

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

REGINALDO SILVA DE ARAÚJO

Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu

SÃO CARLOS - SP
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

REGINALDO SILVA DE ARAÚJO

Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutor em Antropologia Social.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Marina Denise Cardoso.

SÃO CARLOS - SP
2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

A663pn

Araújo, Reginaldo Silva de.

Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil : dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu / Reginaldo Silva de Araújo. -- São Carlos : UFSCar, 2012. 259 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Antropologia. 2. Índios - política de saúde. 3. Encontro interétnico. 4. Alto Xingu - Brasil. 5. Distritos sanitários. 6. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD: 301 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas.coordenacao@ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO DE

Reginaldo Silva de Araújo

06/02/2012

Prof. Dra. Marina Denise Cardoso
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Geraldo Luciano Andrello
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Piero de Camargo Leirner
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Paulo José Brando Santilli
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" / UNESP

Profa. Dra. Maria Clara Vieira Weiss
Universidade Federal de Mato Grosso / UFMT

Submetida à defesa em sessão pública
Realizada às 14:00h no dia 06/02/2012.

Banca Examinadora:
Prof. Dra. Marina Denise Cardoso
Prof. Dr. Geraldo Luciano Andrello
Prof. Dr. Piero de Camargo Leirner
Prof. Dr. Paulo José Brando Santilli
Profa. Dra. Maria Clara Vieira Weiss

Homologado na CPG-PPGAS na
_____ª Reunião no dia ____/____/____.

Prof. Dra. Clarice Cohn
Coordenadora do PPGAS

Dedicatória

Dedico a pesquisa aos líderes indígenas, indigenistas, antropólogos e outros que contribuem para a defesa e o fortalecimento dos direitos dos Povos Indígenas em todo o mundo.

Agradecimentos

À minha esposa Nilza Cristina, que, ao longo de toda a pesquisa, procurou apoiar-me nas angústias e dificuldades em realizar um doutoramento em serviço – atuando na condição de docente na Universidade Federal do Tocantins e posteriormente na Universidade Federal de Mato Grosso. Certamente ela representa, na minha vida, meu porto seguro e minha felicidade cotidiana. Às minhas filhas Luísa Vitória e Júlia Marina, que me ensinam todos os dias que a vida é um milagre permanente.

À professora Marina Cardoso, que tornou possível a realização deste trabalho, ao acreditar nas possibilidades representadas pelo tema da pesquisa e ao conduzir a orientação acadêmica com a singular competência que lhe é peculiar. Aos professores Geraldo Andrello e Piero Leirner, que, através de comentários e orientações na banca de qualificação, ajudaram muito na estruturação final do texto.

À professora Regina Baruki-Fonseca, que qualificou a escrita do texto com uma revisão ortográfica e gramatical meticulosa, corroborando ainda com seus comentários sobre a forma de apresentação dos dados e sobre os conteúdos ao longo do texto.

Aos amigos Fábio, Claudirene, Pedro, Fernanda, Nelson, Sandro, Flávio, Cristiane, Matheus e outros que tornaram nossa vivência na bela cidade de São Carlos (SP) ainda mais agradável.

Aos amigos de Tocantinópolis (TO): Cleomar, Arinalda, Kiara, Rosi, João Batista, Cristiane, Lilian, Nataniel, Fabíola e outros, meu muito obrigado por terem criado as melhores condições para sermos felizes, mesmo diante das adversidades impostas em nossa rápida estada na UFT.

Aos amigos de Cuiabá, Alexandre (Bocão), Janaína, Lúdio, Ana Regina, Gilberto Brizola, Leila, Elias, Silmara, César (Bodão), Patrícia, Andréa e do ISC/UFMT: Haya Del Bel, Marco Aurélio, Marina, Delma, Noemi, Neuza Cristina, Janil, Marta, Reni, Alane, Neuciane e muitos outros, obrigado pelos bons momentos e pelo incentivo em nossa caminhada para a vida acadêmica.

À minha mãe Marilúzia Regina, irmãos Regilene, Paulo Henrique e Isis e meus sobrinhos: Aline, Eduardo e Matheus, que, mesmo com lágrimas e saudades, deram grande força para a

realização deste trabalho. Ao meu pai Ireno Lima, que me ensinou não só a ler palavras, mas a entender “as coisas do mundo”.

À minha sogra Dona Nilza, que, juntamente com os cunhados Nelson, Claudia Cristina, João Paulo, Ana Cristina e os sobrinhos Gabriel, Geovana, Natália e Camila, torceram muito para que tudo desse certo.

Aos líderes e amigos Kalapalo: Takufuma, Farema, Jeika, Tewê (Viola), Ügise, Kaiotá, Aru, Waya, Hagemá, Ausuki, Iamatu, Arusafi, Matulá, Orlandinho, Ivan, Hugo e a todos da Aldeia Aiha, agradeço pela acolhida e pelos momentos inesquecíveis de pescarias, danças e prosas.

Aos líderes locais da Terra Indígena do Xingu: Aritana Yawalapiti, Ianaculá Kamaiurá, Marcelo Kamayurá, Makaulaka Mehinaku, Ayato Kuikuro, Kokoti Yawalapiti, Pirakumã Yawalapiti e aos dirigentes/funcionários da FUNASA/CORE-MT/DSEI: Ricardo, Wanderlei, Jamir, Lauriel, Inaína e Wania Bertania, entre outros, que tornaram exequível a pesquisa, facilitando o acesso aos seus encontros e documentos, mas, principalmente, concedendo entrevistas e relatos que possibilitaram um melhor entendimento sobre a realidade local. Portanto, a essas pessoas que muitas vezes incomodei, deve este trabalho a sua eventual originalidade e devo eu respeito e gratidão.

E, por fim, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por criarem as condições para desenvolver a pesquisa etnográfica. Sem o apoio das instituições de fomento, certamente esta pesquisa não seria possível.

Resumo

O Estado brasileiro, visando a ensaiar uma nova relação política com as comunidades indígenas, implantou, em 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) localizados ao longo do território nacional. A nova política sanitária para as áreas indígenas, estruturada no Subsistema de atenção diferenciada integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), propôs um modelo participativo de cogestão Estado-Sociedade Civil, via conselhos gestores ou de políticas públicas, convênios de cooperação com ONGs e outras experiências participativas. Assim como, provavelmente, ocorreu em outros territórios indígenas, a implementação de uma nova agência estatal na Terra Indígena do Xingu imprimiu aos líderes locais todo um processo político-cultural de adaptação criativa, gerando-se as condições de possibilidade de um campo de negociação interétnica. Portanto, foi a partir desse cenário político que a pesquisa propôs-se a apreender as formas de atuação dos líderes indígenas e suas representações. Procurou-se, assim, observar as estratégias dos representantes alto-xinguanos que “pactuam” e “negociam” junto aos diversos órgãos responsáveis pela implementação de políticas públicas em saúde (FUNASA; prefeituras; e ONGs), orientadas por princípios constitucionais que asseguram a esses e aos demais grupos aldeados no território nacional, ao mesmo tempo, *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) nos cuidados preventivos e de atenção à saúde. A análise dessas formas de organização e de atuação política buscou, ainda, observar como a implementação da política sanitária, com seus arranjos institucionais, gerou um redimensionamento das práticas políticas estabelecidas até então, entre povos indígenas e o Estado. Portanto, mesmo que os líderes indígenas não tenham articulado uma posição homogênea diante da “oferta” estatal de parceria – por meio de ONGs e conselhos gestores, muitos com objetivos de garantir reconhecimento e espaços políticos tanto no cenário nacional quanto nos seus sistemas tradicionais de organização, deflagraram um projeto que persegue o alargamento das participações e uma mudança na estrutura organizativa do Estado. Esse movimento, realizado pelos líderes do Alto Xingu, envolve um modelo participativo de cogestão, cuja prática também não dispensa alguns momentos de consumação da identidade entre os atores que compõem essa experiência participativa.

Palavras chaves: Política de saúde indígena; encontro interétnico; Alto Xingu; Distritos Sanitários Especiais Indígenas; FUNASA.

Abstract

The Brazilian State, in order to start a new political relationship with indigenous communities, implemented, in 1999, the National Policy of Attention to Indigenous Health (PNASPI), through the National Health Foundation (FUNASA) and 34 Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs) located in the national territory. The new health policy for the indigenous areas, structured within the differentiated attention Subsystem and integrated into the Unified Health System (SUS), proposed a participatory model of Civil Society-State co-management, via council or public policy managers, cooperation agreements with NGOs and other participatory experiences. Just like it probably occurred in other indigenous territories, the implementation of a new State Agency in the Xingu brought a creative process of political and cultural adaptation to local leaders, generating the possibility of an inter-ethnic negotiation field. It was therefore from this political scenario that the research proposed to understand the indigenous leaders' forms of practice and their representations. Thus, it sought to observe the strategies of the region's representatives who "make pacts" and "negotiate" with the various organizations responsible for the implementation of health public policies (FUNASA, City Halls and NGOs), oriented by constitutional principles that ensure (universal) *rights* and (differentiated) *specificities* regarding preventive health care to these and all other indigenous groups within the national territory. The analysis of these forms of organization and political activity also sought to observe how the implementation of the health policy and its institutional arrangements generated a redesigning of the policy practices established between indigenous peoples and the State. Thus, even though indigenous leaders have not articulated a homogeneous position regarding the State's "offer" of partnership – through NGOs and management councils, many of which with goals to ensure recognition and political spaces both in the national scene and in their traditional systems of organization, they started a project that pursues the enlargement of the memberships and a change in the organizational structure of the State. The movement, conducted by the leaders of the Alto Xingu, involves a participatory model of co-management, whose practice does not dispense a few moments of consummation of the identity among the actors who make up this participatory experience.

Keywords: Indigenous health policy; inter-ethnic meeting; Alto Xingu; Special Indigenous Sanitary Districts; FUNASA.

Lista de Ilustrações
Mapas, gráficos, fluxogramas

| | |
|---|------------|
| FIGURA 1.3.1: Mapa de localização da Terra Indígena do Xingu - TIX | 42 |
| FIGURA 2.0.1 – Mapa com a localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas implantados no território brasileiro | 50 |
| FIGURA 2.1.1 – Quadro demonstrativo das estratégias de contratação de recursos humanos para o Subsistema de Saúde Indígena – SSI/FUNASA. | 65 |
| FIGURA 2.2.1 – Mapa da Bacia hidrográfica do Xingu e os municípios onde se localiza a Terra Indígena Xingu | 72 |
| FIGURA 2.2.2–Quadro com valores de repasses realizados ano a ano (2004-2007) Pela SAS/MS do fator de incentivo para desenvolverem serviços de assistência básica junto aos povos indígenas | 73 |
| FIGURA 2.3.1 –Quadro com o número de habitantes em geral, população indígena e grupos étnicos presentes nos municípios | 88 |
| FIGURA 3.1.1 –Mapa com a localização dos 04 DSEIs administrados pela Coordenação Regional da FUNASA no Estado de Mato Grosso (CORE/FUNASA – MT) | 101 |
| FIGURA 3.1.2 – Quadro com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Mato Grosso e os respectivos órgãos conveniados no momento da implantação dos DSEIs: 1999 – 2000 | 105 |
| FIGURA 3.3.1 – Quadro demonstrativo da estrutura organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI | 219 |

Abreviaturas e Siglas

AIH - Autorizações de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
AIS - Agente Indígena de Saúde
AISAN - Agente Indígena de Saneamento
BIRD - Banco Mundial
CASAI - Casa de Saúde do Índio
CGU - Controladoria Geral da União
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIMI - Conselho Indigenista Missionário
CIMI/MT - Conselho Indigenista Missionário – Coordenação de Mato Grosso
CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CISI - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIVAJA (Conselho Indígena do Vale do Javari - Amazonas
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNM - Confederação Nacional dos Municípios
CNPI - Conselho Nacional de Proteção aos Índios
CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNPSI - Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONDISI - Conselho Distrital Indígena de Saúde
CORE/FUNASA (MT) - Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde em Mato Grosso.
COREs/FUNASA - Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CUMPIR - Coordenação da União dos Povos Indígenas de Rondônia, noroeste do Mato Grosso e sul do Amazonas

DESAI/FUNASA – Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde

DF – Distrito Federal

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEI-Xingu - Distrito Sanitário Especial Indígena do Parque Indígena Xingu

DSY - Distrito Sanitário Yanomami

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EPM/UNIFESP - Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo

EVS - Equipes Volantes de Saúde

FAB - Força Aérea Brasileira

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FNS - Fundação Nacional de Saúde

FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GO – Goiás

HP – Horse-Power: termo inglês que literalmente significa cavalo de força.

IAPI - Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico a População Indígena

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEAX – Instituto Etno-Ambiental do Alto Xingu

ISA - Instituto Socioambiental

MPF - Ministério Público Federal

MT – Mato Grosso

MS – Ministério da Saúde

NISI - Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena

NOBs - Normas Operacionais Básicas

NOBs/SUS - Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde

OPAN – Operação Amazônia Nativa

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OPIMP - Organizações dos Povos Indígenas do Médio Purus

ONG - Organização Não Governamental

ORGs – Organizadores

OEA – Organização dos Estados Americanos

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONU – Organização das Nações Unidas

PA - Pará

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCH - Pequena Central Hidrelétrica

PF - Polícia Federal

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPGAS – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social

PPI - Programação Pactuada Integrada

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PRODEAGRO - Programa de Desenvolvimento do Agronegócio do estado de Mato Grosso

PROTERRA - Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulos à Agroindústria do Norte e do Nordeste do estado de Mato Grosso

PSF - Programa de Saúde da Família

PNX - Parque Nacional Xingu

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SDC - Sociedade na Defesa da Cidadania

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SISCON – Sistema de Convênios

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SP – São Paulo

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TCU - Tribunal de Contas da União

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

TIX - Terra Indígena Xingu

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSs - Unidades Básica de Saúde

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNI-ACRE - União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas

VIGISUS – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1.0 - Introdução: definição do problema e algumas considerações teóricas e metodológicas | 16 |
| 1.1 - Antecedentes da pesquisa | 23 |
| 1.2 - Estrutura do texto | 30 |
| 1.3 - Os Alto-xinguanos | 34 |
| 2.0 - Política indigenista de saúde - da ausência do Estado à construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) | 43 |
| 2.1 - A implementação da PNASPI e a opção política do Governo Federal pela terceirização dos serviços de atenção básica em saúde nas áreas indígenas | 51 |
| 2.2 - O Governo Federal e os repasses do fator de incentivo à atenção à saúde indígena para os municípios | 69 |
| 2.2.1 - A descentralização do Estado e a municipalização da saúde no Brasil: um breve histórico | 76 |
| 2.3 - Da estrutura médico-hospitalar dos municípios aos serviços de saúde ofertados aos grupos aldeados na Terra Indígena Xingu | 86 |
| 3.0 – Modelo de atenção diferenciada em saúde para os Povos Indígenas: debates e experiências anotadas a partir do estado de Mato Grosso | 93 |
| 3.1 - Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em Mato Grosso: “dúvidas”, “conflitos” e “convergências” | 99 |

| | |
|--|------------|
| 3.2 – Discursos, encontros e práticas políticas a partir do contexto institucionalizado pela PNASPI: controle social | 108 |
| 3.3 – Os líderes indígenas e o exercício da política junto aos municípios: “conflitos”, “dilemas” e as “alianças possíveis” | 139 |
| 3.4 – A organização do IPEAX como parte do <i>modus operandi</i> da política pelos líderes locais frente ao novo contexto | 175 |
| 3.5 - O modelo assistencial em saúde operacionalizado nas áreas indígenas do Alto Xingu: “dificuldades”, “conflitos” e “desencontros” | 190 |
| 4.0 – Considerações finais | 221 |
| 5.0 – Bibliografia | 231 |

1.0 - Introdução: definição do problema e algumas considerações teóricas e metodológicas

Desde a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, como parte da VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento indígena apontava que uma política pública na área da saúde ofertada pelo Estado para esses Povos deveria, necessariamente: “Garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde”¹. Com a criação do Subsistema de atenção diferenciada à saúde indígena, implantado a partir de 1999 pelo Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as reivindicações das lideranças indígenas em seus fóruns foram, em grande parte, incorporadas pelo Governo Federal.

