

Saúde dos povos indígenas
Reflexões sobre antropologia participativa

Esther Jean Langdon

Luiza Garnelo

Organizadoras

Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia 2004

Sumário

Apresentação

Antonio Carlos Lima da Souza 4

Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia

João Pacheco Oliveira Filho 6

Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.

Esther Jean Langdon 25

Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Dominique Buchillet 42

A Intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang.

Marlene Oliveira 55

O “ fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá Guarani, no Rio Grande do Sul

Luciane Ouriques Ferreira 70

O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami

Nadia Heusi Silveira 88

| | |
|--|-----|
| Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. | |
| Mai-Lis Follér | 103 |
| Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção a saúde indígena: contribuições da antropologia | |
| Eliana Diehl e Norberto Rech | 117 |
| Medicina Tradicional Baniwa: | 136 |
| uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria | |
| Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Gary Linn e André Fernando Baniwa | |
| Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões a partir do caso do Alto-Xingu | |
| Marina Cardoso | 155 |
| Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas | |
| Renato Athias | 171 |
| As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena | |
| Marcos Pellegrini | 184 |

Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas

Introdução

Desde 1999, estou envolvido na implantação do modelo assistencial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em dois contextos, no Estado de Pernambuco e na região do rio Negro, onde atuo como antropólogo na realidade da saúde dos povos indígenas dessas áreas. Este trabalho tem o objetivo principal de levantar questões sobre o trabalho do antropólogo diante da problemática da saúde indígena, e procura dar conta das diversas interfaces dessa atividade com o ponto de vista dos índios e com o dos profissionais de saúde. O trabalho visa ainda a refletir sobre o papel do antropólogo com base em minha experiência nos Conselhos de Saúde, enfatizando a participação indígena no processo de organização dos serviços de saúde.

No Brasil, o papel do antropólogo faz parte do debate sobre o fazer antropológico desde os anos 1970, com o instigante texto de Roberto Da Matta (1974), no qual enfatiza o trabalho de campo. A coletânea de artigos organizada por Antônio Arantes, *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo* (1992), dá uma direção bastante clara sobre como antropólogos brasileiros deveriam atuar nos contextos dos povos indígenas do Brasil, especificamente os capítulos de Roberto Cardoso de Oliveira sobre o trabalho do antropólogo em contextos interétnicos e o capítulo de Alcida Rita Ramos sobre seu papel político. O estado atual das políticas públicas para os povos indígenas, no entanto, oferece-nos outras situações e contextos que ampliam a discussão sobre o campo profissional do antropólogo nos serviços de saúde em áreas indígenas.

Meu envolvimento com as questões de saúde em áreas indígenas remonta ao ano de 1984, quando, pela primeira vez em toda a história do povo Hupdah, consegui, com o apoio de uma médica cedida pela FUNAI, percorrer 17 aldeias Hupdah da região interfluvial dos rios Papuri e Tiquié, a fim de realizar um levantamento de saúde. Conhecia a situação política dos Hupdah e a médica insistia na precária situação de saúde desses índios. No relatório produzido após esse levantamento (Athias, Selau e Verdum 1984), denunciava-se uma situação de saúde bastante crítica e que merecia atenção imediata. A situação era tão grave, do ponto de vista de sobrevivência física desse povo, que se pensou em elaborar um programa específico para atuar com a população indígena da bacia hidrográfica do rios Uaupés e Ayari. Em 1994, dez anos depois, por intermédio da Associação Saúde Sem Limites, uma organização não governamental, foi elaborado

⁸⁵ Gostaria de agradecer os comentários e a leitura prévia da colega Esther Jean Langdon e as sugestões de Cynthia Hamlin (PPGS/UFPE), Marina Machado (SSL), Alex Shankland (IDS/U.Sussex) e Raimundo Nonato (ICHL/UFAM). Este texto foi parcialmente apresentado na XXVII Reunião da ANPOCS em Caxambu (2003), no GT 15, coordenado por João Pacheco de Oliveira e John Manuel Monteiro.

um projeto com apoio da cooperação internacional (Health Unlimited e Christian Aid) e da União Européia para atuar na região. Esse projeto foi implantado e se iniciou, com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), um processo bastante participativo de discussão sobre o modelo de atenção à saúde para a região do rio Negro, o qual contou com a presença de vários profissionais de saúde que nela trabalhavam. Os resultados desse projeto forneceram as bases para a discussão e a elaboração de um plano de implantação de serviços de saúde no modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tal como formulado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1999. Acredito que as informações tanto quantitativas quanto qualitativas obtidas através desse projeto possibilitaram montar, em muito pouco tempo, a rede e a estrutura para implantação do que se tem hoje no DSEI Rio Negro. Talvez seja possível abordar, em discussão também importante, o papel dos antropólogos no processo de recrutamento e seleção de recursos para projetos em áreas indígenas, mas deixo esse tema para outro artigo.

