimento destacado por Da Matta (1978): transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico. No primeiro caso, tentamos estabelecer uma

8 Homogeneização aqui é entendida como um processo de unificação da sociedade brasileira, desconsiderando as especificidades entre os diferentes segmentos que a compõe.

relação de proximidade com um povo diferente, no caso os Tentehar-Guajajara; no segundo, buscamos realizar um afastamento de aspectos que fazem parte da nossa própria cultura, o SUS.

A pesquisa de campo, além de ser realizada nas instituições que tratam direta e indiretamente da saúde indigenista, foi também realizada em seis aldeias Tentehar-Guajajara da Terra Indígena Araribóia, localizadas na região de Amarante. Para demarcar tal recorte utilizamos a expressão Tentehar-Guajajara (Amarante) entre parênteses, visto que a Terra Indígena Araribóia situa-se em uma área extensa abrangendo vários municípios no Maranhão: Amarante, Bom Jesus da Selva, Arame, Buriticupu e Santa Luzia. A Terra Indígena Araribóia foi demarcada em 1977, possui 413.589 hectares, constituindo a segunda maior em extensão no Maranhão. Na mesma vive, além dos Tentehar-Guajajara, parte do povo Awá-Guajá.

Os Tentehar que vivem em Terras Indígenas no Maranhão (“*Nós somos gente verdadeira*”), também são conhecidos como Guajajara (“*Os donos do Cocá*”), os que vivem em Terras Indígenas no Pará são designados Tembé (“*Nariz Chato*”). Os Tentehar-Guajajara, no Maranhão, constituem uma população de aproximadamente 20 mil pessoas que falam o Tentehar, língua classificada no tronco-lingüístico Tupi (Wagley e Galvão, 1955; Coelho, 1987, 2002; Zannoni, 1999).

Os Tentehar-Guajajara estão há quase 400 anos em contato com a sociedade brasileira, mantendo relações intensas que exercem grande repercussão sobre sua cultura. Entretanto, sua cosmovisão, o tempo de contato, o fato de constituírem a maior *nação* indígena que vive no Maranhão fazem dos Tentehar-Guajajara um povo específico, que requer políticas direcionadas a essa especificidade.

Na relação entre os Tentehar-Guajajara e o Estado, cada um deles vêm acionando estratégias distintas: o Estado elabora suas formas de tratar os povos indígenas e estes, por sua vez, elaboram suas formas de lidar com o Estado. Cada povo indígena constrói sua *identidade*, entendida aqui a partir do que define Castells:

Um processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda em um conjunto de atributos culturais inter-relacionados,

o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significados [...] Identidades organizam significados. (2001, p. 22-23)

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

que se encontram em posições/ condições desvalorizadas e/ ou estigmatizadas pela lógica da dominação, construindo, assim, trincheiras de resistência e sobrevivência com base em princípios diferentes dos que permeiam as instituições da sociedade, ou mesmo opostos a estes últimos (Castells, 2001, p. 34).

É na *tensão* entre esses dois tipos de identidade que a relação de *poder* entre Estado e povos indígenas vem se constituindo e caracterizando a construção das políticas indigenistas no Brasil: em alguns momentos esses povos acionam a *identidade legitimadora*, buscando um tratamento de igualdade; e em outros momentos acionam a *identidade de resistência*, reivindicando *direitos diferenciados* de forma a atender suas necessidades específicas (Kymlicka, 1996) e criando *estratégias* que lhes possibilitam manter-se como povos distintos.

Participação Indígena na Saúde Indigenista: limites e desafios

A pesquisa foi realizada buscando identificar e analisar **ambigüidades** e **contradições** na saúde indigenista no que se refere às práticas e aos discursos oficiais relativos à participação dos índios na organização da saúde indigenista, visando compreender a relação entre Estado brasileiro e povos indígenas após a Constituição de 1988 (Brasil, 2000).

A ambigüidade aqui é entendida como a duplici-

dade de sentidos nos discursos oficiais, por permitir mais de uma interpretação. A contradição expressa a falta de coerência entre discursos oficiais, como também entre discursos e ações.

Antes de tratar especificamente da participação, cabe destacar a estrutura de serviços onde esta participação se insere. A organização dos serviços indigenistas de saúde, criada no âmbito do SUS, foi definida de forma regionalizada e hierarquizada, visando uma alta capacidade de resolução de serviços tal como a elaborada para atender aos não-índios, de acordo com níveis de complexidade alta, média e baixa. Os dois primeiros níveis correspondem ao atendimento na rede hospitalar do SUS destinado a não-índios e índios.