A criação de uma nova agência com atribuições de implantar políticas sanitárias para os grupos, atendendo às suas reivindicações, constituiu um esforço do Estado brasileiro para estabelecer mudanças em sua histórica relação com esses Povos. (LANGDON, 2005; ATHIAS; MACHADO, 2001; GARNELO; SAMPAIO, 2003). Os primeiros levantamentos etnográficos revelam que as relações e as negociações entre o movimento social indígena e agentes do Estado nacional estabeleceriam o que Cardoso de Oliveira (2000b) comumente chamou de “diálogo interétnico”. Já Pratt (1992) caracterizou os espaços dessas relações como “zona de contato”, onde noções como resistência, poder e identidade são constantemente negociadas e reconstruídas. Ainda dentro desse quadro, Albert (2002a) observou que o movimento indígena e suas organizações pautaram o *encontro* com o Estado a partir da “emergência do discurso político de sua especificidade social”, utilizando-se, assim, de repertórios de legitimação propostos pelo próprio Estado a despeito das suas próprias formas de organização territorial e política. Para o autor, é a incorporação do discurso do Estado que fundamenta a etnicidade genérica e jurídica que os povos indígenas reivindicam, ao se referirem à sua condição de expropriados. Desse modo, a inscrição do seu projeto de continuidade social diferenciada dentro do debate político nacional só é culturalmente possível a partir de tal registro², que permite a mobilização de alianças e movimentos de opinião favoráveis no seio da sociedade dominante, a fim de contrabalançar a pressão dos interesses econômicos sobre suas terras. (ALBERT, 2002a)

Portanto, foi a partir de preceitos reivindicados pelos líderes indígenas – inscritos na Constituição de 1988 e regulamentados através de legislações que tratam das políticas sanitárias

¹Relatório Final da I CNPSI, 1986. (BRASIL/MS, 1986).

² Ao contrário das formas de resistência anteriores a essa fase de territorialização da fronteira (fuga, guerra ou messianismo).

ofertadas aos grupos no país – que, a partir de 1999, o Governo Federal, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/FUNASA), implementou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), garantindo-se a esses Povos – através de um Subsistema integrado ao SUS – a “atenção diferenciada”, a “participação na gestão” e o “controle social” sobre a política. Dentre os 34 Distritos Sanitários implantados ao longo do território nacional, os grupos aldeados nas Terras Indígenas do Xingu, assistidos historicamente por serviços de saúde – supostamente modelar – da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) – foram os primeiros usuários indígenas a receber a assistência à saúde por meio do novo modelo sanitário.

Dessa maneira, tornou-se lócus privilegiado à investigação das formas de atuação dos líderes indígenas e suas formas de representações no “novo” cenário político que se constituiu a partir da implantação da agência estatal em seus territórios. Procurou-se assim, observar as estratégias dos representantes alto-xinguanos que atuam no âmbito das políticas de saúde pública e ações por parte dos órgãos governamentais e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Tratou-se, no caso, de estudar como as lideranças indígenas alto-xinguanas estão se organizando com o propósito de reafirmar princípios centrais na busca de autonomia de gestão sobre os recursos da saúde. Assim, observou-se como os grupos locais “pactam” e “negociam” junto aos diversos órgãos responsáveis pela implementação de políticas públicas em saúde, orientadas por princípios constitucionais que asseguram a esses e aos demais grupos aldeados³ no território nacional, ao mesmo tempo, *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) nos cuidados preventivos e de atenção à saúde (CARDOSO, 2004b; 2007a).

Com o intento de contextualizar a implementação da PNASPI dentro de uma conjuntura vigente no país, denominada Reforma do Estado, buscou-se apreender, a partir dos discursos dos agentes estatais que participaram da formulação ou mesmo da operacionalização da política sanitária, como o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI)⁴, através das conveniadas – Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (Projeto Xingu – EPM/UNIFESP)⁵, a organização indígena IPEAX (Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do

³Utilizar-se-á, ao longo do texto as terminologias “grupos aldeados” e “povos aldeados” para designar os habitantes pertencentes às aldeias localizadas nas regiões interioranas do país.

⁴A Medida Provisória 1.911-8, de 29 de julho de 1999, assinada pelo Governo Federal, deu início à implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), entre eles o DSEI-Xingu, ligados às Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde - CORES/FUNASA. (BRASIL, 1999).

⁵ O Projeto Xingu é um programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (antiga Escola Paulista de Medicina - EPM), que mantém atividades no Parque Nacional Indígena do Xingu desde

Xingu)⁶ e, mais recentemente, algumas prefeituras municipais da região, pensaram e articularam mudanças no decorrer da implantação de tais políticas públicas e o modo como foram incorporadas dentro da lógica dos líderes locais. Tencionou-se, assim, entender que princípios e normas se fizeram presentes no quadro mais geral de implantação da política sanitária e quais contradições foram observadas pelos atores sociais partícipes do contexto.

Além desses objetivos, há outros mais específicos: identificar as dificuldades, os conflitos e as convergências existentes entre os diversos atores sociais ligados às organizações indígenas, à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), à EPM/UNIFESP e a outras organizações, no processo de implantação e funcionamento do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu; apreender como as lideranças indígenas da região, por meio da criação de uma Organização Não Governamental (ONG), conseguiram garantir, a partir de 2004, o “controle” sobre a gestão e a execução dos serviços de saúde junto às suas populações aldeadas, discutindo-se, inclusive “os riscos”, “dilemas” e “contradições” do processo; observar quais foram os mecanismos construídos para garantir o controle social pelos membros das comunidades atendidas, tanto no plano local, através do funcionamento dos conselhos locais ou distritais de saúde, quanto na esfera mais global, através da interface das relações travadas entre as lideranças indígenas da região do Alto Xingu e os gestores das políticas públicas de saúde indígena, seja no âmbito dos municípios localizados no entorno da Terra Indígena do Xingu (TIX)⁷, seja junto às autoridades do Governo Federal responsáveis pela implementação da PNASPI.

1965. Mesmo após a implantação da “nova política de saúde indígena” pelo Governo Federal em 1999, transferindo para a FUNASA a gestão sobre essa política pública, o programa, através de convênios junto a essa Fundação, continuou atuando na execução de serviços de saúde dentro das áreas indígenas do Parque Xingu. No entanto, em 2004, após alguns desentendimentos com lideranças indígenas da região denominada Alto Xingu, essa instituição passou a ser responsável somente pelos grupos aldeados nas regiões compreendidas como o Médio e o Baixo Xingu.

⁶O IPEAX é uma organização indígena administrada majoritariamente por líderes da etnia Yawalapiti que assumiu, através de convênios junto à FUNASA, a execução dos serviços de saúde nas áreas localizadas na região do Alto Xingu em 2005 - em substituição a uma outra organização - sob o controle político da etnia Kamayurá - denominada Associação Indígena Mavutsinin.

⁷A Terra Indígena do Xingu (TIX) é composta por 14 etnias indígenas, em uma área atual de aproximadamente 2.750.002 hectares na Amazônia meridional, com aproximadamente 5.028 habitantes indígenas, segundo dados do Distrito Sanitário Indígena do Xingu – Plano Distrital 2005/2006. O Parque Nacional do Xingu (PNX) foi criado pelo Decreto Lei nº 50.455, de 14 de abril de 1961, assinado pelo Presidente Jânio Quadros, com uma área aproximada de 22.000 km² ao nordeste do Estado de Mato Grosso (PAZ, 1994, p.127; MENEZES, 2000, p.299 e p.373). Com a extinção, em 1967, do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e do Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI), por meio da lei nº 5.371, o Parque Indígena do Xingu foi legalmente extinto. O PNX ficou oficialmente inexistente até o decreto lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que o “recriou”, tendo como base o Estatuto do Índio na condição de Parque Indígena do Xingu (MENEZES, 2000, p.322-323). Segundo Menezes (2000; 2001), até meados dos anos 1990 era concebido como Parque Indígena do Xingu. Contudo, alterar a denominação mostrou-se necessário, devido à inadequação do termo “parque” para perímetros com presença de agrupamentos humanos. Convencionou-se usar a terminologia para reservas de preservação ambiental, portanto, podendo sugerir ideias difusas de que os agrupamentos indígenas seriam “seres da natureza” a serem preservados – relegando-os, desse modo, a um estatuto de humanidade inferior. Seguindo esses preceitos, o Parque Indígena do Xingu foi renomeado para Terra Indígena do Xingu (MENEZES, 2000).

Tratou-se assim, num primeiro momento, de realizar um levantamento histórico acerca das ações políticas durante as primeiras reuniões envolvendo agentes públicos, a instituição responsável pela execução da atenção à saúde, no caso a EPM/UNIFESP, e os membros das organizações indígenas. Para tanto, procedeu-se ao exame dos documentos referentes às negociações para a implantação e gestão do DSEI-Xingu, entre outros: decretos e portarias governamentais, relatórios e atas de reuniões com lideranças e comunidades indígenas, documentos de convênios – parcerias. Foram, ainda, colhidos depoimentos dos atores sociais envolvidos.

É necessário salientar que, para alcançar os objetivos propostos neste estudo, a investigação etnográfica foi privilegiada, construindo-se, assim, uma pesquisa de cunho eminentemente qualitativo. Os dados foram coletados com a aplicação dos seguintes instrumentos: observação participante em encontros, seminários e reuniões que discutiram e avaliaram as condições de saúde oferecidas às populações indígenas xinguanas, com foco nos discursos e nas condutas dos atores sociais ligados à problemática; entrevistas temáticas, estruturadas ou não, com os agentes responsáveis pela implantação e gestão das políticas públicas de saúde indígena, com os membros ligados às organizações que executam a atenção básica na região do Alto Xingu, e também com os ativistas das principais entidades representativas das organizações indígenas xinguanas e mesmo nacionais.

Contudo, é preciso dizer que esta pesquisa não se propôs a ser uma etnografia clássica, como muitos antropólogos almejam realizar ao empreender trabalho junto a grupos aldeados. Concorda-se com Taylor: “O processo de emergência dos índios como sujeitos de sua história e de sua imagem, ao longo das últimas décadas, tem modificado notavelmente as perspectivas de análise e os campos de estudo da antropologia na Amazônia” (TAYLOR, 1992 apud ALBERT, 1995, p. 246). Tal movimento tem subvertido as condições do “campo” e da “situação etnográfica” (ZEMPLÉNI, 1984). Desse modo, o processo de auto-objetivação cultural que os povos indígenas desencadearam para sustentar seus projetos de territorialização e autonomia social faz hoje do discurso etnográfico um meio, às vezes decisivo, de viabilização desses projetos (TURNER, 1991a). Sobre essa realidade, Gallois (1992) assevera que os antropólogos e suas competências de mediação interétnica – além de seu papel habitual de fonte de bens de trocas e de informações – aparecem para os índios, nesse contexto, como canais privilegiados de

uma estratégia política de controle das representações de si por meio do espelho cultural da fronteira.

Com opinião semelhante a esses autores, Albert (2002a) classifica esse novo papel atribuído aos antropólogos de “mediação etnográfica” da etnicidade, operando, geralmente, em dois registros: como modo de restituição da especificidade cultural do discurso político indígena e como teste da comunicabilidade interétnica dos temas que veicula: “Seu dialogismo político certamente contribui para catalisar a reflexividade cultural que subjaz à auto-afirmação étnica propagada pelos líderes indígenas. Para os antropólogos, por sua vez, ela traz a possibilidade de subverter a mitologia cientificista da “observação participante” (id., p. 246 – aspas no original), oferecendo novas perspectivas teóricas: ao abrir a análise do simbolismo (“cultura”, “representações”) para o político e a história.

Nesse contexto, o antropólogo, ao empreender a busca por “material etnográfico”, (ALBERT, 2002a), vê-se enredado a municiar os conselheiros e demais líderes xinguanos de informações sobre valores de repasses governamentais, ou mesmo a contribuir em projetos de saúde, criando, para esse pesquisador, a situação de “observador participante” a “participador observante”⁸.

Acrescenta-se, além desse cenário reservado ao empreender estudos nas sociedades indígena amazônica, as particularidades da região da Terra Indígena do Xingu no período da pesquisa: a “expulsão” da Escola Paulista de Medicina (EPM/UNIFESP) e do Instituto Sócio-ambiental (ISA)⁹ da região do Alto Xingu em 2004 e a permanência dessas instituições no Médio e no Baixo Xingu, o que acirrou as desconfianças e animosidades dos alto-xinguanos para com as diferentes etnias que habitam essas regiões. Por outro lado, alguns líderes dos grupos aldeados na região do Médio e do Baixo Xingu levantaram “suspeições” sobre o posicionamento do cacicado alto-xinguanos diante da construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte, no estado do Pará. Alguns, inclusive, sugeriram que esses caciques já estariam negociando os *royalties* junto aos

⁸ Para o entendimento da situação *observant participation*, ver Turner (1991) e Albert (1995; 1997a; 2001). Outro teórico que colabora na reflexão mais geral sobre a natureza de uma “Antropologia da Intervenção” ou “Antropologia Participativa”, especialmente no campo de análise de políticas públicas em saúde indígena, é João Pacheco de Oliveira (2004), em seu artigo “Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia”. In: LANGDON, E. J. & GARNELO L. 2004. (Orgs). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa.

⁹ O ISA (Instituto Socio-ambiental) “é uma OSCIP, organização da sociedade civil com utilidade pública, que mantém em seu website uma enciclopédia sobre os povos indígenas no Brasil, além de mapas de cada terra indígena e informações de população (totais populacionais por etnia). As informações sobre população do ISA provém de terceiros, ou seja, são informações disponibilizadas pela Funai, Funasa ou por colaboradores pontuais, que são sistematizadas e geo-referenciadas e disponibilizadas pela organização. O Instituto mantém uma base de dados para efeitos de acompanhamento dos processos de demarcação de terras; a grande limitação dessa fonte é que somente existe a informação sobre população total por terra indígena e por etnia, mas não são disponibilizadas outras informações populacionais por sexo, idade, aldeia, etc.”. (CEBRAP, 2009, p.27/8)

empresários responsáveis pela obra¹⁰. Os fatos dificultaram a permanência deste pesquisador por maior tempo em área e mesmo impediram o acesso a alguns encontros com líderes locais. Informa-se, ainda, que minha entrada em área ocorreu a partir do grupo denominado pelos indígenas de “pessoal da UFSCar”, liderado pela professora Marina Denise Cardoso. Desde as primeiras incursões na região da Terra Indígena do Xingu – Mato Grosso, contou-se com a colaboração direta dos administradores da Associação Indígena IPEAX. Portanto, dentro do jogo político presente nesse cenário – para alguns líderes – “tínhamos um lado”.

Diante desse quadro, privilegiou-se como material etnográfico os discursos políticos interétnicos registrados durante os encontros entre as sociedades indígenas e agentes do Estado nacional (Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena e municípios), ocorridos a partir das experiências de participação institucionalizada na implementação de políticas públicas em saúde e recolhidos no decorrer de aproximadamente dois anos (julho de 2006 a junho de 2008, intercalados) de pesquisa de campo. O discurso político, conforme definido por Ramos (1990) e Turner (1988), é uma modalidade do discurso “histórico” e compõe-se de elementos tanto do gênero mítico – remetendo, portanto, à estrutura cosmológica – quanto dos relatos históricos, que também possuem características estilísticas próprias dentro das várias formas de oralidade do grupo investigado.