As pesquisas antropológicas na área da saúde indígena, entendida aqui como um campo de conhecimento da antropologia da saúde, têm, nos últimos anos, centrado a atenção na organização dos serviços de saúde, nas transformações socioculturais, em avaliações de programas de saúde e nas adequações epidemiológicas desses programas às realidades indígenas específicas. Publicações recentes⁸⁶ expressam esses enfoques e mostram a ampliação da área de conhecimento que chamamos "Saúde indígena". Essas pesquisas e o debate em torno dos temas abordados favorecem o diálogo com os gestores e profissionais de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Além dessas investigações, muitos antropólogos têm participado, nos diversos distritos sanitários, como assessores e professores em cursos e treinamento para os profissionais de saúde, fazendo com que essa área de atuação, relativa à introdução de profissionais de saúde nas diversas áreas indígenas, constitua um debate à parte. As atividades desenvolvidas pelos antropólogos e o interesse dos coordenadores e gestores dos distritos sanitários visam ao conhecimento de aspectos da cultura dos povos indígenas dos territórios distritais. A relação com os antropólogos tem aumentado o interesse em desenvolver ou contribuir para a ampliação dos dados e para uma discussão sobre a epidemiologia dos povos indígenas.

As atividades de capacitação e treinamento para introdução de profissionais de saúde em áreas indígenas ocuparam grande parte de minha atuação tanto no Distrito Sanitário do Rio Negro quanto em Pernambuco. No Rio Negro, essa atividade foi bem organizada e centralizada na atuação do Centro Saúde Escola, ligado à diocese de São Gabriel da Cachoeira. Nos treinamentos, foram apresentadas, de modo ordenado, as informações etnográficas existentes, contextualizando-as no âmbito dos processos de saúde e doença. De modo geral, os resultados das atividades, segundo os gestores que as acompanharam, foram bastante efetivos. Com essas atividades de treinamento, pode-se perceber a necessidade de enfatizar, para os profissionais de saúde, que os índios possuem um sistema médico com lógica própria que a biomedicina deve respeitar, ou seja, compreendê-lo e fortalecê-lo com o intuito de garantir a sobrevivência cultural dos povos indígenas dessas regiões. Em outras palavras, lutar contra o preconceito e o processo de medicalização que todos os distritos sanitários especiais indígenas estão vivenciando. Mesmo que não tenha dados empíricos que o comprovem, posso afirmar que os processos de capacitação que contaram com o trabalho de antropólogos

⁸⁶ Refiro-me sobretudo ao número especial dos *Cadernos de Saúde Pública* (Santos e Escobar 2001) sobre os Povos Indígenas e a COIMBRA e outros (2003).

possibilitaram a permanência de profissionais nas áreas indígenas com certo grau de compromisso e sobretudo maior sensibilidade para os interesses do movimento indígena na região.

Ao refletir sobre minha atividade principalmente entre os Hupdah-Maku e os Pankararu, concluo que ela facilitou a entrada de profissionais de saúde nas aldeias em que eu já havia trabalhado, uma vez que busquei informá-las sobre o conhecimento desses povos acerca dos processos de saúde e doença e, em especial, sobre suas etiquetas sociais, com o objetivo de diminuir a distância entre os profissionais de saúde e os índios⁸⁷. De posse do conhecimento da língua Hup, procurei informar aos índios quais atividades seriam efetuadas e o porquê das mesmas. Desempenhei o papel de intérprete, informando aos Hupdah sobre o sistema médico ocidental e suas práticas de cura, ao mesmo tempo em que mostrava aos profissionais de saúde como os índios percebiam determinadas práticas. A ação do antropólogo, nesse caso, ocorreu no contexto da interculturalidade, uma vez que não só buscou desenvolver técnicas e metodologias de trocas de conhecimentos, como também favorecer uma maior participação indígena nesses processos.

O campo profissional dos antropólogos na área de saúde indígena está se desenvolvendo em decorrência de demandas específicas dos gestores, principalmente quanto à organização dos serviços de saúde, e tem como enfoque principal o entendimento da cultura indígena como peça-chave na melhora da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às comunidades indígenas. Tais demandas estão situadas na área de treinamento e capacitação de profissionais de saúde. Em geral, o papel dos antropólogos tem sido compartilhar informações etnográficas, ou seja, falar sobre a cultura indígena para os profissionais, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às culturas locais e, conseqüentemente, desenvolver de modo mais ordenado as questões culturais que envolvem a assistência e a prática médica entre os índios.

Outra área de atuação de antropólogos se refere à participação em encontros sobre saúde indígena e sobretudo em reuniões regulares dos Conselhos de Saúde Indígena, tanto no âmbito distrital quanto em nível nacional: Comissão Intersetorial de Saúde Indígena e Conselho Nacional de Saúde. Neste trabalho, interessa-nos refletir sobre a atuação em reuniões dos conselhos de saúde, relacionando-a com a participação indígena nesses espaços. Certamente essa atividade não é uma demanda dos gestores. Ao contrário, a participação dos antropólogos nos conselhos por meio de representação institucional⁸⁸, em particular quando referendada pelos índios, permite que estes tenham alguém para dialogar e com quem se aliar perante os gestores e os profissionais de saúde.