Para o atendimento aos índios foram criados os DSEI que constituem, de acordo com a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (Brasil, 2002), um modelo de organização de serviços de saúde de forma integrada, hierarquizada e com complexidade crescente de articulação com a rede do SUS. Apresenta uma proposta de ação baseada no respeito aos aspectos sócio-culturais dos povos indígenas, com execução de serviços de saúde específicos e diferenciados.

Obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, foi definida a criação, em Terras Indígenas, de uma rede de serviços, em âmbito local, através da atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde do Índio/EMSI, com a previsão de que tais equipes fossem formadas minimamente por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, odontólogos e Agentes Indígenas de Saúde/ AIS (MS, 2002). Esta organização dos serviços de atenção básica corresponde àquela criada para atender aos não-índios: as Equipes do Programa de Saúde da Família/PSF.

A legislação prevê que os DSEI possuam uma rede de serviços formada por estabelecimentos que compõem sua infra-estrutura física, que pode estar localizada nas aldeias ou cidades onde se realiza o atendimento na rede SUS. Está prevista a

criação das seguintes instâncias: Posto de saúde, considerado como sendo “*porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde*” (Brasil, 2001); Pólo-Base, definido como “[...] *um estabelecimento de referência para um conjunto de aldeias*” (Brasil, 2001); e Casas de Apoio à Saúde do Índio/ CASAI, locais de apoio à prestação de serviços e não de atendimento médico.

As informações sobre a organização dos serviços demonstram que a relação entre Estado e povos indígenas, após a Constituição de 1988 (Brasil, 2000), passa a ser fortemente marcada pela ambigüidade do discurso oficial e pelo descompasso entre o discurso oficial e as ações indigenistas. Anteriormente o discurso apontava para a homogeneização, mas a forma de organização dos serviços era específica aos povos indígenas⁹ (Cruz, 2003, 2008). Atualmente, o discurso configura-se de forma ambígua: oscilando entre diferenciação e universalidade que são expressos, também, na organização e execução dos serviços que tendem à homogeneização.

Em relação à participação indígena foi possível apreender que os Tentehar-Guajajara vêm tentando participar de todas as questões relativas às políticas indigenistas, incluídas as de saúde. Além dos mecanismos oficiais de participação na saúde indigenista, os Tentehar-Guajajara têm criado *estratégias* próprias para serem sujeitos nesse processo. Refletindo sobre estas estratégias, entendemos que as mesmas podem ser alinhadas em torno de dois eixos principais: a participação “autorizada” e a não “autorizada”.

Quando nos referimos à “autorizada” tratamos da *participação indígena oficial*, ou seja, a que estabelece um “lugar” específico para os índios nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde e como “usuários”¹⁰. Ao tratar da não “autorizada” referimo-nos às *estratégias indígenas de participação*, adotadas pelos índios, que rompem com que está previsto na tentativa de garantir a participação na saúde indigenista.

9 Apesar de todos os problemas existentes nas instituições indigenistas anteriores aos DSEI, especialmente o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) e a FUNAI, criados para promover o processo de *aculturação* (processo de transformação dos índios em “civilizados”), ambas foram criadas para o trato específico com esses povos, com estruturas próprias para execução de serviços nas aldeias: infra-estrutura física, recursos humanos, recursos financeiros, patrimônio, etc. (Cruz, 2003, 2008).

10 Existe também a previsão da atuação de Organizações Não-Governamentais/ONG indígenas, às quais fazemos referência, mas não se constituem foco desta investigação.

A Participação “Autorizada”

Consideramos que uma das inovações desse modelo de DSEI consiste na afirmação de que os índios participariam da organização dos serviços através das instâncias de controle social, com representação nos Conselhos e Conferências de Saúde.

O modelo assistencialista anterior, desenvolvido pela FUNAI não previa que os índios fossem ouvidos, nem participassem das decisões relativas às ações de saúde que lhes afetavam diretamente¹¹. Por outro lado, cabe considerar que a participação indígena foi inserida em cumprimento aos princípios e diretrizes do SUS, que por sua vez já foram inspirados nas definições da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Portanto, a criação de espaços de participação indígena não significou uma alteração da relação marcada pela *colonialidade* que o Estado vinha mantendo com os povos indígenas.