Os discursos políticos interétnicos, entendidos por Gallois (2002, p. 214) como falas “pra fora” revelam muito mais que as formas de explicação “internas”, como a exegese mítica, a narrativa histórica ou o diálogo cerimonial entre chefes – o quadro das possíveis intervenções sobre o contato projetadas pelo grupo, que visam a redirecionar as relações sociais concretas da situação interétnica à qual os discursos se referem: “Nesse sentido, a especificidade cultural dos discursos políticos estaria na forma como cada grupo constrói sua estratégia de intervenção, a partir de práticas e de representações próprias, relacionadas à sua história específica do contato com os brancos” (GALLOIS, 2002, p. 205). Ainda para a pesquisadora, essa forma de abordagem permite “[...] priorizar não apenas a descrição de aspectos tradicionais do campo social e cultural, mas também o estudo das reações e adaptações que surgem no contato interétnico e que se fazem acompanhar de transformações na consciência histórica e política dos grupos estudados” (GALLOIS, 2002, p. 205). Desse modo, procurou-se não se limitar ao resgate da história do

¹⁰ Informe pessoal – Outubro de 2006. As mesmas trocas de acusações também referenciavam a construção da Pequena Central Hidrelétrica (PCH) Paranatinga II, na cabeceira do rio Kuluene, recentemente inaugurada (março de 2008). (FAUSTO, 2006)

contato, mas se propôs a analisar o encontro intercultural propriamente dito, dentro de contextos sociológicos, históricos e políticos definidos.

1.1 - Antecedentes da pesquisa

As primeiras informações adquiridas por mim sobre os índios alto-xinguanos ocorreram no ano de 2000, durante as aulas de uma disciplina – Antropologia e Educação – que ministrei em um curso de graduação em Pedagogia, ofertada em forma modular pela Universidade Federal de Mato Grosso, na cidade de Canarana. Fiquei especialmente impressionado com as imagens e representações que os estudantes e demais moradores da região tinham sobre os Povos da Terra Indígena do Xingu. Suas opiniões eram carregadas de estereótipos e preconceitos, com raras exceções – como era o caso da visão de uma discente negra, que residia e atuava como professora no Posto Indígena da FUNAI - Polo Leonardo Villas Bôas.

No transcorrer do curso, a aluna demonstrou um profundo conhecimento sobre a cultura alto-xinguanas, adquirido nos mais de cinco anos de atividades no magistério nas áreas indígenas. Sua presença em sala de aula, além de colaborar em meus debates sobre etnocentrismo, relativismo cultural, diversidade étnico-cultural, entre outros temas, despertou em seus colegas, e também em mim, uma enorme vontade de conhecer melhor aqueles grupos que viviam “isolados” do mundo ocidental.

Todavia, eu teria de esperar aproximadamente seis anos para poder realizar a viagem até as aldeias localizadas no Alto Xingu. Após ter concluído o mestrado no final de 2004 e retornar a Cuiabá (MT), consegui, no início do ano seguinte, ingressar novamente na condição de professor substituto no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Mato Grosso. No decorrer do ano de 2005, após expressar via e-mail meu desejo de contribuir com as pesquisas realizadas pela Dr^a. Marina Denise Cardoso junto aos Povos alto-xinguanos, a pesquisadora convidou-me para colaborar institucionalmente, através do Departamento de Antropologia/Museu Rondon (UFMT), no projeto de pesquisa intitulado: “*Sistemas Terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferença, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto-xinguanos*”, apresentado e aprovado pelo CNPq¹¹.

O projeto, coordenado pela professora Dr^a. Marina Denise Cardoso (PPGAS/UFSCar) junto aos grupos alto-xinguanos, possibilitou, além desta pesquisa, outras investigações que resultaram em artigos publicados¹² e a elaboração de duas dissertações de mestrado: “*Parentesco e Aliança entre os Kalapalo do Alto Xingu*”, defendida em 2008 por Antonio Roberto Guerreiro

¹¹Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº 401240/2005/3)

¹²ARAÚJO, (2007); CARDOSO, (2007a, 2007b); CARDOSO, GUERREIRO JR., NOVO, (2008); NOVO, (2009).

Júnior¹³ e “*Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*”, também defendida em 2008 por Marina Pereira Novo¹⁴.

Somente em julho de 2006, após aprovação na seleção e ingresso no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), é que finalmente pude conhecer os grupos aldeados no Alto Xingu. Essa viagem, que seria seguida por duas outras, foi marcada como um período de ansiedade, inexperiência e novidades. Fui acompanhado de outros dois colegas de pós-graduação (Marina Novo e Antonio Júnior) e da coordenadora da pesquisa Dr^a. Marina Cardoso – única entre nós que visitara outras vezes o Alto Xingu, especialmente os Kalapalo, e que conhecia as principais lideranças indígenas da região.

Nessa viagem, estabeleceram-se os primeiros contatos. Explicamos às lideranças locais, caciques, pajés, conselheiros de saúde, administradores governamentais ligados ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI – Xingu) e aos dirigentes da organização indígena conveniada junto à Fundação Nacional de Saúde IPEAX quais eram os propósitos das pesquisas a serem conduzidas pelo grupo. Realizaram-se, ainda, as primeiras entrevistas com os atores sociais considerados estratégicos e também o levantamento de documentos importantes sobre a implantação do DSEI-Xingu e as ações realizadas nos primeiros anos de seu funcionamento.

A segunda viagem à região da TIX ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2007¹⁵. Com alguns dados colhidos na primeira viagem, juntamente com outras entrevistas realizadas com informantes estratégicos que residiam no estado de São Paulo, em Brasília (DF) e em Cuiabá (MT), obteve-se uma melhor visão sobre a busca de novas informações. Com um tempo maior de permanência no campo (aproximadamente 45 dias), foi possível observar os discursos e as condutas dos principais atores sociais da pesquisa, com a participação em um evento que discutia os serviços de saúde ofertados aos grupos aldeados na região. O encontro, denominado Conselho Local de Saúde do Alto Xingu, reuniu lideranças indígenas, conselheiros, caciques, pajés, membros da equipe de saúde atuantes em área indígena, administradores da ONG indígena IPEAX, gestores do DSEI e administradores do executivo municipal de Gaúcha do Norte – secretários de saúde, de administração e prefeito.

¹³ GUERREIRO JUNIOR, 2008.

¹⁴ NOVO, 2008.

¹⁵ Realizada sem a companhia dos demais membros da equipe do projeto de pesquisa.

Logo na abertura da reunião, fui questionado publicamente “*o que essa pessoa estaria fazendo ali?*”. Expliquei sobre a pesquisa que a “equipe da UFSCar” estava realizando sob a coordenação da professora Marina Cardoso e de que maneira o meu trabalho se inseria no grupo. Para fazer com que os presentes “compreendessem melhor o meu trabalho”, contou-se com a importante colaboração dos caciques e dirigentes do IPEAX, que expressaram publicamente o “apoio ao nosso trabalho”. Além desse “apoio”, o evento, que durou cinco dias, possibilitou-me “conquistar a confiança” de alguns informantes considerados estratégicos/essenciais. Isso porque, de posse de algumas informações “privilegiadas” sobre os valores dos recursos repassados fundo a fundo (Fator de Incentivo à Atenção à Saúde Indígena) pelo Governo Federal através da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) para as prefeituras localizadas na região, pude “colaborar” em algumas discussões e encaminhamentos executados pelos conselheiros de saúde presentes no evento.

O encontro favoreceu, ainda, a observação sobre como os caciques de maiores influências dialogam e negociam com os demais membros do cacicado alto-xinguanos e membros do Conselho Local de Saúde, e principalmente sobre como constroem “acordos” e “alianças” com gestores públicos que lidam com recursos direcionados à saúde desses grupos.

Apreendeu-se, nesses espaços, como esses líderes apresentam condutas diversas dentro de um mesmo evento, ora tecendo críticas aos dirigentes do DSEI/Xingu – apontados pelos indígenas como a parte do Estado que não “compreende os índios” e por isso não atende às suas reivindicações, ora afirmando que esses mesmos administradores governamentais são importantes “parceiros dos povos xinguanos”. Percebeu-se, ainda, que os militantes indígenas que atuam no Conselho Local de Saúde são, em sua maioria, jovens – considerados pelos mais velhos como “novos líderes”. Ao mesmo tempo em que buscam atuar nos novos “espaços de poder” criados pelo Estado sob a forma de fóruns deliberativos – conselhos local, distrital e nacional, os novos líderes procuram se afirmar perante seu grupo como interlocutores legítimos junto aos administradores governamentais.

A permanência por período mais longo em campo permitiu observar como os conselheiros de saúde e demais líderes xinguanos enfrentam os dilemas, contradições e disputas que envolvem a sua posição política diante das formas de gastos dos incentivos da SAS/MS recebidos pelas prefeituras como, por exemplo, a utilização desses recursos para contratar os médicos que atuam na área indígena – a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) atuante na região estava

há aproximadamente 20 meses sem a presença desse profissional. Mas, por outro lado, na avaliação de alguns líderes, a solução desse “problema” colocaria em risco a própria autonomia gestonária dos grupos sobre os recursos da saúde.

Esses debates, entre outros, carregados de dilemas e contradições, colocavam em lados opostos etnias que, de certa forma, rivalizam-se sobre o controle político dos bens e serviços ofertados pelo Estado aos grupos aldeados. Em um desses conflitos, por exemplo, apresentavam-se, de um lado, as principais lideranças Kamayurá, insistindo que cabia somente ao IPEAX (ONG indígena conveniada junto à FUNASA para executar os serviços de saúde nas áreas indígenas) a contratação de médicos e demais profissionais de saúde para atuar no Polo-Base Leonardo Villas Bôas e nas aldeias adjacentes. Do outro lado, os membros da etnia Yawalapiti, que atualmente se mantêm hegemônicos na direção dessa Associação (IPEAX) e que estavam construindo acordos junto às secretárias municipais de saúde para receber a liberação de profissionais da medicina para exercerem atividades dentro das áreas indígenas sob o seu “controle”.

Além de observar os encontros e as reuniões, a permanência de aproximadamente 45 dias em área indígena – com hospedagem na “Casa dos Villas Bôas”, localizada no Polo-Base Leonardo – permitiu visitar várias aldeias do entorno do polo e conhecer algumas das ações e dificuldades da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI, através de conversas e entrevistas com profissionais de saúde, conselheiros, caciques, pajés e demais líderes locais.

A segunda parte da viagem consistiu em percorrer algumas instituições localizadas na cidade de Canarana (DSEI-XINGU, Casa de Saúde do Índio - CASAI e IPEAX) e, posteriormente, visitar as secretarias de saúde dos municípios localizados no entorno da Terra Indígena do Xingu que recebem repasses do Ministério da Saúde para atuar junto aos grupos aldeados. Diferentemente da permanência em área indígena, essa fase foi marcada por apreensão e até mesmo temor. Logo que cheguei à cidade de Canarana, reencontrei alguns servidores do DSEI/FUNASA (informantes) que havia conhecido na viagem anterior. Ao ficar sabendo da minha pretensão de iniciar uma visita às secretarias municipais de saúde da região para conhecer como ocorria a aplicação dos recursos destinados à saúde indígena, ou mesmo se havia alguma interferência ou intervenção por parte dos indígenas nos destinos desses repasses, os servidores foram enfáticos em alertar que tal ação poderia colocar em risco minha integridade física e mesmo a minha vida. O “alerta”, feito em primeiro momento verbalmente, foi reforçado no dia seguinte por um desses informantes através de e-mail.

Os argumentos para tal situação, segundo esses servidores, relacionavam-se aos constantes atos de corrupção envolvendo não somente essas prefeituras municipais, mas também o próprio gestor do DSEI-Xingu, Organizações Não Governamentais (ONGs), prestadores de serviços (empresas aéreas e de locação de veículos), fornecedores de medicamentos, etc.¹⁶ Mesmo diante desses “avisos”, percorri o trajeto planejado anteriormente, visitando cinco das nove secretarias de saúde municipais localizadas na região que recebem o fator de incentivo de atenção à saúde indígena da SAS/MS.

Nos encontros com os secretários municipais de saúde, a maioria das entrevistas foi marcada pela “apreensão”, talvez de ambas as partes. Pois mesmo com a minha identificação, com documentos comprobatórios da minha vinculação ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSCar e de porte de uma autorização da FUNAI para a realização do trabalho de pesquisa, era visível o incômodo dos administradores municipais de saúde em dialogar sobre ações e serviços de saúde desenvolvidos junto aos grupos aldeados. Todavia, mesmo diante de “tais desconfianças”, levantaram-se importantes dados que subsidiaram esta tese.

Após percorrer esses municípios, finalizei essa etapa de viagem visitando a cidade de Cuiabá (MT), onde efetuei o levantamento de documentos e realizei entrevistas com os administradores da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde em Mato Grosso (CORE/FUNASA/MT)¹⁷.

A terceira e última viagem à região do Alto Xingu ocorreu somente em janeiro do ano seguinte (2008). Inicialmente estava prevista para ocorrer em data que coincidissem com a reunião do Conselho Distrital Indígena de Saúde do Xingu - CONDISI, programada para julho de 2007, mas que foi postergada mês a mês. De acordo com o presidente do Conselho, seus membros já não se reuniam desde o ano de 2004, quando a Escola Paulista de Medicina/UNIFESP perdeu o direito de executar os serviços de saúde no Alto Xingu.

Após longa espera pela confirmação do evento, no início de novembro fui informado por uma liderança indígena ligada ao CONDISI do Xingu que o Conselho havia se reunido no final

¹⁶Parte das denúncias realizadas por esses agentes públicos seria confirmada alguns meses depois em operação da Polícia Federal, em conjunto com a Controladoria Geral da União (CGU), denominada “Operação Higeia”, ocorrida simultaneamente em Mato Grosso, Rondônia, Goiás e Distrito Federal. Dois informantes desta pesquisa apareceram como envolvidos em corrupção e foram presos na referida operação. MPF/PR-MT (2011).

¹⁷As COREs: “são unidades descentralizadas, diretamente subordinadas ao Presidente da FUNASA, às quais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades do órgão nas suas respectivas áreas de jurisdição, quais sejam: as ações de saneamento nos municípios e as ações de saúde indígena”. (CEBRAP, 2009, p. 70)

de outubro, “meio às pressas”. De acordo com o informante, tal encontro “teve de tudo”: demissão do chefe do DSEI-Xingu, discussão sobre uma nova Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL/MS – 2556/2007), “detenção” por parte dos indígenas de servidores do DSEI/FUNASA, presença da imprensa, da Polícia Federal e de administradores da CORE/FUNASA (MT). Diante dessas “novidades”, retornei à região do Alto Xingu no início de janeiro, onde permaneci por aproximadamente 25 dias.

Nessa última viagem, ao adentrar nas áreas indígenas (Polo-Base Leonardo Villas Bôas e aldeias do entorno), além de me inteirar do ocorrido no último encontro do CONDISI, conferi alguns dados levantados anteriormente, fiz novas observações e conduzi entrevistas. Participei, ainda, de um encontro denominado “Avaliação do Plano Distrital do Parque Indígena do Xingu 2005-2007”, realizado pelo DSEI na sede do distrito. O encontro reuniu novamente os principais atores sociais desta pesquisa e caracterizou-se, principalmente, pelas leituras de dados técnicos por parte dos agentes administrativos do DSEI e também da conveniada, a associação indígena IPEAX. Contudo, tal fato confirmou algo já percebido em área indígena, ou seja, o distanciamento existente entre as diferentes concepções que os atores sociais presentes nesse cenário têm sobre o que é doença, e principalmente o que é qualidade nos serviços de assistência à saúde.

Além das incursões à Terra Indígena do Xingu e às cidades localizadas no entorno desse Território que realizavam ações de saúde junto aos grupos aldeados, buscou-se, também, participar de eventos nacionais que traziam em suas pautas a temática “saúde indígena”. Entre estes, destacam-se dois encontros mais importantes: o lançamento da Portaria Ministerial 2556/2007, que “Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas” (BRASIL/MS – 2556/2007), ocorrido na sede da FUNASA em Brasília (DF) no mês de outubro de 2007 e o “Encontro de Gestão, Participação e Controle Social”, promovido pela DESAI/FUNASA¹⁸ na cidade de Belém (PA), no período de 26 a 30 de novembro de 2007¹⁹.