Recentemente, em um artigo sobre temas que estão na fronteira da prática médica e antropológica (Athias e Machado 2001), foram indicadas questões que merecem ser discutidas mais amplamente no âmbito da assistência à saúde dos povos indígenas e na construção de sistemas de saúde locais⁸⁹ culturalmente adequados. A participação indígena é um dos temas de fundamental importância na organização dos serviços de saúde para a construção de tais sistemas. Acreditamos que essa questão é importante

⁸⁷ Durante os anos de 1996 a 2002, tive oportunidade de acompanhar, nas áreas indígenas, várias equipes de saúde por meio da Associação Saúde Sem Limites, principalmente nos rios Tiquié e Uaupés, na região do rio Negro.

⁸⁸ Em Pernambuco, sou membro titular do Conselho Distrital como representante da Universidade Federal de Pernambuco e tenho participado também de reuniões do Conselho Distrital da região do rio Negro.

⁸⁹ A literatura sobre Sistemas Locais de Saúde (SILOS) é significativa no Brasil, e central para o entendimento mais amplo dos exemplos de operacionalização de modelos de atenção de saúde nos moldes de Distritos Sanitários.

porque todas as ações de saúde nas áreas indígenas devem ser norteadas por um processo de participação, seja no planejamento, seja na execução e na avaliação dos diversos programas de saúde.

Observamos, nesses últimos anos de implementação dos distritos sanitários, tanto em Pernambuco quanto na região do rio Negro, a ampliação da discussão sobre as questões de saúde nos Conselhos de Saúde. Há, todavia, uma tendência de os debates se voltarem para questões imediatas concernindo à organização dos serviços de saúde em detrimento de uma discussão estratégica sobre o modelo de atenção e sobre as possibilidades surgidas nesse processo de distritalização. Em outras palavras, a discussão sobre o desenvolvimento de um sistema local de saúde se mantém em segundo plano e dispõe de pouco espaço. Os conselhos de saúde, em razão de questões conjunturais, discutem temas de responsabilidade dos gestores e transferem questões sobre as práticas administrativas para os debates nas reuniões dos conselhos. Conseqüentemente, temas como qualidade dos serviços, satisfação das populações indígenas, medicina tradicional e medicina ocidental, todos aspectos importantes para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, tal como o modelo de atenção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas torna possível, perdem importância.

Evidentemente, a participação não pode ser medida apenas pelas atividades dos índios nos diversos conselhos de saúde. Ela também é entendida como o envolvimento da comunidade nos diversos programas implantados. A temática da participação merece ser discutida, e mesmo investigada, em diversas áreas, sem restringir-se às atividades dos conselhos de saúde. Nesse campo, talvez esteja outra atividade pertinente aos antropólogos: a assessoria aos conselhos (ou conselheiros) locais e distritais de saúde, uma vez que a ação dos antropólogos pode facilitar o entendimento dos termos relativos às atividades de saúde e destacar, para os profissionais de saúde e gestores, as principais questões ligadas a elas no contexto das culturas indígenas.

Via de regra os antropólogos são considerados pelos gestores de saúde indivíduos que trabalham com comunidades pequenas, detentoras de uma linguagem hermética e decodificada apenas por eles próprios, que as mantêm isoladas do grupo maior em que se inserem. Um exemplo desse “isolamento” pode ser observado atualmente em São Gabriel da Cachoeira. A população urbana tem crescido assustadoramente nos últimos anos, e esse crescimento se deve ao deslocamento dos índios de seus lugares tradicionais. Na periferia da cidade, encontram-se índios vindos de diversos rios, vivendo em agrupamentos mistos e compartilhando uma rede de serviços de saúde formada pelos benzedores e curadores. Não se pode, contudo, afirmar que essas comunidades indígenas se integram a uma unidade social maior, como parece ser a percepção dos profissionais de saúde, que se voltam apenas para as doenças e a medicalização. Neste caso, a principal tarefa do antropólogo tem sido mostrar os mecanismos e os processos pelos quais as comunidades indígenas se ligam a contextos mais amplos. Em outras palavras, os estudos antropológicos nessas áreas levam à descoberta das relações sociais e interétnicas existentes e à análise dos conflitos, clivagens e contradições. Muitas vezes, as questões levantadas por antropólogos em discussões sobre os serviços de saúde são deixadas de lado pelos gestores de saúde indígena por exigirem uma postura de compreensão holística e de entendimento mais amplo do outro. Parece mais fácil executar determinada ação de saúde e avaliá-la com padrões construídos em uma outra realidade que procurar indicadores pertinentes a uma realidade indígena específica.

Talvez aqui se possa enfatizar, no âmbito da saúde indígena, uma das principais lições dos antropólogos com relação aos grupos indígenas. Edmund Leach, retomado posteriormente por Clifford Geertz, enfatizou que todos os detalhes existentes nas tramas

e relações sociais têm sentido para os indivíduos de um determinado grupo social e serão sempre relevantes. A tarefa do antropólogo como intérprete ou especialista em questões interculturais ganha força, uma vez que ele domina conhecimentos e processos provenientes de observações extraídas de um trabalho de campo realizado com diversos grupos indígenas. Seu trabalho deve buscar “sentidos” de outro contexto cultural, tornando mais amplo o entendimento das questões que envolvem a saúde e o bem-estar físico desses grupos indígenas.