Ao mesmo tempo em que o Estado apresenta um discurso que enfatiza a participação indígena dentro do contexto de respeito à diferença, ele define as regras, os lugares e as formas como esta participação deve ocorrer. Foram definidos mecanismos que permitiriam a participação efetiva dos povos indígenas nas decisões sobre as ações indigenistas ignorando-se que existem diferenças entre as formas de organização ocidentais e as dos povos indígenas.

O discurso presente no SUS destaca que a participação da comunidade constitui um dos elementos centrais no processo de rompimento com a forma como vinham sendo formuladas e implementadas as ações de saúde pública até a década de 1990. Esse discurso inspira-se no que vinha sendo discutido internacionalmente, como pode ser percebido na Declaração de Alma-Ata que afirma a participação como um direito (no âmbito do planejamento e organização) e dever (na execução dos serviços). A participação como um direito é afirmada na Constituição de 1988 (Brasil, 2000) e na Lei Orgânica de Saúde/ LOS (Leis 8080/90 e 8142/90).

De acordo com Correia (2005), a participação

social na saúde pública foi concebida na forma de controle social. Esta autora ressalta que:

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

O controle social no processo de gestão do SUS foi regulamentado pela Lei 8142/90. No âmbito da saúde indigenista, a criação de instâncias políticas que viabilizassem a participação indígena nas decisões sobre a saúde foi definida nos moldes do SUS. A *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (Brasil, 2002) afirma a importância da participação indígena em todas as etapas de planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, abrangendo expressões formais e informais.

A participação indígena foi regulamentada pela Lei 3156/99, que, por sua vez, foi elaborada de acordo com a Lei 8142/90. Tal como é regra nos demais Conselhos, foi definido que os conselheiros indígenas não seriam remunerados. A diferença está na definição de que deveriam ser criados dois Conselhos indígenas no âmbito do DSEI: Distrital e Local. O Conselho Distrital, tal como os Conselhos Municipais de Saúde, possui composição paritária - formado por 50% de representantes dos usuários indígenas e 50% de representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde. A Lei 3156/99 também trata da participação dos índios nos Conselhos Municipais de Saúde, posto que são usuários do SUS (Brasil, 1999).

O Conselho Distrital de saúde possui caráter deliberativo e as seguintes funções, de acordo com o artigo 4, do Decreto 3156/99:

11 Trata-se da inexistência de definições na legislação sobre a participação indígena, mas cabe destacar que os povos indígenas ao longo do tempo de contato interétnico têm sempre buscado formas de se fazerem ouvir nas deliberações relativas às ações indigenistas, mesmo sem estarem previstas.

I - aprovação do Plano Distrital;

II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (Brasil, 1999).

O Conselho Local é composto exclusivamente por usuários indígenas de cada comunidade indígena, mas a sua criação, tal como colocado no Decreto Nº 3156/99, não é obrigatória e sim facultativa. A atribuição dos conselheiros locais restringe-se às discussões sobre os serviços de saúde executados em sua área de abrangência e a atuação como instância consultiva junto ao Conselho Distrital.

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

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

Ao longo do tempo de contato interétnico, os povos indígenas têm continuamente expressado o desejo de participar das ações indigenistas. Os lugares demarcados para ser ocupados pelos índios no processo de participação colocam-se como uma imposição do modelo no qual as instâncias de con-

trole social, de caráter colegiado e representativo são apresentadas como um mecanismo aplicável a todos os povos indígenas, independentemente de suas diversidades sócio-culturais. Ignoram as características desses povos não partilharem a idéia de representação, tal como apontado por Garnelo e Sampaio:

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

O princípio da participação indígena coloca-se como uma característica da cultura ocidental que precisou ser a eles apresentado. No Maranhão isso foi realizado durante o trabalho de divulgação nas aldeias do modelo de DSEI, em 1999, antes de sua implantação.

Apesar do discurso enfático sobre a importância da participação indígena, através dos mecanismos oficiais, no DSEI-MA foi possível observar que o Conselho Local dos Tentehar-Guajajara (Amarante) foi marcado por irregularidade e descompasso, durante os anos de 2000 a 2007. Nesse período não houve reuniões sistemáticas e regulares: ocorreram algumas reuniões apenas em 2000 e em 2006, após um intervalo de seis anos.