¹⁸Ao DESAI/FUNASA: “[...] cabem as atribuições mais estratégicas envolvidas na implementação do Subsistema: (I) a implantação de instrumentos para **organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas e a proposição de alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**; a proposição das normas, critérios, parâmetros e métodos para a **alocação de recursos financeiros**; (II) a coordenação e execução do **sistema de informação da saúde indígena**; a promoção e a divulgação da análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (III) a **supervisão e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI**; o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (IV) a **articulação com os órgãos responsáveis pela política indígena no país**; o

Durante os eventos, além de observar a atuação – discursos e condutas – dos líderes alto-xinguanos junto a outros grupos indígenas e aos gestores governamentais, foram realizadas novas entrevistas, que colaboraram para o entendimento de como o movimento indígena nacional tem se posicionado politicamente diante dos novos movimentos por parte do Governo Federal que, através do Ministério da Saúde, aumentou significativamente os recursos repassados para os municípios que desenvolvem ações junto aos grupos aldeados.

Antes de concluir este item, cabe ressaltar que a pesquisa de campo deste trabalho foi de aproximadamente dois anos – julho de 2006 a junho de 2008. Assim, não cobriu as discussões sobre a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – vinculada ao Ministério da Saúde, iniciada pelo Governo Federal no segundo semestre de 2008, após o Ministro da Saúde ter apresentado ao Presidente da República o Projeto de Lei 3.958/2008, propondo a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, na qual se vincula a saúde indígena²⁰. Outras legislações divulgadas posteriormente – a Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010²¹, o Decreto Presidencial de nº 7.336, de 19 de outubro de 2010²², o Decreto Presidencial nº 7.461, de 18 de abril de 2011²³ – informam que essa Secretaria Especial assumiu efetivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena somente a partir de janeiro de 2012.

planejamento e a coordenação da assistência farmacêutica; o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas”. (CEBRAP, 2009, p.68/9 – negrito no original)

¹⁹ Segundo os gestores do DESAI/FUNASA, “O objetivo do Encontro de Gestão, Participação e Controle Social foi promover interação entre atores que trabalham com a saúde indígena e o entendimento da legislação. Durante o evento, estiveram reunidos em Belém, presidentes de conselhos distritais indígenas, chefes de distrito especiais indígenas e representantes de entidades conveniadas que prestam assistência à saúde dos índios. Eles debateram, entre outros assuntos, o papel do controle social e o acompanhamento das políticas públicas de saúde”. Capturado em 03 de janeiro de 2009 no *site* <http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2007/not501.htm>.

²⁰ Projeto de Lei 3.958/2008, que “altera a Lei 10.683/2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e cria a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde e na qual estará vinculada a saúde indígena”.

²¹ “Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências”. (BRASIL, 2010a)

²² “Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências”. Art.6º “O Ministério da Saúde e a FUNASA deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011”. (BRASIL, 2010b)

²³ “Dá nova redação ao caput do art. 6º do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, para prorrogar o prazo de efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde”. Art. 6 “O Ministério da Saúde e a FUNASA deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011.” (BRASIL, 2010c)

1.2 - A estrutura do texto

O texto da tese encontra-se dividido em quatro capítulos. Já no primeiro apresenta-se o objeto de investigação, o modo e os métodos utilizados para alcançar a análise proposta e arrazoam-se as razões em privilegiar alguns materiais etnográficos colhidos. Na sequência, expõem-se as condições para as investigações em campo e os caminhos percorridos para empreender-se a busca dos dados. Busca-se, ainda, a partir de alguns estudos etnográficos, caracterizar os grupos aldeados no Alto Xingu e apreender como a noção de poder político é significado e, conseqüentemente, exercido nas relações intra e inter-aldeias nas Terras Indígenas do Xingu.

No segundo capítulo, faz-se um breve histórico de como o Estado brasileiro construiu, a partir do século XX, políticas de atenção à saúde dos grupos aldeados, mostrando-se que o modelo dos distritos sanitários pensados para as áreas indígenas resultou de dois movimentos que se fortaleceram politicamente nos anos 1980: o da reforma sanitária brasileira e o do movimento social indígena – ambos tendo parte dos anseios concretizados na Constituição de 1988, mas principalmente, da busca do Estado nacional em estabelecer novos paradigmas em sua relação com esses Povos. Mostra-se ainda, como a reforma sanitária foi pensada e articulada junto aos líderes indígenas dentro do contexto denominado Reforma do Estado brasileiro. Portanto, a nova política pública de saúde indígena incorporou, através de projetos organizados via ONGs dentro da estrutura autárquica da FUNASA, “parcerias” para a execução de ações e serviços de atenção básica nas áreas indígenas. Essa opção política suscitou - já nos primeiros anos de sua implementação - problemas e contradições em diferentes dimensões, revelando-se principalmente na disputa sobre o controle político-gestionário sobre a nova agência política. Arrazoa-se ainda, sobre outro movimento estatal que permitiu às prefeituras municipais localizadas no entorno da Terra Indígena do Xingu em apenas três anos (2004-2007) receberem acréscimos de mais de 1.230% em repasses do “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico para a população indígena”. Com os novos aportes financeiros, as secretarias municipais de Saúde receberam, em 2007, mais recursos do que as instituições terceirizadas (EPM/UNIFESP e o IPEAX) responsáveis pela execução dos serviços de saúde nas áreas indígenas do Xingu.

No terceiro capítulo, mostra-se como o *encontro* empreendido a partir da implementação da nova agência política nas Terras Indígenas do Xingu imprimiu todo um processo político-

cultural de adaptação criativa que gerou as condições de possibilidade de um campo de negociação interétnica em que o discurso colonial possa ser contornado ou subvertido. Para tanto, mostra-se como os espaços de controle social criados a partir da implementação da PNASPI são ressignificados pelos grupos alto-xinguanos que atualizam, nesse espaço, sua forma de fazer política. Assim, mesmo com as contradições contidas no modelo para essas representações, os líderes locais readaptam, ajustam-se e constroem alternativas que permitem, por exemplo, que suas reuniões tenham um número muito maior de participantes com direito a voz e voto que o institucionalizado na política pública. Do mesmo modo, observa-se que as lideranças locais se apropriam dos fóruns de controle social, ora como instrumento para fazer críticas e “pressionar” os gestores, sejam governamentais, sejam das conveniadas, ora para “elogiá-los” e construir novas parcerias e alianças políticas que lhes possibilitam o controle político sobre os recursos da saúde. Mostram-se, ainda, os mecanismos e as estratégias que esses líderes utilizam para direcionar os recursos da saúde – recebidos pelas prefeituras através do Serviço de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) – para a construção de postos de saúde, Unidade Básica de Saúde, alojamentos e outros nas áreas indígenas, ou para contratação de profissionais de saúde. Discutem-se, também, os riscos e dilemas presentes no movimento – segundo a avaliação de alguns líderes, a aceitação de parcerias com os municípios significaria colocar em risco a “autonomia” e os “direitos” dos Povos Indígenas conquistados na Constituição de 1988 e posteriormente reafirmados nas legislações que regulamentam a PNASPI.

Outro movimento discutido no capítulo diz respeito à “emergência de um discurso político” pelos líderes locais, com a utilização de termos e frases como: “autonomia”; “autogestão”; “fazer parceria”; “construir juntos”; “dividir os problemas e solucionar juntos”; “participação da comunidade”; “controle social”; “entender nossa reivindicação”; “respeitar nossa cultura”, etc., que divulgam falas político-reivindicatórias. Longe de ser mera retórica de circunstâncias, passaram a ser o meio de simbolização intercultural adequado à expressão e à validação de uma visão do mundo e de um projeto político dos grupos na cena colocada pela nova agência estatal. Avalia-se, ainda, o quanto das estratégias indígenas descritas ao longo do texto nos apresenta a dimensão institucional de suas práticas políticas. Desse modo, discute-se como a organização de associações indígenas (no caso a Mavutsinin e, posteriormente, o IPEAX), para assumir a execução dos serviços de atenção à saúde em suas áreas através de convênios junto à FUNASA, tornou-se uma importante ferramenta política na relação direta que

se estabelece com os organismos estatais. Demonstra-se, também, que é dentro da institucionalidade do atual modelo participativo de cogestão Estado e Sociedade Civil que os líderes locais operacionalizam suas práticas políticas, com a utilização de estratégia que lhes possibilita a efetiva participação política no contexto nacional mas, principalmente, reforça sua legitimidade dentro do sistema alto-xinguano – na medida em que assumem o controle de acesso a bens e serviços provenientes das ações biomédicas. Contudo, o estudo aponta que o movimento é marcado por incongruências: por um lado, ao assumirem o papel de executores da política de saúde em suas aldeias, as lideranças xinguanas passaram a ter um controle maior sobre a destinação dos recursos a serem aplicados e, conseqüentemente, a ver algumas de suas prioridades na área de saúde – formuladas por suas bases políticas – atendidas. Por outro lado, têm-se todas as contradições criadas nesse novo cenário, pois se anteriormente esses militantes desenvolviam lutas pela garantia de direitos civis, entre eles o direito à saúde, agora vivenciam o papel de prestadores de serviço do Estado, em uma relação de pactuação, que os coloca na peculiar atribuição de cobrar e fiscalizar o seu próprio desempenho. Os novos papéis impõem aos líderes locais novas rotinas junto aos espaços institucionais de poder. Se anteriormente lhes era reservado o acolhimento em chácara nas “visitas” a Brasília e, às vezes, a pompa de serem recebidos nos escritórios dos ministérios no papel de autoridades representativas, agora se hospedam em hotéis com recursos próprios e são obrigados a ficar dias aguardando para serem recebidos pelos gestores governamentais.

Ao concluir o capítulo, discute-se como os atores indígenas nos concedem alguns elementos suficientes para reconhecer que a identidade é recolocada nos diferentes contextos do *encontro* com a esfera institucional do Estado; assim, parte-se do reconhecimento dela como ferramenta política. Demonstra-se, por exemplo, que no contexto alto-xinguano a associação indígena IPEAX surgiu como instituição legitimada no acesso de políticas governamentais – bens e serviços considerados importantes – proporcionando a unidade das diversas facções políticas presentes na região. A organização aparece também como um elemento de caráter contrastivo da identidade étnica, que consiste na afirmação do nós – membros da organização indígena IPEAX, diante dos outros – caraíbas que compõem a prestadora de serviço EPM/UNIFESP. Portanto, utiliza-se de estratégias via identidade, ou seja, através da expressão e da constante construção da identidade em diferentes cenários, onde os atores aldeados ensaiam a sua noção de política, não

apenas outorgando um valor político em si, mas também demonstrando o quanto esse valor político tem de dinâmico e se renova a cada instante em diferentes conjunturas.

No quarto e último capítulo, retoma-se a discussão sobre a emergência do discurso político indígena a partir do mote: “especificidade social”, para demonstrar que o movimento é apenas parte das estratégias dos Povos indígenas ao reivindicar políticas sociais diferenciadas para suas comunidades. Mostra-se também como o Estado brasileiro - tanto antes como após a promulgação da Constituição Federal de 1988 – continua com dificuldades para definir as formas do contato com esses Povos – o que refletiria na implementação de políticas públicas como a PNASPI. Posteriormente, retomam-se alguns temas desenvolvidos ao longo da tese, tecendo-se novas análises e considerações.

1.3 - Os Alto-xinguanos

Os alto-xinguanos contam, atualmente, com uma população de aproximadamente 2.750 pessoas, entre adultos e crianças. Desde 1950, os habitantes pertencentes à região mais alta do Rio Xingu passaram a ser alvo de diversos estudos²⁴, especialmente abordando questões como as diferenças linguísticas dos grupos identificados como pertencentes à “sociedade alto-xinguana”²⁵.

Esses grupos são caracterizados por formarem um corpo distinto e relativamente homogêneo entre outras sociedades tribais ameríndias, com sua forma de organização sociopolítica, tais como padrões de aldeamento – formação de casas oblongas dispostas em aldeias circulares, parentesco e chefia, o mesmo regime alimentar – peixe e beiju de fécula de mandioca-brava, o mesmo ideal de comportamento (ethos alto-xinguano), “[...] além de rituais, cosmologias e trocas cerimoniais, econômicas e matrimoniais que têm perpetuado, ao longo do tempo, um sistema abrangente de relações intertribais pelas quais eles se definem e se situam diferencialmente nesse sistema mais amplo”. (CARDOSO, 2004a, p. 4).

Na região do Alto Xingu ou na “área de Uluri”²⁶, como preferia Eduardo Galvão ([1949] 1979), assim como em outras áreas de contato intertribal, os grupos aldeados tendem a se especializar cada qual na confecção ou na extração de um determinado item, de modo a poder realizar trocas entre si. Ou seja, “[...] para manterem relações entre si têm de se fazer diferentes em algo”. (MELATTI, 2006, p. 05). Desse modo, os Waurás confeccionam peças de cerâmica; os Kamayurás, arcos de madeira preta; os Kuikurus e Kalapalos, colares de caramujo; os Waurás e Trumais, sal (cloreto de potássio) do aguapé; os Mehinaku dispõem de instrumentos de ferro e miçangas, obtidos através dos Bakaíris, índios saídos da área xinguana. (MELATTI, 2006, p.

²⁴ O primeiro registro de contato e descrição das tribos alto-xinguanas foi feito pelo etnólogo alemão Karl Von den Stein, no final do século XIX. Durante os anos seguintes, sucederam-se de forma intermitente viagens e registros sobre as populações locais, que passaram a ser mais sistematicamente estudadas por etnólogos a partir do final dos anos 1940, com a chegada e a instalação permanente de acampamentos e campos de pouso pelos membros da Expedição Roncador-Xingu, do SPI e da FAB em 1946, e a criação posterior do Parque Nacional Indígena do Xingu, já em 1961 (VIVEIROS DE CASTRO, 1977).

²⁵ “Dados arqueológicos e pesquisas etno-históricas mais recentes indicam que a consolidação da ocupação dessa área, teria se desenvolvido durante os últimos duzentos a trezentos anos (por volta de 1750-1850), formados por sucessivas levas migratórias dos povos das línguas Aruak (800-900 D.C.), Karib (em torno de 1500) e Tupi (entre 1700-1800), que teriam absorvido ou amalgamado-se com outros grupos que ali já se encontravam. Sob esse aspecto, a formação do “sistema alto-xinguano” teria sido anterior à ocupação colonizadora e à própria formação do Parque, o que teria permitido a permanência desse sistema frente aos processos históricos de transformações pré e pós-contato colonizador” (CARDOSO, 2004, p. 4 - aspas no original).

²⁶ Na língua karib alto-xinguana, a palavra é *etui*, *sapalaku* no aruak dos Waurá e *tamea'op* no tupi-guarani dos Kamayurá. De acordo com Franco-Neto: “É uma vestimenta feminina que caracteriza estas etnias (atualmente não mais usada no cotidiano e sim nos rituais). A peça é feita dobrando-se a bainha da entrecasca (liber) de um tipo de palmeira (não identificada) quando ainda está verde; ao secar, a dobradura fixa-se em forma aproximada de um triângulo. É amarrada na cintura com um cinto de feixe de fios de buriti (Mauritia flexuosa), de forma que fique colocada sobre o púbis, sendo que um único fio, que sai da parte inferior da peça, perpassa a região perineal da mulher, juntando-se ao cinto de feixe na parte de trás, onde ainda sobressai uma ponta”. [...] Tal artefato seria interdito de ser tocado pelos homens. “Caso o toquem, estariam comprometendo suas habilidades na caca e pesca”. (FRANCO- NETO, 2010, p. 43).

05). Contudo, o autor alerta que “[...] tais especializações não são permanentes: já se comentou que os Suiás tomaram a jazida de diabásio dos Trumais; os mesmos Suiás foram filmados por Harald Schultz extraindo sal de aguapé”. (MELATTI, 2006, p.05)

De acordo com Bastos (1983), que elaborou um modelo que procura dar conta da articulação entre as diferentes sociedades presentes no Xingu, fazendo uso de uma classificação proposta por eles próprios e do processo que a anima, distinguiu os xinguanos (aldeados no Alto Xingu) como membros daquelas sociedades que vivem há mais tempo na área e partilham de uma série de itens em comum, que os fazem semelhantes (a mesma forma de casas, a gaiola do gavião real, a mesma forma da aldeia, a mesma preferência pelo peixe e evitação da carne, o mesmo corte de cabelo, os mesmos ornamentos, os mesmos ritos intertribais — *Kwarúp*, *Yawarí*, *Moitará* - etc.) aos xingueses (localizados no baixo e médio Xingu), isto é, aqueles que entraram na área mais recentemente por iniciativa própria ou levados pelos sertanistas: os Suiás — que não são tão recentes assim, os Jurunas, os Ikpeng, os Panarás, os Kaiabis, os Tapaiúnas, os Mentuctires (ou Txucahamães, um ramo dos Kaiapós).