Conselhos de saúde e participação

Existem atualmente cerca de 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, com distritos sanitários funcionando em territórios específicos e modelos operacionais diferenciados segundo a realidade local de cada um deles. Não nos interessa aqui debater a operacionalização dos distritos em suas diversas formas. Gostaríamos, com base em de dois contextos, o do rio Negro e o de Pernambuco, nos quais tenho participado como antropólogo em reuniões de conselhos locais de saúde (nas comunidades indígenas) e encontros de Conselhos Distritais, discutir o papel do antropólogo no âmbito da saúde indígena visando à construção de um argumento sobre a participação de antropólogos na organização dos serviços de saúde em áreas indígenas.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são formados exclusivamente por índios, indicados pelos gestores de saúde de usuários do subsistema. Eventualmente os profissionais de saúde também participam das reuniões. Os conselhos têm suas regras próprias de funcionamento, respeitando-se a forma como a comunidade se organiza. De acordo com as normas existentes, esses conselhos são formais e homologados pelo coordenador regional da FUNASA em suas respectivas áreas. A composição e disposição dos Conselhos Distritais estão em acordo com a Lei 8.080: a *paridade* é o principal elemento regulador da participação de usuários e prestadores de serviços de saúde. Os Conselhos Distritais são formalizados e seus participantes têm seus nomes homologados pelo presidente da FUNASA. O documento sobre a política de saúde indígena não só enfatiza essa participação, como também determina a formação de tais conselhos:

[...] Criação de um Conselho Distrital de Saúde e Conselhos Locais de Saúde com composição paritária entre usuários, trabalhadores do setor de saúde e prestadores de serviços conforme a Lei 8142/1998 e demais diretrizes dessa Lei. Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital devem estar representados, conforme indicação das comunidades, sendo que nenhum deles deterá a maioria (cinquenta por cento mais um) dos assentos. [...] aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérpretes por ele indicados. Dentre os prestadores de serviços, deverão ter representação as seguintes instituições: Agência Governamental de Saúde Indígena, Órgão Indígena Oficial, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, universidades, organizações não governamentais e gestores de Distrito e Subdistrito.⁹⁰

Em saúde indígena, como em saúde pública ou coletiva, o controle social é visto como forma de participação e fiscalização dos usuários dos serviços de saúde, tornando

⁹⁰ Diretrizes para elaboração do planejamento estratégico para política de saúde indígena. Ministério da Saúde, abril de 1999, reeditado em março de 2002.

possíveis as vias e o estabelecimento de mecanismos de participação nas ações de saúde, de maneira a garantir a satisfação do usuário. Não se tem notícias de como estão funcionando nos 34 distritos os diversos conselhos locais e distritais de saúde indígena. Durante a III Conferência de Saúde Indígena, no entanto, foram votadas as seguintes propostas em um plenário de mais de quatrocentos representantes indígenas e outros quatrocentos profissionais de saúde, tanto governamentais quanto de organizações não governamentais, dos diversos estados:

- capacitação continuada para conselheiros indígenas e não-indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.
- promoção de modificações nas leis que instituem os Conselhos de Saúde (municipal/ estadual/ nacional) para garantir a inclusão de representantes indígenas.
- representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde e sua homologação imediata pelo Ministro da Saúde.
- recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), para garantir a paridade com representações indígenas das regiões: 1 Norte, 1 Nordeste, 1 Centro-Oeste, 1 Sul, 1 Sudeste.
- implementação do Comitê Indígena para assessorar e acompanhar as ações da FUNASA
- participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais.

Os pontos acima parecem indicar a direção tomada pelos formuladores das políticas de saúde com relação à participação nos espaços políticos de decisão em saúde indígena. O primeiro deles, sobre a questão da capacitação, é o mais importante. A história da participação popular na organização dos serviços de saúde no Brasil já mereceu muitos trabalhos e imensas discussões. Até o momento, foram realizadas no país 12 Conferências Nacionais, com importante participação de setores da população brasileira.

Esse debate sobre participação pode dar pistas para clarear a posição daquele que nomeia ou interpreta os interesses da comunidade. Nesses conselhos de saúde encontram-se índios de diferentes etnias e com maneiras particulares de entender o sistema de saúde. Pode-se denominar a participação desses índios “ampliação dos recursos em suas aldeias”. No caso do Distrito Sanitário do Rio Negro, em um sistema de hierarquias ainda vigente, não só a indicação, como também a posição das falas desses conselheiros têm significado. Foucault (1979) situaria essa participação nos espaços do poder ou na heterogeneidade do poder, à luz do sistema de símbolos que as relações de grupos específicos mantêm com as instituições do Estado. Na realidade, a teoria da ideologia reconhece a produção de saberes específicos, assim como a institucionalização das práticas e os instrumentos para formação e acumulação de conhecimento. Nesse sentido, pode-se dizer que há relação mecânica entre desejo e interesse, tal como expressa por Spivak (1993).