O descompasso entre o que está formulado no novo modelo e sua implementação pode ser aprendido no primeiro ano de funcionamento do DSEI-MA, em 2000. O controle social não foi implantado conforme prevê a legislação. O Conselho Local do qual faziam parte os Tentehar-Guajajara (Amarante) só foi criado após três meses de funcionamento do DSEI-MA, sendo composto pelos três povos atendidos no Pólo-Base de Amarante: Tentehar-Guajajara, Krikati e Pukobyê

(Gavião)^{12, 13}.

Durante o primeiro ano de funcionamento, o Conselho Local do Pólo-Base de Amarante reuniu-se quatro vezes. De acordo com observações em campo e documentos, durante esse período os Tentehar-Guajajara posicionaram-se da seguinte forma: inicialmente apresentavam uma postura de desconfiança, frente à novidade. Com o tempo, demonstraram credibilidade, considerando essa instância como elemento de resolução dos problemas. Por último, expressaram descrédito quanto aos resultados das reuniões do Conselho Local. Um conselheiro Tentehar-Guajajara sintetizou esta situação afirmando que “*só existe reunião e nada é resolvido, já estou cansado de reunião e não se resolver nada. Já estou cansado de vir para reunião e não levar nada de novo para minha aldeia...*” (Conselheiro local Tentehar-Guajajara, 2000).

Afirmações nesse sentido indicavam um desgaste e frustração em relação às expectativas da participação indígena no Conselho Local, pois os Tentehar-Guajajara percebiam que estavam sempre discutindo os mesmos problemas, sem que fossem implementadas resoluções. Avaliavam tal situação como uma falta de respeito para com eles, passando a expressar o desejo de criar Organizações Não-Governamentais/ ONG indígenas para gerenciar os serviços de saúde, o que ocorreu em 2002.

A recomposição do Conselho Local só ocorreu em 2006, quando já se havia estabelecido mudanças na organização dos serviços de saúde por iniciativa dos próprios índios, que haviam assumido o gerenciamento das ações de saúde através de ONG indígenas.

Cabe destacar que existe também a previsão da participação indígena através do gerenciamento das ações indigenistas de saúde, por meio das ONG. Esse, todavia, não é um lugar previsto para ser ocupado exclusivamente por índios, visto que os documentos oficiais definem a possibilidade de ações comple-

mentares de saúde indigenistas executadas por ONG (Decreto 3156/99, Lei 9836/99), que também podem ser indígenas.

A partir do momento em que os próprios índios passaram a gerenciar os serviços, ocorreram dissidências, tanto internas aos Tentehar-Guajajara como em relação aos outros povos. Essas dissidências caracterizaram-se, entre outras coisas, pela criação de CASAI/Pólo-Base pelos próprios índios, em detrimento do DSEI-MA/ FUNASA e a criação de Conselhos Locais que atendessem tais dissidências. Em 2006, foram criados Conselhos Locais de acordo com o número de CASAI/Pólo-Base¹⁴, que também foram criadas pelos próprios índios

Os Tentehar-Guajajara (Amarante) exigiam a criação de Conselhos Locais que atendessem as dissidências internas e a diferenciação por povos. Desta forma, criaram quatro Conselhos para atender aos povos indígenas desta região: dois Tentehar-Guajajara (um formado por índios das aldeias localizadas próximas ao município de Amarante; outro, pelos Tentehar-Guajajara que residiam próximo ao município de Bom Jesus da Selva); um Pukobyê (Gavião); e um Krikati^{12, 13}.

A realização das reuniões de Conselho Local sempre seguia o mesmo direcionamento: os índios expondo as questões que consideravam pertinentes. Essa dinâmica expressa a prevalência da forma de organização dos Tentehar-Guajajara em relação à orientação do modelo de DSEI. Nas reuniões não participavam apenas os conselheiros indígenas, mas sempre estavam presente caciques e outras lideranças de cada aldeia. Durante as reuniões, os índios geralmente se posicionavam junto as suas famílias nucleares e faziam uso da palavra independentemente de serem conselheiros ou não: todos expressavam o desejo de serem ouvidos.

O Conselho Distrital do DSEI-MA também foi marcado por irregularidades e descompassos. A realização de reuniões dessa instância não se

12 COELHO, E. M. B. et al. *Relatório parcial de pesquisa: política indigenista de saúde e participação indígenas*. São Luis: UFMA/FAPEMA, 2006a. Mimeo.