Para Bastos (1983), na própria mitologia presente nesses grupos há uma separação entre xinguanos e os xingueses que, juntos, constituem os xingueses. O autor defende que os xingueses tendem a adotar itens culturais e a participar dos rituais dos xinguanos mais antigos, passando assim por um processo de xinguanização, ao mesmo tempo em que os xingueses, como um todo, passam por um processo de desxinguanização, induzidos pela presença dos representantes da sociedade brasileira e pelos novos problemas suscitados pela aproximação das frentes de expansão. Esse autor defende ainda a ideia de que, numa área onde cada sociedade tem sua língua, o ritual é que se constitui na linguagem que permite a comunicação entre todos.

Menget (1977), em sua tese sobre os Txicão/Ikpeng – que no período de sua pesquisa haviam sido recentemente trazidos para dentro da área indígena depois de uma longa história de inimizade com os povos xinguanos – apresenta o Alto Xingu como um sistema aberto e incorporativo, mostrando de que modo a relação do xinguanos com os Ikpeng podiam passar da guerra à incorporação de traços culturais (rituais, estética), geralmente através de alianças de casamento, num contínuo. Menget (1993), ao estudar os xinguanos propriamente ditos, chama a atenção para três importantes aspectos. Em primeiro lugar, através do exame da sua história nos últimos cem anos, o fato de que os alto-xinguanos, apoiando-se mutuamente, desenvolveram uma

sistemática política de neutralização e atração dos grupos indígenas periféricos e hostis, valendo-se de incursões vingadoras de ataques sofridos, rapto de mulheres, apropriação de mulheres de grupos colocados em estado de inferioridade, até tenderem para uma reciprocidade equilibrada. Com esse procedimento, conseguiram chegar à atualidade menos reduzidos do que aqueles que inicialmente os atacavam, como os Suiás, os Txicãos ou os extintos Iarumas. Em segundo lugar, Menget considera três importantes rituais que associam obrigatoriamente a comunidade que toma a iniciativa com pelo menos uma comunidade vizinha, que figuram no conjunto das comunidades locais: o *Kwarúp*, que homenageia um chefe falecido recentemente, homenagem que se estende a outros falecidos recentes; o *Yawari*, a propósito de mortos mais antigos; e a iniciação dos rapazes, feita depois do *Kwarúp* (a das moças termina nesse rito). As relações de aliança, a oposição entre ferocidade guerreira e reciprocidade regrada, a construção da pessoa xinguana, estão implicadas nesses ritos, que sublinham as articulações entre as comunidades. Em terceiro lugar, o autor examina o papel dos chefes, tão em evidência nesses ritos. Apesar de o status de chefe ser hereditário, apesar de passar através de pai e de mãe, apesar de atribuído tanto a homens quanto a mulheres, apesar de 30% dos membros de uma comunidade poderem gozar desse status, somente uns poucos indivíduos do sexo masculino que dispõem das habilitações necessárias chegam a exercer o papel. (MENGET, 1993).

Ainda sobre esses grupos, Fausto (2005) anota que há um conjunto de fatores que caracterizam a noção de pertencimento dos grupos alto-xinguanos. Trata-se de valores éticos e estéticos, disposições corporais e comportamentais, alimentação que exclui carne de animais de pelo, compartilhamento de saberes mitológicos e participação intensa em um contexto ritual, que trazem à tona relações hierárquicas, ao mesmo tempo em que manifestam a simetria entre os vários grupos locais na forma de uma competição regrada (FAUSTO, 2005). Ainda de acordo com alguns estudos, essa caracterização corresponderia aos sistemas classificatórios nativos, segundo os quais grupos integrados no sistema autodenominam-se *gente*, marcando aparente indistinção entre si, e distinguem-se tanto dos *índios* (ou *índios bravos*, uma vez que os próprios xinguanos passaram a se reconhecer como *índios* no discurso do contato) quanto dos *caraíba*, ou brancos (GREGOR, 1982; BASSO, 1973).

A política alto-xinguana, de acordo com estudos empreendidos por Barcelos Neto (2004), caracteriza-se por um sistema de chefia com poder centralizado e pela constituição do poder do chefe por via da apreensão de potência no exterior cosmológico. Em pesquisas recentes

realizadas entre os Waurá (grupo Aruaque), o autor mostra uma descrição do sistema político no Alto Xingu que concebe a centralização do poder como resultado da coordenação entre chefia e o modo xamânico/predatório de potência, de modo que a apropriação e o domínio dos “meios místicos de reprodução social” ficam aparentemente dissociados da formação de linhagens, mas ainda assim assumem papel fundamental no jogo político.

Em suas descrições, Barcelos Neto (2004) apresenta o sistema político Waurá, aproximando-o de modelos que enfatizam um “fazer” do chefe independente das determinações de transmissão de *status*. Para o autor, o chefe Waurá é poderoso e dono de uma palavra eficaz, derivada do contato com seres sobrenaturais. Essa imagem remete-nos ao sacerdote Amuesha, descrito por Santos-Granero, indivíduo que, doando à comunidade mais serviços e serviços mais essenciais do que aquilo que recebe em troca, é dono de uma autoridade moral maior do que a normalmente creditada aos chefes em outros grupos indígenas (SANTOS-GRANERO, 1993 apud FIGUEIREDO, 2003, p. 62).

Segundo Barcelos Neto (2004), no sistema alto-xinguanos o poder do xamã, ao se ocupar dos rituais intra-aldeãos realizados no contexto de cura de doenças causadas pelos espíritos (*apapaatai*), produziria um ciclo de trocas, classificado pelo autor como “máquinas de produção”, das quais depende a manutenção da relação com os próprios *apapaatai*. Nesses rituais de cura – que se sustentam principalmente na busca de alianças junto aos *apapaatai* – observa-se que nem todo doente parece poder receber um diagnóstico de ataque desses espíritos e tornar-se dono de ritual; é preciso ter substância nobre, isto é, ser *amunaw*, “chefe” ou descendente de chefe em linhagem paterna ou materna. Esse indivíduo também deve ser alguém que merece a confiança/respeito do grupo por ter demonstrado possuir certas qualidades, especialmente a generosidade, além de possuir uma parentela que o ajude a manter o fornecimento de alimentos aos *kawoká-mona* de seus *apapaatai*. Se os chefes são aqueles que, por nascimento, já merecem respeito do grupo social e se, por meio da relação com *apapaatai*, ganham condições maiores de demonstrar sua generosidade e gerar mais respeito, o sistema ritual é visto como uma máquina operando em prol da manutenção da ordem e das posições sociais na hierarquia social. Esse autor sugere, assim, haver descontinuidade entre os rituais de *apapaatai* e os rituais pós-funerários e de iniciação de chefes realizados em escala regional; ambos formariam um complexo que opera “[...] como um plano consciente de produção ritual contínua de homens e mulheres *amunaw*” (BARCELOS NETO, 2004, p. 286).

Contudo, cabe anotar que, ao descrever a constituição do poder do chefe Waurá como se dando por via da apreensão de potência no exterior cosmológico, Barcelos Neto (2004) sugere a existência de disputa faccional e ambiguidades na classificação de pessoas dentro do grupo, de forma que a “chefia” aparece diluída em *status* diversos, incluindo o de pajé, dono da aldeia, donos de rituais, etc. Ainda sobre o tema, em pesquisas anteriores entre os Txicão/Ikpeng, Menget (1977) afirma que a estrutura do sistema xinguano põe em primeiro plano a instabilidade das relações de aliança entre parentelas, sendo formadas pela combinação dos critérios de filiação, residência e alinhamento faccional, e a conseqüente necessidade de extrema formalização das relações entre aliados matrimoniais, para garantir a coesão do sistema “acéfalo”.

Com opinião semelhante, Viveiros de Castro (1977), ao descrever como ocorre a formação do chefe entre os Yawalapití, relaciona a “flexibilidade” do sistema de classificação de pessoas ao que poderíamos imperfeitamente chamar de flexibilidade do sistema cosmológico. Segundo o autor, entre os Yawalapití todo ser pode ser classificado como mítico/arquetípico (- *kumã*), divino mas também monstruoso, ou segundo um regime de aproximações sucessivas desse modelo – pode ser a versão natural do protótipo sobrenatural (- *ruru*), uma imagem aproximada dele (- *mina*) ou apenas uma imitação imperfeita (- *malú*). O importante é que aí reencontramos a distinção entre chefes fortes (*amulaw-ruru*) e fracos (*amulaw-mina*). Mais precisamente, a condição de nobreza (*amulaw*) seria expressão da realização do protótipo de chefe, uma vez que os Yawalapití entendem que todos os indivíduos nascem “maus” e tornam-se (“ficam”) *amulaw* ao longo da vida. Ainda segundo o pesquisador, o processo de “ficar” chefe relaciona-se precisamente à noção de construção de pessoa entre os Yawalapití. (VIVEIROS DE CASTRO, 1977).

Para entender esse processo de “ficar” chefe, Viveiros de Castro anota que o pensamento Yawalapití, particularmente a lógica desse grupo sobre substâncias e o fazer do corpo, obrigou os etnógrafos a realizarem uma revisão da noção de transmissão de *status*, pois a pessoa é fabricada não só na concepção, recebendo substância paterna (esperma) e materna (sangue; há controvérsias sobre a contribuição feminina), mas também nos rituais de transição, como a iniciação e a *couvade*. Desse modo, essa fabricação se daria pela perda e acumulação de substâncias determinadas e também por sonhos que associam o indivíduo a animais que possuem as características desejadas. A reclusão, especificamente, seria um momento fundamental de

constituição de indivíduos *amulaw*, pois ela determina o sucesso do jovem como futuro lutador, condição fundamental para o exercício da chefia. O *amulaw* condensa, assim, dois princípios: a transmissão de substância na concepção (caráter “dado” da posição social) e a educação/fabricação corporal pela indução de determinados comportamentos (caráter “construído”). Com isso, a ausência de termo nativo para designar não-chefes pode indicar o *amulaw* como protótipo da pessoa Yawalapití, como se todo indivíduo, devidamente “fabricado”, pudesse ser *amulaw* (VIVEIROS DE CASTRO, 1977).

Nesse modelo, a associação entre um sistema de classificação gradativa dos seres e a noção de fabricação da pessoa responde, então, pela falta de nitidez da fronteira entre *amulaw* e não-*amulaw*, além dos efeitos da descendência cognática. Mas subsiste no campo aberto da transformação/fabricação corporal o determinante da descendência, já que os Yawalapití, aparentemente, não admitem a possibilidade de um filho de não-*amulaw* tornar-se chefe; este chegaria no máximo à condição de líder, de *big man*, sem receber distintivos de nobreza.

Em Viveiros de Castro (1977), a associação entre hereditariedade e aquisição de *status* aparece claramente, descrevendo o chefe como um “dono” dos espaços públicos, mas de outras coisas também. Dessa forma, havia entre os Yawalapití um homem que “tomava conta” do grupo, representava-o nas interações formais com outras aldeias, coordenava a cerimônia de troca: era o “dono da aldeia”. Ao que parece, são prerrogativas da posição as funções normalmente associadas ao chefe – exortação do grupo ao trabalho, representação regional, fala cerimonial. O irmão mais novo do “dono da aldeia” era considerado “dono” de um grupo dentro da aldeia; com a saída desse grupo, passava a ser o ajudante principal do seu irmão mais velho. O filho do irmão mais novo, jovem que então representava os Yawalapití nos contatos com o branco, estava sendo preparado para substituir o irmão de seu pai como “dono da aldeia” (1977, p. 76).

Figueiredo (2006, p.79-80), ao entrevistar Viveiros de Castro sobre o tema, explica:

Segundo informação pessoal do autor, o dono da aldeia Yawalapití tinha um filho homem, apenas ligeiramente mais jovem que o filho do seu irmão mais moço. Em nenhum momento os Yawalapití teriam explicado a Viveiros de Castro as razões para a não-escolha desse rapaz como futuro dono da aldeia. A “vocaçã” de Aritana, sobrinho paterno do então dono da aldeia, era um fato tomado como natural.

Ainda no entendimento de Viveiros de Castro (1977, p. 80), entre os Yawalapití o chefe era tido como a realização mais aproximada de um protótipo, ideal de pessoa xinguana: “[...] o que não significa proximidade genealógica dos ancestrais. [...] assim a figura do “chefe” dá lugar

a um híbrido constituído pela “nobreza” transmitida e pela condição adquirida de “dono”, partes do mesmo processo de fabricação”.

É importante salientar que o processo de transformação em xinguano não é um evento histórico isolado, mas de contínua recriação, através de técnicas de fabricação corporal, da vida ritual e das relações cotidianas, quando o resultado da constituição física e moral de um xinguano *como xinguano* é também posto à prova. Para Figueiredo (2010), tanto no rito quanto nas técnicas de fabricação corporal, o tornar-se xinguano se faz através da relação com *outros*, sobretudo não humanos, mas também “brancos”, que são a origem dos atributos pessoais e bens de valor que circulam em seguida como conectores das redes de parentes (p. 14 – grifo meu). Como lembra Sahlins (2004, p. 519) ao “[...] incluir o universo dentro do próprio esquema cultural [...] um povo abre um espaço definido na reprodução de sua comunidade imediata a seres e coisas que estão além dela. Deuses, inimigos, ancestrais ou afins, de várias formas, os Outros representam a condição necessária da existência de uma sociedade”.