Espaços de negociação, autonomia e DSEIs

O DSEI-PE compreende as Terras Indígenas das seguintes etnias: Fulni-ô, Pankararu, Truká, Tuxá, Kambiwá, Pipipã, Xucuru, Kapinawa, Atikum e, mais recentemente, Pankará, com uma população estimada em 25.793⁹¹ índios, distribuídos em 150 aldeias, nos 13 municípios do Agreste e do Sertão pernambucanos. Até 1999, as ações de saúde estiveram sob a responsabilidade da FUNAI e dos municípios em que as aldeias indígenas se localizam, e eram realizadas sem a preocupação de desenvolver uma reflexão em torno da especificidade de uma organização de serviços de saúde apropriada para essas populações. A prática dessas ações de saúde executada pela FUNAI e, nos períodos eleitorais, pelos municípios seguia os modelos assistencialistas. Não existem registros de trabalhos de saúde de ONGs com populações indígenas em Pernambuco.

As organizações indígenas em Pernambuco consideram prioritária a questão da demarcação de suas terras e, conseqüentemente, da afirmação da identidade étnica. A questão da saúde está em segundo plano, sob a forma de reivindicações específicas e pontuais, e demarcam também as questões que norteiam as identidades étnicas dos povos indígenas de Pernambuco. Nesse contexto, a implantação do Distrito Sanitário Indígena se deu de forma verticalizada: o movimento indígena não teve o tempo necessário para entender a proposta como um todo e para discuti-la adequadamente⁹². Houve uma única reunião promovida pela FUNASA em abril de 1999, da qual participaram as lideranças indígenas, tratando-se basicamente da definição do território distrital. Em seguida, deu-se início ao processo de implementação da proposta em ritmo acelerado, sem a devida participação indígena em seu acompanhamento e desenvolvimento. No bojo desse processo, a FUNASA recebeu o apoio de todas as lideranças para implementação das atividades do Distrito.

A equipe local da FUNASA foi obrigada a estabelecer uma prática de diálogo com os índios, usuários dos serviços, o que tem provocado importantes reflexos no processo de implantação do distrito e sobretudo nas relações internas nas diversas aldeias. Os Conselhos Locais foram instrumentalizados para efetuar as articulações atribuídas pela FUNASA. As articulações do Distrito Sanitário foram feitas diretamente com os municípios, que incorporaram parte da execução de ações de saúde nas áreas indígenas por meio de convênios específicos que prevêm a contratação de equipes multidisciplinares para a prestação de serviços de saúde nessas localidades. Cabe ressaltar que o MS/FUNASA investe nos municípios e procura seguir os parâmetros adotados na Norma Operacional Básica do SUS/96, com uma série de incentivos financeiros para que os mesmos sejam estimulados a executar a atenção básica nas comunidades indígenas. Desse modo, as equipes distritais de saúde são escolhidas e contratadas pela prefeitura local, o que pode implicar, às vésperas de um ano eleitoral, um jogo de interesses políticos, sem necessariamente trazer melhorias no acesso aos serviços de saúde. Em outras palavras, a organização dos serviços de saúde nessa região está sendo feita sem uma discussão mais ampla com a população indígena, e a inserção desse subsistema de saúde no SUS indica distorções históricas da saúde pública no país, características do uso político-eleitoral da questão.

Até a presente data, não se tem um quadro consolidado sobre o perfil epidemiológico das diversas áreas indígenas. Os principais agravos apontados são doenças infecto-parasitárias, endêmicas e crônico-degenerativas. Pode-se afirmar que os

⁹¹ Dados da FUNASA de 2002. Há notícias de técnicos da FUNASA que esse número aumentou em 2003.

⁹² No caso da área Pankararu, a discussão sobre o distrito sanitário começou em fevereiro de 1999 por iniciativa de pesquisadores do Projeto de Saúde Reprodutiva em desenvolvimento na área, implementado pelo FAGES/UFPE.

índios nunca tiveram tantos profissionais atuando no âmbito da saúde indígena, os quais respondem a uma demanda reprimida de muitos anos. Isso constitui um avanço significativo e é reconhecido pelas lideranças indígenas. A atuação das equipes na área indígena, contudo, ainda é realizada nos moldes de uma assistência ambulatória, sem levar em conta os aspectos culturais de cada um dos povos indígenas. Tampouco observam-se as práticas das visitas domiciliares pelas equipes profissionais.

As principais queixas das lideranças indígenas são: a) contratações que seguem a política das prefeituras locais e aumentam a distância entre o vínculo empregatício e a coordenação técnica⁹³ (FUNASA) das ações; b) não-cumprimento dos horários de trabalho nas áreas indígenas – “chegam tarde e saem cedo”, dizem as lideranças indígenas; c) discriminação sofrida pelos índios por parte do pessoal médico, quando atendidos na rede municipal de saúde; e d) autonomia dos conselhos locais de saúde.

O treinamento para as equipes de saúde, apesar dos esforços realizados, ainda carece de uma melhor capacitação na área da antropologia da saúde. Uma das principais dificuldades com relação aos recursos humanos é a alta rotatividade de profissionais contratados pelas prefeituras. Os agentes de saúde que atuam na área indígena são agentes contratados pela FUNASA ou pelos municípios através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Na área Pankararu, a distância entre eles aumenta, pois recebem orientações de supervisores municipais não devidamente informados, encontrando-se ainda complicadores no sistema de informações em saúde, uma vez que essa área indígena está situada em três municípios.