13 COELHO, E. M. B. et al. *Relatório final de pesquisa: política indigenista de saúde e participação indígenas*. São Luis: UFMA/FAPEMA, 2006b. Mimeo.

14 Oficialmente o DSEI-MA era formado por cinco Pólos-Base (Zé Doca, Santa Inês, Barra do Corda, Grajaú, Arame e Amarante), mas foram criados pelos índios 18 CASAI/Pólo-Base.

constituiu como uma prioridade no DSEI-MA, tal como previsto nos documentos oficiais. Ao longo do período investigado ocorreram somente sete reuniões, de forma irregular: nos anos 2000, 2002, 2005 e 2006 não houve reuniões; em 2001, 2003 e 2007 (até o período da realização da pesquisa), só ocorreu uma reunião por ano; apenas em 2004 houve uma frequência maior, com quatro reuniões.

A criação do Conselho Distrital do DSEI-MA não foi priorizada: só veio a ocorrer no segundo ano de seu funcionamento¹⁵, após uma única reunião para sua criação. De acordo com os documentos oficiais, uma das principais funções do DSEI é promover a articulação para o funcionamento do Conselho Distrital, pois o mesmo constitui a instância detentora do poder de decisão nesse processo. Dessa forma, a criação dos Conselhos Locais, de caráter consultivo, sem a criação do Distrital inviabilizava a participação dos povos indígenas, nas decisões do DSEI-MA, visto que é este último a instância deliberativa.

Na prática, todavia, o Conselho Distrital tem funcionado também como um palco de conflitos intra-étnicos. A ocorrência constante de conflitos internos, uma das características da cultura Tentehar-Guajajara, ficou expressa na última reunião para recomposição do Conselho, em 2007, marcada por discussões acirradas e agressões verbais. Durante as discussões, os próprios índios em alguns momentos atribuíam ao DSEI-MA/ FUNASA-MA o acirramento dos conflitos intra-étnicos, acusando-o de estimulá-los, agravando as divergências e dissensões internas.

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

Os conflitos intra-étnicos constituem-se um elemento central para os Tentehar-Guajajara e interferem na própria configuração do Conselho Distrital. A proposta inicial para recomposição do

Conselho Distrital com vinte e quatro membros foi rejeitada. Após várias discussões definiu-se que o mesmo teria um mandato provisório de um ano, com quarenta e quatro membros, de forma a atender as dissidências internas.

Participação não “autorizada”

A *participação indígena oficial* na organização dos serviços de saúde no DSEI-MA, através dos Conselhos Local e Distrital, tem ocorrido de forma precária desde a implantação do novo modelo, em 2000. Ao mesmo tempo em que os problemas vão se agravando, os Tentehar-Guajajara (Amarante) têm buscado efetivar a participação em todas as esferas da organização dos serviços de saúde. Nesse processo utilizam tanto os mecanismos de participação previstos oficialmente, que denominamos “autorizada”, quanto formas de participação não “autorizada”, que são aqui denominadas de *estratégias indígenas de participação*. Utilizamos o termo *estratégias* por constituírem ações mobilizadas numa situação de confronto com as instituições responsáveis pela saúde indigenista. Classificamos como *indígenas* por serem acionadas pelos próprios índios.

Dentre os mecanismos previstos, “autorizados”, que não estabelecem rupturas com o que está previsto oficialmente, identificamos as seguintes ações:

- 1) Realização de reuniões com o DSEI-MA/ FUNASA para apresentar reivindicações, mesmo sem o funcionamento do Conselho Distrital;
- 2) Encaminhamento de cartas, bilhetes, abaixo-assinados e ofícios às instituições responsáveis pela saúde indigenista;
- 3) Participação nas reuniões dos conselhos e nas conferências de saúde;
- 4) Acionamento do Ministério Público e Procuradoria da República;

As *estratégias indígenas de participação* colocam-se como outra possibilidade dos índios serem ouvidos. Expressam o interesse de sociedades distintas buscando junto ao Estado direitos diferenciados em função de suas especificidades (Kymlicka, 1996).

15 OLIVEIRA, A. C. A. *Sub-projeto gestão das novas políticas de saúde para povos indígenas no Maranhão*: relatório final. São Luis: UFMA, 2005. Mimeo.