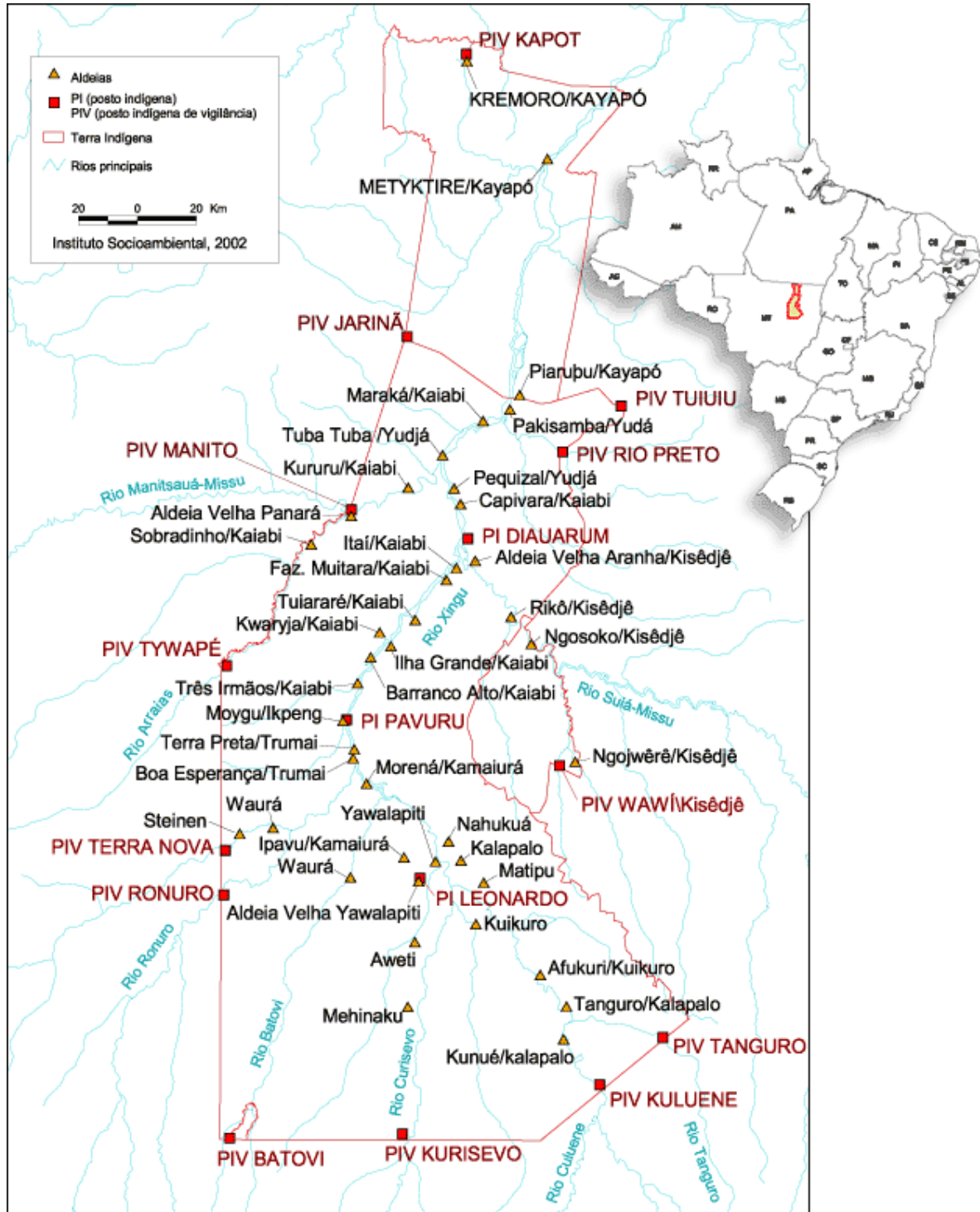
Portanto, o tornar-se xinguano resultaria (também) das relações estabelecidas com *outros* - “brancos” (sobretudo portadores de bens de valor). Assim, seus sistemas de construção simbólica do *Outro* constituem o quadro e a condição de possibilidades de autodefinição: “[...] as sociedades indígenas, ao confrontarem os brancos têm, necessariamente, que passar por um processo de redefinição identitária no qual são reconstituídas as fronteiras tradicionais da alteridade²⁷, desestabilizadas por esse encontro” (ALBERT, 2002b, p.13).

Assim, apreender como a noção de poder político e o papel de chefia são significados pelos líderes locais e, conseqüentemente, exercidos nas relações intra e inter-aldeias nas Terras Indígenas do Xingu, torna-se importante para o entendimento de quais papéis e expectativas são depositadas sobre os representantes indígenas presentes nas negociações políticas junto aos órgãos estatais ou outras instituições. Contudo, é preciso dizer que no cenário há a emergência de “novos líderes” – em sua maioria jovens – dispostos pela ideia de ocuparem cargos de representação, ou mesmo remunerados, junto ao Estado e às organizações responsáveis pela implementação da PNASPI nas áreas indígenas. Também se observa, na atuação dos “líderes tradicionais” – que resguardam os códigos internos relacionado à estrutura política dos seus grupos – junto à política sanitária em curso, a emergência de discursos e condutas que se

²⁷ Ver um exemplo Yanomamy desse remanejamento da teoria da origem dos estrangeiros indígenas para dar conta da chegada dos brancos em Albert (1992).

atualizam a partir das condições e conjunturas apresentadas pela nova “agência política”, conforme se procura demonstrar ao longo do trabalho.

FIGURA 1.3.1: Mapa com a localização da Terra Indígena do Xingu - TIX



Fonte: Instituto Sócio-ambiental (ISA, 2002). Capturado em novembro de 2010 no site: <http://www.socioambiental.org/pib/epi/xingu/parque.shtm>

2.0 - Política indigenista de saúde - da ausência do Estado à construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Em novembro de 1986, realizou-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que tinha como objetivo avaliar a situação da saúde desse grupo populacional e criar uma política efetiva para as comunidades indígenas²⁸. Durante esse evento, o diagnóstico que caracterizou a saúde indígena no Brasil apontava que as condições sanitárias, em geral, não eram satisfatórias. Entre outros problemas, havia uma elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose, a malária, a verminose e os frequentes surtos epidêmicos provocados por vírus; grande prevalência de doenças carenciais, com alto grau de desnutrição em algumas delas; danos psíquicos que se originam da alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico, etc.²⁹

Acrescentam-se, ainda, fatores como a marginalização, a perda de território, as mudanças ambientais, a consequente perda das técnicas tradicionais de subsistência e a exploração por parte da sociedade envolvente (LANGDON, 2001).

A I Conferência contou com um número considerável de representantes de diversas associações indígenas, funcionários da FUNAI e do Ministério da Saúde, profissionais de saúde, antropólogos e membros de organizações não governamentais que trabalhavam junto às comunidades indígenas.

Entre as conclusões da Conferência, alguns pontos merecem destaque, especialmente porque foram os norteadores da legislação sobre saúde indígena incorporados na Constituição de 1988³⁰ e posteriormente inseridos ao novo modelo de atenção à saúde brasileira: (1) a necessidade de estabelecer um subsistema específico, articulado ao sistema nacional, com a criação de uma agência vinculada ao Ministério da Saúde; (2) garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde; (3) assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; (4) estimular, nas próprias

²⁸ A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio foi resultado de uma indicação da VIII Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL/MS, 1986).

²⁹ Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. (BRASIL/MS, 1986).

³⁰ Deve-se levar em conta que a Constituição Brasileira de 1988 reconheceu o caráter pluricultural do Estado e que a política de saúde no Brasil é guiada pelos *Princípios sobre a Tolerância*, aprovados pela UNESCO em 1995. Esse documento define a tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas [...]” (UNESCO, 1997, p. 11), assim como declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar “o caráter multicultural da família humana” (13). (LANGDON, 2004, p.37 - grifo no original). Outro aspecto importante também elaborado na Constituição de 1988 e que veio ao encontro das reivindicações indígenas foi o processo de descentralização dos serviços públicos de saúde.

comunidades envolvidas, a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc. (KRENAK et. al., 1988; LANGDON, 2004).

É importante lembrar que essas reformulações, ocorridas nas políticas de saúde para os povos indígenas a partir do final dos anos 1980, fazem parte de um grande movimento de reforma sanitária, iniciada nos primeiros anos da década pelo Estado. Um dos produtos da reforma sanitária foi o Sistema Único de Saúde (SUS), norteado por dois princípios independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comunidade em um processo conhecido como “controle social”³¹. Ambos os princípios são assegurados como direito de cidadania no estado democrático (LANGDON, 2001; 2004).

Segundo Paim (2003a), a própria reforma sanitária ocorrida nesse período foi resultado dos movimentos de saúde que, através das Conferências Nacionais de Saúde, especialmente a VIII Conferência, ocorrida em 1986, propuseram uma Reforma Sanitária Brasileira baseada em críticas ao sistema de assistência médico-hospitalar e reafirmaram os princípios e as diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Pautaram-se na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e na integralização do conjunto de ações e serviços de saúde pública, tendo como base também a participação popular e a constituição do aumento do orçamento para a sua viabilização.

Pode-se dizer que a criação de um novo modelo de saúde indígena alicerçado em um subsistema de atenção diferenciada à saúde (integrado ao SUS) e baseado na distritalização sanitária, conforme reivindicado na Conferência de 1986 e reafirmado na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas de 1993 veio ao encontro da orientação política referente à formação de Distritos Sanitários, pensada e aprovada por todos os ministros da saúde das Américas, inclusive o do Brasil, durante a XXXIII Reunião da Organização Pan-Americana da Saúde, realizada em Washington, Estados Unidos, em setembro de 1988 (ERTHAL, 2003).

Para Mendes (1994), o Distrito Sanitário representa um tipo de Sistema Local de Saúde, orientado para um espaço geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que inclui um conjunto de atividades técnicas, que visam a prover medidas racionalizadas e qualificadas de

³¹ Controle social: “É um conceito chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das Ciências Políticas, que se referem aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito de saúde coletiva no Brasil, o termo refere-se à atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade” (LANGDON, 2004, p. 37).

atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência. Pressupõe, ainda, a criação de instâncias colegiadas com atribuição de coordenação do conjunto de estabelecimentos e ações de saúde contidas no espaço distrital. O controle social do Distrito é garantido pela participação paritária dos usuários e prestadores de serviços nos colegiados deliberativos (conselhos) distritais. No caso dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sua organização deve levar em consideração o tamanho da população, as áreas indígenas sob sua responsabilidade e a capacidade instalada da rede local. Ainda para esse autor,

[...] o que se busca com a construção dos Distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender as necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de Saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário (MENDES, 1994, p. 162).

Porém, a política de reordenação da rede de saúde através dos SILOS – Sistemas Locais de Saúde ou “distrito sanitário especial indígena” só veio a ser regulamentada no Brasil em 1999, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

Historicamente, as ações realizadas na área de saúde junto aos povos indígenas caracterizaram-se por um modelo campanhista³², iniciado já na primeira década do século XX com os missionários e assumido pelo Estado através da criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). Esse órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, objetivava, através de políticas integracionistas, inserir a população indígena no sistema produtivo nacional. Nesse contexto, as ações em saúde tinham caráter predominantemente emergencial e os sistemas tradicionais de cuidados de saúde eram ignorados ou desconsiderados no planejamento dos serviços.

Nos anos 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso: “Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis” (BRASIL/MS, 2002a, p. 07). Todavia, esse programa, idealizado por Noel Nutels, não restringiu suas ações assistenciais à

³²O *Sanitarismo Campanhista* - modelo executado no Brasil a partir do início do século XX, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira e exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou o controle das doenças que poderiam afetar a exportação. O modelo mostrava-se através de uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. (MENDES, 1994)

erradicação das enfermidades tísicas. Concentrou-se, principalmente, na medicina preventiva (PAZ, 1994). A portaria que criou o SUSA consentiu licença para que qualquer outro setor do Ministério da Saúde pudesse ser solicitado para atender às necessidades locais relacionadas à saúde. Já em 1958, o serviço possuía uma equipe própria com médicos, vacinadores, dentistas e operadores de raios-x (COSTA, 1987). Contou com o apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) até 1964, por meio do Correio Aéreo Sanitário (ligado ao Correio Aéreo Nacional), transportando material, medicamentos e pessoal do programa (COSTA, 1987; PAZ, 1994; VERANI, 1999).

Para Paz (1994), as experiências vivenciadas por Nutels junto aos povos alto-xinguanos influenciaram-no a idealizar um projeto de política pública diferenciada e voltada para populações afastadas dos centros urbanos. A própria perspectiva de trabalho de Nutels, na direção do SUSA, coadunava-se com os objetivos dos irmãos Villas Bôas no comando da Expedição Roncador-Xingu. Desse modo, Rondon, à frente do SPI, ao perceber que os índios começavam a ser atingidos por interesses econômicos das frentes de colonização e, simultaneamente, devastados por epidemias sugeriu que fossem reservados trechos territoriais que garantissem os modos tradicionais de subsistência econômica e que, para isso, fossem implementadas políticas públicas de saúde que mantivessem as condições sanitárias e ambientais para esses objetivos.

A partir de 1967, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) – subordinada ao Ministério da Justiça – passou a ser o órgão responsável pela saúde indígena, com a finalidade de estabelecer as diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista, que deveria ser baseada no respeito à pessoa do índio e às instituições e comunidades tribais (MARQUES, 2003). Entre as suas atribuições, foram incluídas a promoção e a prestação da assistência médico-sanitária aos índios. O seu modelo de atendimento fundamentava-se nas Equipes Volantes de Saúde (EVS) e os serviços prestados eram ocasionais (SERAFIM, 2004).

Na avaliação de Marques (2003), a qualidade da assistência médica ocorrida a partir desse modelo decaiu, basicamente porque os profissionais que compunham as EVS fixavam-se nas cidades onde se localizavam as sedes das delegacias regionais da FUNAI, deslocando-se eventualmente às áreas indígenas para atendimento simples: vacinações e, principalmente, remoção de doentes em casos graves para hospitais nas cidades.

Ocorreu também, nesse período, a construção de pontos de apoio chamados de Casas de Saúde do Índio (CASAI), nos centros urbanos, destinadas aos doentes e acompanhantes removidos das áreas indígenas para cuidados mais complexos. Nas Casas os doentes recebem

hospedagem, tratamento e convalescença. Como analisa Paz (1994), o modelo orientador de atendimento das EVS era incongruente ao modelo empreendido pelo SUS, que tinha como proposição primordial a medicina preventiva. Nessa mesma linha, Costa (1987, p. 396) assevera que: “Ao invés de fundamentar o trabalho numa perspectiva de preservação da saúde do índio, as Equipes Volantes de Saúde se pautaram numa assistência individual”.

Com o Decreto presidencial nº 23, de fevereiro de 1991, o Governo Federal deu uma primeira definição legal do Distrito Sanitário Especial Indígena: “[...] As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (BRASIL, 1991 - artigo IV). Para Marques (2003), desde a promulgação das Leis nº. 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº. 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que regulamentaram o texto constitucional e a criação do SUS, paralelamente diversos decretos e portarias foram emitidas, constituindo-se em uma trama de instrumentos legais e de estruturas administrativas que conformariam o subsistema de atenção à saúde indígena.

O Decreto Presidencial 23 (BRASIL, 1991), determinou, ainda, que a FUNAI e a FUNASA deveriam prestar assistência de saúde aos povos indígenas de forma cooperada e integrada, com a finalidade de assegurar regularidade da execução dos programas, operacionalizando programas de saúde que respeitassem a organização sociocultural dos povos indígenas. O controle orçamentário, o planejamento e a distribuição de recursos seriam da FUNASA.

Todavia, a articulação entre FUNASA e FUNAI caracterizou-se mais pelos conflitos do que por ações conjugadas. Tais disputas ocorreram devido, principalmente, à burocracia administrativa, ao corporativismo e aos conflitos de competência na aplicação da política de saúde oficial. A FUNAI manteve-se pressionando e buscando alteração da gestão da saúde e pouco teria feito para o desenvolvimento da implementação da assistência à saúde indígena, seguindo o modelo de organização de Distritos Sanitários Especiais. Em caráter emergencial, foi criado apenas o Distrito Sanitário Yanomami (DSY) que, desde o início, enfrentou sérios problemas, como a ameaça de extinção da FUNASA, a contratação de pessoal pelo curto período de seis meses, a política local e regional interferindo na gestão administrativa, a insuficiência de recursos humanos e financeiros, a falta de remédios, alimentação e infraestrutura, entre outros. (CIMI, 1999, p.17-18).

As resistências desse órgão indigenista (FUNAI) levaram à promulgação do Decreto Presidencial nº 1.141/1994, devolvendo, parcialmente, a coordenação das ações de saúde junto aos povos indígenas (BRASIL, 1994). Nesse mesmo decreto, estabeleceu-se que a esse órgão caberiam as ações curativas e a FUNASA ficaria com a incumbência de garantir as medidas preventivas. (LANGDON, 2004)

Esse decreto, na avaliação dos militantes do movimento indígena e do movimento da reforma sanitária, representou um retrocesso, separando as ações de prevenção e assistência, contrariando, inclusive, os apontamentos aprovados na Constituição de 1988³³. Além dessa fragmentação, a manutenção das responsabilidades das ações de saúde indígena em dois órgãos governamentais (FUNAI/FUNASA) significou a continuação dos conflitos e disputas entre eles. (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Somente em julho de 1999, através da Medida Provisória 1.911-8 de 29 de julho de 1999 (BRASIL, 1999), o Governo Federal deu início à implantação de uma “nova política” de saúde para as populações indígenas: primeiro transferiu a responsabilidade da gestão sobre a saúde indígena exclusivamente para a FUNASA. Em segundo lugar, implantou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, abrangendo a maioria das terras indígenas do território nacional, com cerca de 351.000 índios (BRASIL, 2002a). (mapa 02 disposto abaixo)

Após sua implantação, os Distritos Sanitários ficaram organizados independentemente das divisões estaduais e municipais e variam significativamente em relação ao tamanho e à composição étnica. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da FUNASA, que administra e repassa os recursos financeiros às agências governamentais (os municípios) e não governamentais conveniadas, para formular e administrar programas específicos de atenção primária nas áreas indígenas, assim como estabelecer uma rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições, para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONGs são formadas pelos próprios indígenas. Em outros, criaram-se organizações não governamentais especiais para desempenhar esse papel³⁴. Há, ainda, municípios que, na ausência de ONGs locais envolvidas no assunto, recebem as verbas destinadas à saúde indígena (LANGDON, 2004).