Apesar de avanços na participação dos índios na organização dos serviços de saúde, pode-se observar que os conselheiros locais de saúde carecem de treinamento adequado para exercer suas atribuições. Não há um controle social dos recursos repassados para o pagamento dos salários de profissionais nem dos subsídios para os hospitais de referência dos municípios. Na realidade, levando-se em conta a situação geral, existem alternativas imediatas e provisórias para atender as demandas das comunidades indígenas, as quais podem se perpetuar pela inexistência de avaliação das ações de saúde por parte dos profissionais de saúde, dificultando assim a consolidação de um subsistema de atenção à saúde indígena.

Desde a implementação do Distrito Sanitário, os índios de Pernambuco foram envolvidos nas discussões sobre os serviços de saúde, sem entenderem exatamente o processo mais amplo de distritalização. Esses índios sempre se relacionaram com o Estado através da FUNAI, a qual até hoje mantém com as comunidades indígenas uma relação clientelista profundamente enraizada em um modelo tutelar. O cacique é visto como a pessoa que busca os recursos para a sua comunidade. Como essa relação permanecerá assim durante muito tempo, a implantação dos conselhos locais de saúde nas diversas áreas indígenas criou um novo espaço para a negociação dos recursos. Pelos relatos dos representantes dos povos indígenas no conselho distrital, pode-se perceber que esse novo espaço, estabelecido inicialmente para a discussão das questões de saúde, está se tornando um amplo espaço de discussão dos principais problemas de uma determinada etnia.

A elaboração da proposta de organização dos serviços de saúde para a região do Alto Rio Negro é fruto de um intenso trabalho de articulação interinstitucional, com o envolvimento de antropólogos desde a realização da I Conferência de Municipal de Saúde, em 1997. Essa conferência contou com a participação de representantes indígenas,

⁹³ O “Novo Modelo” de gestão instalada na FUNASA desde Janeiro de 2004, ainda não dá conta de resolver essa questão.

de profissionais de saúde de toda a região ligada ao setor, de políticos locais e das Forças Armadas, que têm representação bem expressiva nessa região.

A região do Alto Rio Negro possui características bastante peculiares, tais como a grande extensão territorial e a dificuldade de acesso às comunidades indígenas. É um grande desafio para a elaboração de uma proposta de distrito sanitário adequada. No rio Negro, vivem cerca de 22 etnias das famílias lingüísticas Tukano, Arawak, Maku e Yanomami. O município de São Gabriel da Cachoeira, sede distrital, possui 108.000 km² de extensão, é entrecortado pelos rios que formam a Bacia do Rio Negro, com diversos trechos encachoeirados, em razão aos quais, muitas vezes, é necessário, para chegar a determinadas comunidades, fazer um trecho a pé, em que todos os equipamentos necessários para o trabalho de saúde são transportados pelos profissionais de saúde e pelos comunitários. Pensar na operacionalização desses serviços visando à melhoria no acesso para as populações que residem nessa região exige um esforço técnico, no sentido de adequar as rotinas de trabalho sem perder a qualidade dos serviços prestados.

A articulação interinstitucional constituída revela a maturidade das organizações e entidades de saúde que atuam nessa região, uma vez que nenhuma delas tem capacidade operacional para atender as seiscentas comunidades existentes. Essas instituições apóiam a organização indígena na execução dos serviços de saúde. A sustentabilidade do modelo assistencial para essa realidade depende de um trabalho mais intenso na formação de agentes indígenas de saúde e na obtenção de recursos humanos locais.

A participação indígena nesse processo de elaboração consolida o espaço que as organizações indígenas conquistaram ao longo dos anos. Existem na região cerca de cinquenta associações indígenas, filiadas à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), que as congrega desde 1987. O trabalho da FOIRN está direcionado para a defesa dos direitos indígenas na demarcação de terras, na educação e na saúde. As Terras Indígenas do Rio Negro foram demarcadas em 1998, após um processo de lutas que duraram vinte anos. Com esse acúmulo de experiência em termos de participação social, o movimento indígena no rio Negro tem amplas condições de expressar suas demandas no momento da concepção do modelo assistencial, participando das fases de execução e avaliação das atividades.

Em um primeiro momento, as instituições que atuam na região do rio Negro elaboraram propostas e planos de ação baseados na divisão por setores entre as diversas entidades. As Organizações Indígenas, representadas pela FOIRN, ocupavam um espaço privilegiado de controle dessas ações. Recentemente a FOIRN, em razão de conjunturas específicas, foi pouco a pouco assumindo um duplo papel: o de controladora e o de executora das ações de saúde, mediante a celebração de um convênio com a FUNASA para todas as áreas do rio Negro. O número de funcionários da FOIRN pulou de cerca de oitenta para aproximadamente quatrocentos no espaço de dois anos, uma vez que todos os profissionais da área da saúde passaram a ser contratados por ela.

Os Conselhos locais de saúde e a organização territorial das ações de saúde são compatíveis com as regiões administrativas da Federação, ou seja, nessas regiões se encontram agora os conselhos locais de saúde, que se somam às diversas associações existentes. Esse espaço de negociação e discussão existe paralelamente aos espaços já constituídos de discussão sobre os diversos projetos e interesses das associações locais.