Nesse sentido, possuem natureza diversa dos movimentos sociais conduzidos por brasileiros, pela relação estabelecida entre *minorias nacionais* e o Estado.

As *estratégias indígenas* caracterizam-se pela realização de ações que rompem com o que está definido no modelo ou previsto nos documentos oficiais, visando pressionar os órgãos competentes no atendimento às suas demandas. Conseguimos mapear as seguintes ações:

- ocupação de prédios da FUNASA;
- bloqueio de estradas nacionais e estaduais;
- bloqueio de ferrovias;
- retenção de não-índios nas aldeias (com ou sem vinculação direta com a saúde indígenista);
- retenção de carros a serviço da saúde indígenista;
- denúncias nos meios de comunicação (escrita, televisada, *on line*); e
- ameaça de utilização das *estratégias* não “autorizadas”.

Na investigação, foi possível identificar que entre os Tentehar-Guajajara não há uma separação rígida entre *participação indígena oficial* e *estratégias indígenas de participação*. Eles constroem suas *estratégias de participação* e também *ressignificam* os mecanismos de participação definidos oficialmente, acionando tanto a *identidade de resistência* quanto a *legitimadora* (Castells, 2001), de acordo com a relação de poder que se estabelece. O que prevalece é o objetivo de ser atendido pelas instituições que tratam da saúde indígenista.

Nessas situações, o fato dos índios ocuparem posições nas instâncias oficiais de participação não os impede de participar das mobilizações. A função de conselheiro implica em assumir um compromisso em prol da eficiência dos serviços de saúde. Nessa situação, os índios acionam a *identidade legitimadora* (Castells, 2001). Quando a instituição não consegue atendê-los, os índios, mesmo investidos no papel de conselheiro indígena, acionam a *identidade de resistência* (Castells, 2001), fazendo uso de *estratégias indígenas de participação*. O que prevalece é o sentimento de pertencimento ao povo Tentehar-Guajajara e o descontentamento pela falta de respostas às suas demandas.

A forma como os Tentehar-Guajajara acionam as *estratégias* varia muito, fazendo uso de uma ou de várias estratégias simultaneamente. Outro aspecto a destacar é que os Tentehar-Guajajara (Amarante) não são os únicos a acioná-las. Tentehar-Guajajara de outras aldeias e Terras Indígenas, assim como outros povos que vivem no Maranhão e em outros estados também as acionam. As mobilizações não se dão unicamente por questões referentes à saúde indígenista, mas também por problemas relacionados à terra, à educação indígenista, ou a outras políticas assistencialistas. Tomamos como campo de análise especialmente aquelas relacionadas à saúde indígenista.

A busca constante de participação nas questões relacionadas à organização de serviços de saúde leva os Tentehar-Guajajara (Amarante) a lançar mão de *estratégias indígenas de participação* quando os *mecanismos oficiais*, comumente utilizados, são insuficientes. Os Tentehar-Guajajara adotaram esta conduta em função das seguintes reivindicações:

- recursos financeiros para as ações de saúde;
- participação nas decisões relativas ao quadro de pessoal envolvidos na saúde indígenista;
- participação nas decisões sobre operacionalização de serviços e melhorias das ações;
- participação nas decisões sobre o gerenciamento das ações de saúde; e
- participação nas instâncias oficiais (Conselhos e Conferências).

Ao longo do período da investigação, identificamos seis situações nas quais foram utilizadas *estratégias* próprias de participação. Durante os três primeiros anos (2003, 2004 e 2005) as mobilizações ocorreram apenas uma vez por ano. Nesse período acionaram uma estratégia por ano, mas em 2006 há três registros, ou seja, em um único ano acionaram um número de *estratégias* correspondente aos três anos anteriores, demonstrando o quanto suas demandas não tinham sido atendidas.

Dentre as seis situações identificadas, três (2003, 2004, 2006) utilizaram a ocupação do prédio da FUNASA, em São Luís-Ma; em uma das situações realizaram a retenção de carros e funcionários ligados a saúde indígenista (2005); em uma das situações realizaram o bloqueio da ferrovia Cara-

jás (2006); e, por fim, utilizaram um conjunto de ações envolvendo *estratégias* e mecanismos oficiais (2006), iniciado com o bloqueio da ferrovia, seguido de reuniões, acionamento do Ministério Público e discussões na plenária da IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, visando garantir a participação oficial nessa Conferência.