³³ Militante do movimento de reforma sanitária brasileira na década de 1980 (entrevista realizada em outubro de 2006). Líder indígena Truká, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI e representante do movimento indígena no Conselho Nacional de Saúde (entrevista concedida em janeiro de 2007).

³⁴GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C (2003) apresentam dados da FUNASA que mostram um aumento de quatro ONGs indígenas conveniadas em 2000 para 19 em 2002.

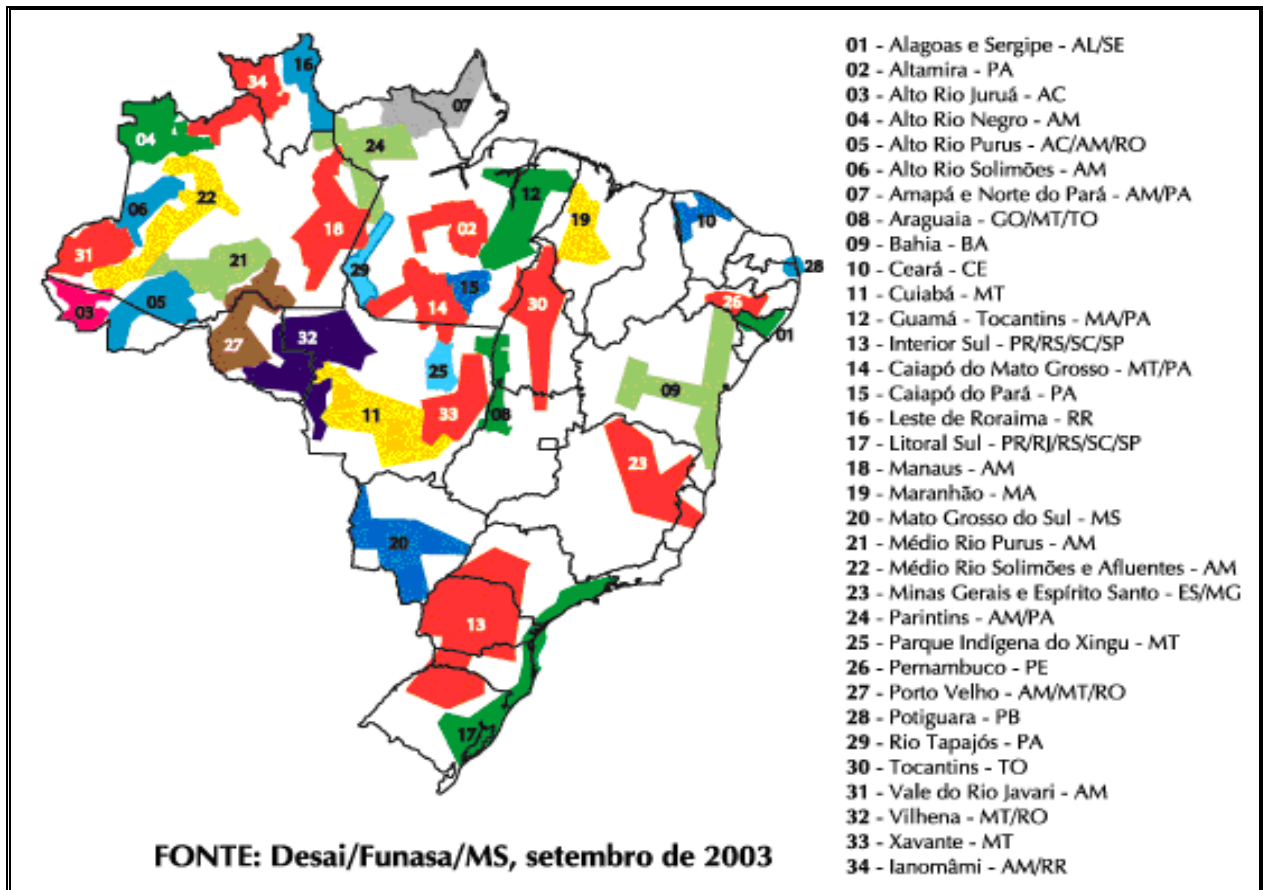
Mendes (1994) aponta que o processo de distritalização da saúde tem função estratégica tanto para a viabilização da reforma sanitária proposta quanto para o lócus operacional – territorial, demográfico, epidemiológico, tecnológico, socioeconômico e, principalmente, político – do “processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde” (MENDES, 1994, p.100-105).

A proposta de distritos sanitários como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, cuja base está na territorialização, integralização e intersetorialidade das ações e serviços de saúde para determinados grupos populacionais, tem como objetivo, de fato, propiciar o desenvolvimento de outro modelo de atenção, fundado nas práticas técnico-assistenciais de natureza predominantemente sanitária e epidemiológica, em contraposição ao modelo médico-assistencial privatista, de orientação clínica (MENDES, 1994; PAIM 1999; 2003b).

Esse modelo deveria operar, potencialmente, por meio da “oferta organizada” e da “reorientação da demanda”, por sua adequação aos princípios sanitários de vigilância à saúde, em função do perfil epidemiológico ou dos problemas de saúde prevalentes em um determinado grupo populacional (PAIM, 1999; PAIM, 2003b).

Formulou-se, assim, um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e gestor da saúde de grupos populacionais demarcados, por meio de protocolos assistenciais e de um sistema de referência e contrarreferência de pacientes e informações dentro do sistema, de acordo com as prioridades definidas e reconhecidas por pesquisas epidemiológicas, orientado por uma racionalidade técnico-sanitária (CARDOSO, 2004b). Cardoso (2004b) anota, ainda, que o novo modelo teria como pressuposto também a participação comunitária no planejamento e na gestão das ações e programas de saúde, assim como a “[...] intervenção sobre os determinantes socioambientais e estruturais subjacentes ao quadro de morbidades prevalentes em um determinado grupo populacional, quer como “espaço político de negociação”, quer sob a forma da proposição de um “um novo projeto cultural de comunicação social e educação em saúde” (CARDOSO, 2004b, p.198 – aspas no original).

FIGURA 2.0.1 – Mapa com a localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas implantados no território brasileiro.



Capturado em 20 de abril de 2010 no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/distritosEspeciais.asp>

2.1 - A implementação da PNASPI e a opção política do Governo Federal pela terceirização dos serviços de atenção básica em saúde nas áreas indígenas

Conforme se viu acima, desde a Conferência Nacional de Saúde do Índio, ocorrida em 1986, como parte da VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento indígena apontava que uma política pública na área da saúde ofertada pelo Estado para esses Povos deveria: “Garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde”³⁵. Posteriormente, esse e outros princípios tornaram-se os norteadores da legislação sobre saúde indígena incorporados na Constituição de 1988 e, em seguida, inseridos ao “novo modelo” de atenção à saúde indígena implantado pela FUNASA a partir de 1999.

A participação política dos povos indígenas na implementação e no funcionamento dessa política pública – conforme resoluções aprovadas em Conferências – ocorreu a partir dos conselhos de saúde que exercem sobre o Estado, além da ação “fiscalizatória”, o papel de indutores sobre as suas ações. Todavia, o Governo Federal incorporou parte das reivindicações desses grupos no campo da saúde a partir de novos moldes, ajustando tal política dentro de um contexto denominado Reforma do Estado.

Segundo o próprio Governo, essas Reformas consistiam em devolver à esfera privada determinadas ações do Estado. De acordo com Bresser Pereira e Spink (1998), concomitante com o processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para os níveis estadual e municipal, encontrava-se em andamento uma política de privatização e desregulamentação, com o fim de reduzir o “tamanho” do Estado. Assim, na política social, a reforma administrativa ocorreria, embora ainda de maneira tímida, por intermédio de “Organizações Sociais”. Nessa forma de gestão “publicizada”, o Estado resguarda para si um papel de promotor e regulador, enquanto transfere para o setor público “não estatal” a responsabilidade pela execução das ações, que devem ser subsidiadas pelo Estado.

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. [...] Um outro processo que se insere no quadro mencionado acima é o movimento em direção ao setor público não-estatal, no sentido de responsabilizar-se pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa

³⁵Relatório Final da I CNPSI, 1986. (BRASIL/MS, 1986)

científica. Chamaremos a esse processo de “publicização” (BRASIL/MARE, 1997, p.9 – aspas no original).

Tal modelo – de transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil – ocorreu em todo o país e fez parte de um processo de ajuste estrutural que previa transferir responsabilidades para a sociedade, inserindo as ONGs em projetos de colaboração em políticas compensatórias. Segundo Teixeira (2005), essa era uma das formas em que o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso concebia participação da sociedade e estava no projeto de reforma do Estado, implementado, em parte, pelo ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

Entre as argumentações apresentadas para reforçar seu ponto de vista, Teixeira (2005, p. 123) pondera: “Dentre os processos vislumbrados por essa reforma está a redefinição das funções do Estado, a fim de que ele reduza seu tamanho e seu contingente de pessoal, através de três programas: privatização, terceirização e publicização”. Essa autora anota, ainda, que a espinha dorsal desse projeto “[...] é a publicização que para Bresser, tem um significado preciso: organizações não estatais assumindo funções de prestação de serviços”. (TEIXEIRA, 2005, p. 123). Desse modo, argumenta Teixeira (2005, p. 123): “Bresser ressalta a necessidade de que organizações da sociedade assumam as tarefas estatais, de que haja transferência dessas tarefas para o que ele denomina de campo público não-estatal”.

Foi dentro desse contexto que se iniciou a implementação da PNASPI. O Governo Federal, através dos gestores da FUNASA, utilizou a oratória que garantiria a participação dos povos indígenas para além dos conselhos de saúde, oportunizando às suas lideranças, através de ONGs, a se tornarem executores diretos de suas políticas reivindicatórias.

Sobre esse movimento, Garnelo e Sampaio (2005) postulam que a pactuação entre governo e entidade prestadora de serviços foi viabilizada nas regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste do país, principalmente através de convênios com entidades não governamentais. Segundo os autores, essas últimas competiria, mediante a aplicação de recursos oriundos do SUS, executar atividades preventivas e curativas dirigidas à população indígena aldeada. O planejamento das rotinas é ordenado num plano distrital renovado anualmente – da mesma forma que o convênio – é aprovado no conselho distrital (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Segundo os pesquisadores, a forma assumida pela terceirização ou publicização (como queria Bresser Pereira) em saúde indígena não encontrou correspondente em qualquer outra área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas, sem renunciar à execução direta de ações através de serviços próprios (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Nesse contexto: a relação dos órgãos do governo federal com os níveis estaduais e municipais de comando; no SUS, a celebração de convênios foi superada com a Programação Pactuada Integrada (PPI) da gestão plena e básica da atenção e o repasse direto de recursos para os fundos de saúde, agilizando o financiamento dos sistemas locais, garantindo a continuidade das programações e a fixação de equipes capacitadas para a execução das ações. Esses mecanismos de gestão são próprios das relações entre os diferentes níveis de comando – federal, estadual e municipal – do SUS, não podendo ser replicados nas pactuações entre governo e entidades civis que permanecem sendo reguladas por convênios (GARNELO; SAMPAIO 2005).

Noronha e Soares (2002), ao estudar a política de saúde do Brasil nos anos 1990, demonstram a influência da política neoliberal na redução do papel do Estado e na transferência da responsabilidade sanitária para entidades de direito privado. Esse repasse gradativo de suas funções públicas para o *terceiro setor* foi caracterizado por Fernandes (1994, p. 21, Itálico no original) como "[...] *um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos*".

Dessa forma, a partir de 1999, a FUNASA viabilizou um modelo de atenção à saúde indígena que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização³⁶ das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas de populações aldeadas. Havia ainda, por parte dos gestores dessa autarquia, o anseio de que essas organizações terceirizadas seriam formadas, preferencialmente, por lideranças indígenas. Nas palavras de um ex-diretor dessa autarquia:

Nós tivemos, aí, várias organizações indígenas, que representaram, na minha gestão eu fiz seis convênios, destes seis convênios, os seis convênios foram com organizações indígenas. Então, a própria organização indígena, os próprios índios se organizando para tomar conta da saúde. Então, eu acho isso fantástico. É, um avanço considerável que teve com essa política, deles se organizarem para tomar conta dos

³⁶ Considera-se aqui terceirização como o processo político-administrativo de transferência total ou parcial de responsabilidades/atribuições essenciais do Estado para a esfera privada.

seus problemas. Eu acho que isso foi um grande avanço. (Ex-consultor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA)³⁷.

Como resultado desse movimento, em 2004 a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) contava com mais de 50 organizações conveniadas executando as ações de atenção básica junto às populações aldeadas em todo o país. Aproximadamente a metade era constituída por associações hegemonicamente administradas por indígenas, havendo, ainda, convênios com organizações indigenistas, municípios e universidades.

Os problemas e as incongruências ocorridas a partir da renúncia do Estado brasileiro à execução direta de serviços de saúde junto à população indígena, adotando a estratégia de terceirização, logo começaram a aparecer.

Segundo o ex-diretor do Departamento de Saúde Indígena (DESAI/FUNASA), após o primeiro ano de implantação das organizações conveniadas para executarem os serviços de saúde, já era possível identificar que estavam deixando de cumprir os apontamentos propostos nas legislações que regulamentavam a política pública. Nas palavras do informante:

Nós percebemos que havia muita contradição, total, na condução da política. Era totalmente diferenciado da pensada para os distritos [sanitários] e seu papel. Porque o sistema é um Subsistema do Sistema Único de Saúde, então, ela tem que ter uma condução única. Então, você tinha no mesmo distrito duas a três ONGs atuando de modo totalmente diferenciado. Isto, ONGs indígenas e não indígenas, cada um só cuidava do seu. Assim, não se articulavam, não se integravam, contrário, inclusive, do Sistema Único de Saúde. Então, esta talvez era uma das coisas mais fortes que a gente tinha, porque tinha esse entendimento. [...] Nós percebemos, a partir de 2001 e 2002 a gente já havia percebido isso, mas como não tinha alternativa, se convivia com isso (Ex-consultor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA).³⁸

Na análise desse mesmo informante, esses acontecimentos decorreriam principalmente por três razões: a primeira, porque havia uma desarticulação entre as ações do DSEIs e as CORE/FUNASA. Essas coordenações regionais da FUNASA não supervisionavam o desempenho das organizações que celebraram convênios com a FUNASA para executar a atenção básica de saúde na área de abrangência do DSEI. Dessa forma, essas prestadoras de serviços sentiam-se “livres” para implantar aquilo que consideravam mais importante. A segunda razão relacionava-se às próprias limitações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que, após terem recebido atribuição de implantar a PNASPI, em 1999, não foram dotados de maiores estruturas físicas (logística), ou mesmo de novas admissões de recursos humanos.

³⁷ Entrevista concedida em maio de 2006.

³⁸ Entrevista concedida em maio de 2006.