O conjunto de elementos reunido acima com relação às duas áreas indica a dinâmica das relações sociais entre os índios e os não-índios encarregados de implantar as ações de saúde. Essa dinâmica torna evidente a necessidade de incluir o trabalho de antropólogos na esfera dos profissionais que atuam no âmbito de um distrito sanitário.

O discurso das lideranças e representantes nos diversos conselhos apresenta clara dicotomia ou oposição. Em alguns momentos, esse discurso procura fazer valer um conhecimento de causa e insiste no conhecimento próprio; em outros, mostra-se hábil em negociar serviços e recursos para sua comunidade. Nos processos de negociação, pode-se perceber a maneira como manejam os dados antropológicos conhecidos, sobretudo a identidade étnica, deixando evidentes os interesses específicos do grupo, que vão das relações de parentesco à posição na hierarquia indígena, as quais revelam uma dinâmica própria e a habilidade de realizar alianças.

Antropólogos e participação indígena

Tanto na região do rio Negro quanto em Pernambuco, a dinâmica das relações políticas traduz as tensões existentes nas regiões geográficas onde as aldeias indígenas se encontram. Essas tensões podem ter origem nas relações de parentesco e nas áreas geográficas em que os representantes indígenas obtêm a sustentação política para suas atividades. A tensão é real e dificilmente o gestor de saúde indígena ou os membros da equipe de profissionais que atuam na região podem perceber com clareza os diversos pontos de conflito. Os novos espaços de negociação fornecem aos povos indígenas novas práticas e estratégias de negociação com instituições não-indígenas.

Se na região rio Negro essas novas estratégias de atuação convivem com formas tradicionais de exercer a liderança, em Pernambuco as novas estratégias estão diminuindo o clientelismo e o modelo tutelar nas relações com as instituições do Estado, implantado desde que o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) instituiu o “modelo do cacicado”. Se, de um lado, há pontos comuns a essas duas realidades, principalmente no tocante ao estabelecimento de novas estratégias de negociação, de outro, existem diferenças significativas com relação ao movimento indígena e sua dinâmica interna de representação, tanto internamente às aldeias quanto fora delas. Nas duas situações, essas diferenças se situam principalmente no âmbito interno das relações de poder. A percepção que os índios têm dos antropólogos e de seu papel reflete a relação que mantêm com a sociedade envolvente. Em Pernambuco, os índios procuram o antropólogo para “falar por nós”, isto é, apropriam-se do discurso dos antropólogos em suas falas e os citam como “argumento de autoridade”. Na região do rio Negro, o antropólogo é visto como aquele que “está junto”, mas quem fala são os índios. O antropólogo é considerado um portador de argumentos de autoridade, sobretudo os que não falam uma das línguas locais.

Até hoje, as associações indígenas existentes nas diversas áreas de Pernambuco não têm exercido o poder de representação, como na região do rio Negro. As associações indígenas estão presentes nos espaços de negociação de projetos governamentais de cestas básicas ou de incentivos aos produtores rurais. A liderança exerce esse poder de representação e as falas dessas lideranças são escutadas como aquelas que definem a direção a ser tomada nos processos de negociação. Trata-se de uma participação em que a liderança estabelece de antemão com a comunidade os interesses específicos na saúde. Quem garante o acesso aos “bens” e aos “recursos” é a liderança. No caso da região do rio Negro, a associação tem esse poder de trazer os recursos. As duas formas de atuar fazem da escolaridade um condicionante que interfere nos modelos de negociação. Nesses casos, os antropólogos são vistos como aqueles que podem viabilizar recursos, ao elaborar projetos ou atuar como intermediário entre os grupos indígenas e as agências de cooperação, como mencionado no início deste artigo.

Os índios escolarizados pouco a pouco obtêm maior importância e entendimento desses espaços, uma vez que a quantidade de papéis distribuídos tem aumentado, dificultando o acompanhamento das discussões e posterior decisão pelos índios não treinados na leitura. Na realidade, a documentação sobre as atividades das equipes de saúde distribuída nas reuniões dos conselhos – tabelas de mortalidade e morbidade, índices de cobertura vacinal etc. – necessita de melhor apresentação para facilitar o entendimento e a compreensão dos índios. Os indicadores de saúde ainda carecem de reorganização, de modo a mostrar claramente como está de fato a saúde dessas populações. A participação de antropólogos nas reuniões de conselhos tem sido importante para mediar a discussão, propiciar aos índios um melhor entendimento dessas questões e traduzir em linguagem técnica os interesses mais imediatos dos próprios indígenas, relacionando-os com os aspectos culturais negligenciados nos dados estatísticos trabalhados por aqueles que organizam a informação em saúde no distrito.

O embate de forças políticas se dá principalmente nas reuniões dos conselhos locais. Nessa instância, encontram-se as principais pautas e negociações entre os diversos grupos ou facções locais. Em Pernambuco, tive a oportunidade de participar várias vezes de reuniões do conselho local Pankararu. Nos dois últimos anos, presenciei calorosas discussões nas reuniões de que participei e atuei como mediador, buscando um melhor entendimento sobre a situação e o consenso entre as partes. Essas reuniões se tornaram importantes, pois decidem em que aldeia será instalado um novo posto de saúde e/ou recursos alocados para a área. Na região do rio Negro, as reuniões dos conselhos locais, ao menos aquelas nas quais tive oportunidade de participar, foram conduzidas pelos responsáveis pelo “controle social”, uma das instâncias (departamento) da FOIRN que acompanha essas reuniões nas localidades. A pauta da reunião, portanto, vem de São Gabriel. Os participantes fazem sugestões e aprovam a mesma. Não tive a oportunidade de presenciar nenhum embate político, como nas reuniões que testemunhei na área indígena Pankararu.