A análise permitiu apreender a *tensão* na relação entre Tentehar-Guajajara e DSEI-MA/FUNASA. De um lado, o DSEI-MA/FUNASA buscando a manutenção de uma relação baseada na *colonialidade do poder* (Quijano, 2005), tentando imprimir um padrão ideal através de um poder legitimador. De outro, a forma como os Tentehar-Guajajara lidam com a alteridade, *ressignificando* essa relação, pois não se encontram passivos nesse processo: exercem e sofrem a ação do *poder* (Foucault, 1981), o que lhes permite manterem-se como povo distinto da sociedade nacional.

Cada uma das *estratégias indígenas* possui suas especificidades, todavia ao serem acionadas deflagram as seguintes conseqüências identificadas: 1) Conflitos interétnicos; 2) Formação/reafirmação da opinião pública negativa em relação aos índios; 3) Acusações, prisões e processos contra os índios.

Todas afetam os povos indígenas, mas destacamos em especial a primeira, pela gravidade das características que apresenta: o conflito interétnico tem se agravado ao longo do tempo e já há registros de embates entre índios e não-índios provocados pela adoção das *estratégias*. Uma destas situações ocorreu entre os Tentehar-Guajajara, que vivem próximo ao município de Arame, e moradores desta cidade. Os índios bloqueavam a MA-006 tentando chamar a atenção para os problemas de saúde quando ocorreu o conflito que culminou como um episódio classificado pela FUNAI de “tentativa de massacre” por conta da situação de risco vivenciado pelos índios¹⁶ (FUNAI, 2007).

Consideramos que há uma distinção entre causas e motivações dos índios nessa dinâmica. As causas são os problemas que direcionam as reivindicações apresentadas durante o acionamento das *estratégias*. A motivação constitui um elemento mais amplo, caracterizado principalmente pela subjetividade, que anima os índios a se deslocar de suas aldeias para uma situação de “guerra”¹⁷ na qual não podem prever nem os resultados, nem as conseqüências. Ela refere-se às situações que funcionam como um gatilho, levando os índios a acionarem as *estratégias indígenas de participação*, ativando a *identidade de resistência* (Castells, 2001). Identificamos duas motivações principais.

A primeira motivação refere-se ao esgotamento de todas as outras possibilidades de acordo e dos mecanismos instituídos; esse marca o momento em que decidem acionar suas *estratégias*. Geralmente, o momento de partir para a “guerra” é precedido de várias tentativas de resolução, através dos mecanismos previstos ou “autorizados”. O fato de não serem atendidos ou nem mesmo receberem uma resposta da instituição cria a condição favorável ao acionamento das suas *estratégias*. A segunda, relacionada à primeira, refere-se à condição de *minoria nacional* dos povos indígenas, que se sentem prejudicados frente às políticas públicas. Há uma contraposição entre “Nós”, os povos indígenas, e os outros, “a sociedade brasileira”. Os índios buscam junto ao Estado *direitos diferenciados* (Kymlicka, 1996) e constroem uma percepção de que são prejudicados no atendimento à saúde justamente por serem índios.

O acionamento das *estratégias indígenas* estabelece um embate entre índios e não-índios. O modelo de saúde é uma construção dos não-índios para os índios. Os índios inserem-se nesse modelo de forma *tensa*, *ressignificando-o* a partir do que entendem que seja o modelo ideal. Ocupam lugares, exercem funções no modelo vivenciando uma *tensão* entre ser Tentehar-Guajajara e ser brasileiro.

16 O relatório da FUNAI coloca que nesta ação participaram mais de trezentas pessoas, moradoras de Arame, portando armas de fogo de diferentes calibres, assim como tochas nas mãos utilizadas para queimar as casas da aldeia. Os não-índios chegaram atirando em direção às pessoas (crianças, idosos, mulheres e homens) e casas. Utilizaram como meio de deslocamento vários carros de passeio e ônibus (FUNAI, 2007).

17 Usamos essa expressão por considerar que o embate ou conflito trava-se entre pessoas de diferentes nações. Alguns dos índios quando vão para tais ações portam-se como indo para a guerra e apresentam *sinais diacríticos* que evidenciam esse posicionamento, tais como pinturas corporais e até mesmo o uso de arco e flecha, etc. Mesmo que não haja o embate efetivo, tais ações possuem uma grande relevância simbólica.