Meu entendimento dessas relações passa pelo conhecimento acumulado a respeito da inserção desses índios em diversos contextos, assim como pela maneira específica de realizar o fazer antropológico, que pode ser caracterizado como uma atividade crítica e independente, baseada na convivência com os grupos indígenas. A postura crítica decorre do conhecimento da história dos diversos clãs, de sua estrutura social e relações de parentesco. Na região do rio Negro, é preciso conhecer as estruturas que são movidas pelo mito de jurupari (Athias 1995), hoje parte das relações interétnicas. Em Pernambuco, o entendimento da história de ocupação territorial facilita a compreensão das relações de parentesco e sobretudo das formas de representação política. Com base em minha experiência pessoal, o envolvimento do antropólogo nas reuniões de conselhos de saúde continua sendo o de tradutor, mediador e intérprete. A presença do antropólogo é aceita pelo conselho quando procura, com os índios do conselho, apresentar em linguagem adequada e compreensível as questões de fundo (e a agenda) da pauta de reuniões, ou seja, quanto busca mostrar aos índios os diversos lados da situação, o que geralmente não é feito pelos gestores.

Os conselhos de saúde procuram considerar os povos indígenas protagonistas das ações de saúde. As discussões muitas vezes levam os representantes nos conselhos a ampliar seus desejos e interesses. Tudo, no entanto, esbarra na redistribuição dos recursos e no poder do Estado de bloquear as ações pretendidas e planejadas com recursos que muitas vezes não são repassados de maneira eficiente. As discussões e a participação dos índios no planejamento da FUNASA são importantes para a produção de conhecimentos sobre uma prática participativa, porém o controle e as decisões efetivas de todas as ações

ainda se mantém reservada à instituição. Disso decorre o grande debate entre os índios participantes do Conselho Distrital em Pernambuco sobre sua real autonomia, uma vez que a FUNASA determina a pauta e os índios legitimam a ação desta instituição na região.

A participação de antropólogos no âmbito da saúde indígena, ou em outros contextos de aplicação de políticas públicas para os povos indígenas no Brasil, reafirma seu papel político, tal como delineado na Declaração de Barbados (1971)⁹⁴, que diz:

os antropólogos têm a obrigação de aproveitar todas as conjunturas que se apresentem dentro do atual sistema para atuar em favor das comunidades indígenas. Cumpre ao antropólogo denunciar por todos os meios os casos de genocídio e práticas etnocidas, assim como voltar-se para a realidade local para teorizar a partir dela, a fim de superar a condição subalterna de simples exemplificadores de teorias alheias.

Referências Bibliográficas

ARANTES, Antonio Augusto (org)

(1992) *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Campinas: Editora da UNICAMP.

ATHIAS, Renato

(1995) "Hupdë-Maku et Tukano. Relations inégales entre deux sociétés du Uaupés Amazonien (Brésil)". Tese de Doutorado, Universidade de Paris X – Nanterre.

ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina

(2001) "Saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários : temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar". Em: *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), março. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

ATHIAS, Renato, SELAU, Goreth. & VERDUM, Ricardo.

(1984) "Relatório sobre a situação de saúde dos Hupdah". São Gabriel da Cachoeira. Mimeo,

⁹⁴ Nomeada "Pela libertação do indígena", foi o documento final do encontro de antropólogos intitulado "Fricção interétnica na América Sul não-Andina", coordenado pelo antropólogo Georg Grünberg e realizado na Universidade das Índias Ocidentais (Barbados) com o apoio da Universidade de Berna (Suíça). A Declaração e os textos desse evento podem ser encontrados no livro *La situación del indígena en América del Sur*. Montevideo: Tierra Nova, 1972.

CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto

(1992) "Práticas interétnicas e moralidade". Em: ARANTES, A. (org.). *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Ob. cit.

COIMBRA, Carlos E. A., SANTOS, Ricardo Ventura. & ESCOBAR, Ana. (orgs.)

(2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO.

DA MATTA, Roberto

(1974) "O ofício do etnólogo ou como ter "anthropological blues". *Comunicação n. 1*. Rio de Janeiro: Museu Nacional

FOUCAULT, Michel

(1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

MENDES, Eugênio Vilaça. (org.)

(1995) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO

RAMOS, Alcida Rita.

(1992) "O antropólogo como ator político". Em: ARANTES, A. (org). *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Ob. cit

SANTOS, Ricardo Ventura. e ESCOBAR, Ana. (orgs.)

(2001) "Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais", *Cadernos de Saúde Pública*, n. 17(2).

SPIVAK, Gayatri Chakravorty

(1993) "Can the Subaltern Speak?". Em: WILLIAMS, Patrick e CHRISMAN, Laura (eds.). *Colonial discourse and post-colonial theory*. London: Harvester / Wheatsheaf.