O acionamento das *estratégias indígenas* constitui um momento limite nesta relação entre povos indígenas e o Estado (DSEI-MA/FUNASA). Demonstra a utilização de mecanismos que permitem aos índios exercerem um poder de pressão capaz de impor aos não-índios a necessidade de ouvi-los. Ao utilizar tais *estratégias* passam a estabelecer o ritmo da negociação, ao mesmo tempo em que apresentam suas demandas. Os índios passam a deter o controle, cabendo à instituição ouvi-los e agilizar a resolução do que é reivindicado.

Considerações Finais

A pesquisa permitiu identificar que existem diferentes percepções do Estado e dos povos indígenas sobre a participação indígena no sistema de atendimento à saúde. O SUS foi construído para atender aos brasileiros de modo geral e a inserção dos povos indígenas nesse sistema ocorreu de forma *tensa*, tendo em vista a necessidade de adaptar a estrutura universal do SUS às suas especificidades. O Estado afirma a participação indígena como um direito e define no modelo a demarcação de “lugares” específicos para os índios, nas instâncias oficiais de participação. Os índios têm *ressignificado* esses lugares, procurando estabelecer suas próprias formas de participação.

Para os índios, a participação pode ocorrer tanto através dos mecanismos oficiais, “autorizados”, quanto das *estratégias indígenas de participação*, não “autorizadas” oficialmente, o que demonstra que a participação tornou-se um *slogan* politicamente atraente no discurso e ausente na prática, pois as instâncias oficiais de participação indígena não têm funcionado no DSEI-MA.

No processo de *ressignificação* dos mecanismos de participação oficiais, são recorrentes as situações em que acionam *estratégias indígenas de participação* para garantir a participação indígena oficial, nos Conselhos e Conferências de Saúde. O que se observa é o objetivo de se fazerem sujeitos na saúde indigenista. Por outro lado, 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.

Referências

- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BRASIL. Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n.º 564, de 8 de junho de 1992, e n.º 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm. Acesso em: 03 mar. 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 479, de 13 de agosto de 2001. Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasFunasa/portaria_479_2001.pdf. Acesso em: 03 mar. 2004.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Distrito Federal, 2002.
- CARDOSO de OLIVEIRA, R. Identidade étnica, identificação e manipulação. In: CARDOSO de OLIVEIRA, R. *Identidade étnica e estrutura social*. São Paulo: Pioneira, 1976.
- CASTELLS, M. Paraísos comunais: identidade e significado na sociedade de rede. In: CASTELLS, M. *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- COELHO, E. M. B. *Cultura e sobrevivência dos índios no Maranhão*. São Luís: PPPG/Edufma, 1987.
- COELHO, E. M. B. *A política indigenista no Maranhão provincial*. São Luís: SIOGE, 1990.
- COELHO, E. M. B. *Territórios em confronto: a dinâmica da disputa pela terra entre índios e brancos no Maranhão*. São Paulo: Hucitec, 2002.

- CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CRUZ, K. R. *Povos indígenas e política de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios*. 2003. p. 155. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.
- CRUZ, K. R. *Os desafios da participação indígena na saúde indigenista*. 2008. p. 203. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.
- da MATTA, R. O ofício do etnólogo ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, E. O. (Org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- FUNAI - Fundação Nacional do Índio. *Tentativa de massacre ao povo Tenetehar-Guajajara na aldeia Cururu*: relatório. Imperatriz: Funai, 2007. p. 19.
- GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-318, 2003.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- KYMLICKA, W. *Ciudadanía multicultural: una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona: Paidós, 1996.
- MAGALHÃES, E. D. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do distrito sanitário Yanomami*. 2001. p. 203 (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília.
- OMS - Organização Mundial Da Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. Cazaquistão: OMS, 1978. Direitos Humanos Net. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. Acesso em: 10 mar. 2002.
- QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Clacso, 2005.
- SEMPRINI, A. *Multiculturalismo*. Bauru, SP: Edusc, 1999.
- WAGLEY, C.; GALVÃO, E. *Os índios Tenetehara: uma cultura em transição*. Rio de Janeiro: Semec, 1955.
- ZANNONI, C. *Conflito e coesão: o dinamismo Tenetehara*. Brasília: Cimi, 1999.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 16/09/2011