O DSEI-Xingu, por exemplo, no ano de 2004 contava com apenas seis servidores do quadro permanente, oriundos da antiga Fundação SESP³⁹ e SUCAM⁴⁰, que foram posteriormente transferidos para a FUNASA⁴¹. Em sua maioria, não tinham curso superior; alguns encontravam-se em vias de solicitar a aposentadoria.⁴²

Para um dos dirigentes do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, que mantém convênio junto à FUNASA:

A FUNASA (DSEIs) hoje não tem técnicos, todo mundo é consultor ou contratado pelos municípios e roda muito, então, não consegue fazer as coisas andarem. Então, tem que ter um corpo mínimo de massa crítica, de gerência e de gestão, já que o papel do órgão é fazer gestão. A execução pode até ser terceirizada, mas com uma gestão que direcione os recursos, que mostre que se executa desse jeito, que acompanha, avalia, monitora, troca quando não funciona, mas isso não acontece. (Ex-consultor do PNUD/PRODEAGRO e coordenador executivo do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP).⁴³

Uma terceira razão – talvez a mais importante – observada para que as organizações conveniadas junto à FUNASA se sentissem “autônomas” para escolher a forma de execução das ações de saúde junto aos grupos indígenas ocorria porque:

95% dos recursos da saúde indígena, que era de um montante de R\$ 320.000.000,00 por ano, ficavam nas mãos das ONGs. [...] 95% desses recursos ficavam nas mãos das ONGs. Então, por exemplo, elas adotavam política diferenciada na compra (remédio, combustível, etc.). [...] a ONG recebia os recursos, então, ela podia comprar, contratar, e etc. Então, você tinha uma confusão de poder, quem mandava era a ONG, porque quem tinha o dinheiro era a ONG que, na verdade, era o dinheiro da FUNASA. Então, essa era a primeira contradição que existia dentro do serviço (Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e, ex-diretor do DESAI/FUNASA).⁴⁴

No ano de 2004, a FUNASA realizou um total de 52 convênios com entidades de direito privado (empresas de consultoria de RH; fundações privadas ligadas a universidades; e associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a categorias profissionais), representando para a

³⁹O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi organizado dentro do Ministério da Educação e Saúde em 1942 para cooperar com o Institute Of Interamerican Affairs, do Governo Americano (Decreto Lei 4.275 – 17/04/1942). Em 1960 o SESP foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde (Lei 3.750: 11/04/1960). (BRASIL/MS, 2003)

⁴⁰A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foi criada em 1970 através do Decreto nº. 66.623, de 22-5-1970. Em 1990, o Governo Federal transferiu o acervo e os recursos orçamentários da SUCAM para a FSESP, que passou a se denominar Fundação Nacional de Saúde (FNS), através da Medida Provisória nº. 151, 15/03/1990. E também autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Nacional de Saúde (FNS), mediante incorporação da FSESP e SUCAM (Lei nº. 8.029: 12-04-1990). (BRASIL/MS, 2003)

⁴¹Informação oral do Chefe do DSEI-Xingu – entrevista concedida em janeiro de 2008.

⁴²No ano de 2007, atuavam na base do Subsistema de Saúde Indígena, entre o pessoal de campo e as equipes das sedes dos distritos, um total de **12.895** pessoas, sendo **1.681** de nível superior, médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, antropólogos e outros, além de **11.214** pessoas de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, microscopistas, AIS, AISAN e outros. (CEBRAP, 2009, p. 135 – negrito no original)

⁴³Entrevista concedida em outubro de 2006.

⁴⁴Entrevista concedida em maio de 2006.

autarquia, no decorrer desse ano, gastos de aproximadamente R\$120.300,00 (cento e vinte mil e trezentos reais). (BRASIL/MS- FUNASA, 2008f). No período de três anos (2004 a 2007), foram desenvolvidos e acompanhados por essa autarquia federal aproximadamente 40 Convênios, somando valores totais de R\$307,5 milhões de reais e suplementações no montante de R\$153,1 milhões (BRASIL/MS-FUNASA, 2008f).

Para exemplificar as contradições presentes na implementação da PNASPI a partir de convênios realizados entre a FUNASA e instituições terceirizadas, o interlocutor utiliza-se da realidade do DSEI-Xingu. Para o ex-gestor do DESAI/FUNASA, os recursos oriundos dos convênios possibilitavam ao coordenador do Projeto Xingu (EPM/UNIFESP) total autonomia de compra e pagamento de tudo que envolvia a assistência à saúde: aquisição – de horas/voo, combustível, medicamentos, veículos (carro, barco), equipamentos, entre outros – e a contratação de profissionais de saúde e de outras áreas para atuar junto aos grupos aldeados. Desse modo, na opinião do informante, o poder político para a implementação da PNASPI nesse distrito concentrava apenas no coordenador da instituição conveniada.⁴⁵

Essa realidade, conforme o ex-agente estatal, criou condições para algumas conveniadas declararem-se autônomas para implantar a política de saúde em curso:

Porque o governo, através da FUNASA, passava o dinheiro, então, chegamos a ter posição de ONGs que chegavam e diziam assim para a gente, isso lá nos Yanomami nós tínhamos muito isso, essa divergência de política, inclusive de salário e de tudo. Tinha uma ONG de lá, a URIHI, que chegou a falar que: “da FUNASA eu só quero o dinheiro, e não quero mais nada dela”. Chegaram a falar isso para a gente. Então, quer dizer, não existia política como deveria ser a política ou a condução dela. (Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA).⁴⁶

Ainda de acordo com esse informante, mesmo tendo identificado esses graves problemas na condução da PNASPI nos primeiros anos de sua implantação, o Governo Federal só estabeleceu novas regras em suas pactuações junto às organizações conveniadas a partir de janeiro de 2004, através da publicação da Portaria Ministerial 070/2004 (BRASIL/MS, 2004). Estabeleceu-se, entre outras coisas, que as aquisições de bens duráveis (imóveis, veículos, barcos, motor de barco, etc.) e mesmo não duráveis, tais como combustível, medicamentos, passagens, locação de horas/voo, veículos, entre outros, seriam realizadas somente pela FUNASA.

Para o ex-diretor da DESAI/FUNASA, o mando sobre esses bens devolveu ao Governo Federal a possibilidade de retomar o “controle político” sobre a implementação das políticas de

⁴⁵ Entrevista concedida em maio de 2006.

⁴⁶ Entrevista concedida em maio de 2006.

saúde indígena⁴⁷. Outro objetivo dessa Portaria (BRASIL/MS - 070/2004) seria responder às seguidas advertências recebidas pela FUNASA do Tribunal de Contas da União(TCU)⁴⁸ e da 6ª Câmara do Ministério Público Federal. Esses órgãos fiscalizatórios questionavam a forma dos gastos realizados pelas terceirizadas ligadas à autarquia e também a própria eficácia das políticas públicas em saúde que estavam sendo implementadas, pois algumas etnias indígenas e entidades indigenistas continuaram denunciando os descasos e mortes nas aldeias, em decorrência da falta de atendimento na saúde.

Os questionamentos do TCU concentravam-se especialmente sobre as formas de utilização dos recursos pelas ONGs terceirizadas junto ao Governo Federal. Elas executavam aquisições de patrimônios (imóveis, veículos, equipamentos de escritório, equipamentos hospitalar e odontológicos, etc.) com os repasses recebidos e os registravam – através de notas fiscais ou registros cartoriais – em nome da instituição mantenedora do convênio com a FUNASA⁴⁹.

Dessa forma, o ex-gestor governamental, juntamente com outros servidores, elaboraram a Portaria Ministerial 070/2004, estabelecendo novas regras para a relação entre as organizações conveniadas e a FUNASA. Na avaliação desse interlocutor:

A portaria 070 colocaria de volta as questões dos patrimônios públicos como responsabilidade do Estado brasileiro. Porque a terra indígena, ela é uma terra que pertence à União, então, todo o patrimônio que estiver ali eles têm que pertencer, são patrimônios também da União. [...] Então, essa portaria previa passar as ONGs como parceiras do processo, atuando de forma complementar, e que o governo assumisse a condução da política. [...] Então, ela tirou das ONGs de fazer as compras de bens públicos em nome das entidades privadas. Então, por exemplo, os carros e todo o meio de patrimônio tinham que ser adquiridos pela União e não poderiam ser adquiridos pelas ONGs. (ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA).⁵⁰

Com tal medida, esses dirigentes acreditavam que as organizações terceirizadas estariam impedidas de realizar, com os recursos oriundos dos repasses governamentais, aquisições de automóvel, barco, motor, imóveis, combustível, medicamentos, locações, etc., e realizariam apenas o papel de executoras dos serviços de saúde nas áreas indígenas.

Todavia, posteriormente à publicação da Portaria 070/2004, houve, em várias regiões do país, manifestações contrárias à implantação dessa lei, principalmente por pessoas ligadas às

⁴⁷ Entrevista concedida em maio de 2006.

⁴⁸ Ao Tribunal de Contas cabe fiscalizar as contas no âmbito do Executivo. Estão previstos atos próprios aos sistemas de fiscalização, auditoria (tomada de contas, inspeção e atos decorrentes) e correção internos à atividade administrativa.

⁴⁹ Entrevista concedida em maio de 2006

⁵⁰ Entrevista concedida em maio de 2006

organizações conveniadas à FUNASA. Na opinião do ex-gestor do DESAI/FUNASA, isso decorreu em razão de estarem perdendo o poder, com reduções significativas nos repasses de recursos governamentais para as ações de saúde junto às aldeias. Esse informante recorda que nessas manifestações ocorreram, por parte dos indígenas, ocupações de prédios das CORE/FUNASA, com o propósito de exigir a revogação da Portaria.

Para o dirigente do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP que, à época da publicação da Portaria 070/2004 atuava em todo Território do Xingu prestando serviços de saúde nas áreas indígenas, a publicação representou uma atitude desnecessária. Como argumento, o dirigente afirma: “que à época havia outras legislações que estabeleceriam o papel da FUNASA como gestora”. Em sua opinião: o descontrole sobre a efetivação da PNASPI em alguns distritos ocorreu pela incapacidade dessa autarquia em escolher suas parcerias para a realização dos convênios⁵¹. Ainda segundo o informante, a Portaria Ministerial provocou uma “convulsão” que gerou, inclusive, a saída de algumas organizações dos convênios mantidos com a FUNASA. Entre elas, o Instituto Trópicos - sediado em Cuiabá (MT), que mantinha convênio com a FUNASA para a execução de atenção primária junto aos Povos indígenas Paresi, Bororo, Umutina e Nambikwara. E a Associação Indígena Urihi, que atuava nas aldeias Yanomamis em Rondônia.

O administrador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP assegura, ainda, que a Portaria 070/2004 trouxe muita “dor de cabeça” para todos os que atuavam nas ações de saúde indígena. Conforme o informante, ao concentrar a aquisição de horas/voo somente na FUNASA, essa autarquia, nos primeiros 10 meses do ano de 2005, não conseguiu efetivar tal compra, alegando dificuldades com a burocracia. Com isso, as conveniadas que operacionalizavam ações no Xingu não conseguiam retirar os pacientes em estado de emergência via aérea, causando aos profissionais de saúde e usuários um verdadeiro “sufoco”. Ainda em sua opinião, decorria como consequência da Portaria, entre outros fatores, a “queda” do chefe do DSEI-Xingu e do Diretor do Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA em Brasília⁵².

⁵¹Ex-assessor PNUD/PRODEAGRO e coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP -Entrevista concedida em outubro de 2006.

⁵²Ex-assessor PNUD/PRODEAGRO e coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP -Entrevista concedida em outubro de 2006.

Para o dirigente da organização indígena IPEAX, que assumiu a prestação de serviços de atenção básica nas aldeias localizadas na região do Alto Xingu a partir de março 2004, ou seja, três meses após a publicação da Portaria 070/2004:

Restringiu muito as ações das ONGs. Mas acho que, por um lado, por abuso de algumas ONGs que desviavam esses recursos para outras finalidades, em prejuízo da atenção básica. Então, de certa forma, foi para tentar coibir isto. Mas, por outro lado, para nós aqui foi um obstáculo tremendo, porque ficamos dependentes dos recursos da FUNASA para comprar equipamentos. Por exemplo, nós tínhamos que equipar todos os postos de saúde, o mínimo. E não tem nenhum posto aqui equipado e não tem nem construído. [...] Eu acho que poderia ter outras formas de coibir ou direcionar os recursos da saúde. Então, na minha opinião, na Conferência [IV Conferência Nacional de Saúde Indígena] eu votei para revogar a Portaria (070/2004 - GM/MS), na minha opinião tinha que revogar. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX).⁵³

De acordo com um dos agentes estatais responsáveis pela elaboração da Portaria, uma das entidades que se posicionou favoravelmente foi o CIMI - Conselho Indigenista Missionário, que publicou um documento expressando seu posicionamento. Esse informante aponta, ainda, que, além de objetivar retomar a condução política sobre os programas de saúde implementados pela FUNASA junto aos Povos aldeados, essa nova legislação procurava “resgatar a autonomia do distrito sanitário”. Para tanto, foi elaborada, no mesmo período, uma proposta orçamentária para cada um dos 34 distritos sanitários do país. Contudo, mesmo após sua publicação (Portaria MS - 070/2004), os distritos sanitários permaneceram sem autonomia orçamentária e administrativa, continuando, assim, dependentes das CORE/FUNASA.⁵⁴

Outra determinação da Portaria Ministerial 070/2004 que não estava sendo cumprida foi observada no DSEI-Xingu. A organização terceirizada que prestava serviços de saúde nas aldeias do Baixo e Médio Xingu - o Projeto Xingu EPM/UNIFESP, recebeu, no convênio realizado para o período de 2007/2008 junto à FUNASA, recursos para serem utilizados na locação de aeronaves e aquisição de combustível. Ao ser indagado por este pesquisador por que isso estaria ocorrendo, já que havia uma legislação impeditiva a esses procedimentos, o chefe substituto do DSEI alegou que não saberia responder.⁵⁵

Na avaliação do CEBRAP (2009), a partir das portarias n°. 69/2004 e n°. 70/2004 foram estabelecidas novas diretrizes da saúde indígena e a FUNASA retomou a execução direta do atendimento, reduzindo a participação e o papel das organizações conveniadas, que passaram a

⁵³ Entrevista concedida em julho de 2006.

⁵⁴ Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA – entrevista concedida em maio de 2006.

⁵⁵ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

ter, entre as principais atribuições, a contratação e a administração de pessoal. Vianna (2005: 132), ao analisar esse cenário, assevera:

Para que a Fundação pudesse assumir a maior parte da execução das ações em escala nacional, seria necessário que fortalecesse seu corpo de funcionários, o que esbarrava, ao menos no curto prazo, nas formalidades burocráticas impostas pelas regras da administração pública para contratação de pessoal. É possível que advinha daí o fato de ser esta a principal esfera de atuação prevista para seguir a cargo do setor não-governamental. No modelo proposto, coube às conveniadas especialmente a pior parte, a da burocracia da administração de pessoal. (VIANNA, 2005, p. 132).

A bibliografia disponível⁵⁶ e o levantamento no campo de pesquisa sobre os convênios entre ONGs e Estado para a execução dos serviços de saúde em área indígena revela que a opção dos gestores da FUNASA por construir tais parcerias resultou não só no desvirtuamento de preceitos garantidos nas legislações da PNASPI mas, principalmente, em equívocos na forma de aplicação dos recursos repassados pelo Governo Federal, ou mesmo desvios dos repasses financeiros em atos de corrupção, conforme comprovado em operações da Polícia Federal⁵⁷. Contudo, para as organizações indígenas que aceitaram ser prestadoras de serviço para o Estado, esses problemas somaram-se a outros, o que acarretou consequências, talvez maiores do que os observadas nas demais instituições conveniadas.

Ao assumir tal tarefa, essas organizações formadas por lideranças indígenas, algumas, inclusive, com um histórico de lutas sociais em defesa dos interesses desses Povos, criaram grandes expectativas, em suas comunidades⁵⁸, de terem suas reivindicações concretizadas. Todavia, tornou-se uma tarefa árdua a execução de políticas públicas em saúde com projetos formulados a partir de um ideário de racionalidade técnica, até então algo desconhecido para a

⁵⁶ GARNELO, (2003); GARNELO & SAMPAIO, (2003, 2005); GARNELO & BRANDÃO, (2003); GARNELO et al (2003); ERTHAL, (2003); DIEHL et al., (2003); CRUZ, (2003, 2007), entre outros.

⁵⁷ Uma das mais importantes operações da Polícia Federal para coibir a corrupção de recursos da saúde indígena foi denominada de Operação Higeia. Segundo o site oficial do Governo Federal, ocorreu: “Para impedir o desvio de recursos federais em vários municípios do estado do Mato Grosso, a Polícia Federal (PF), em cooperação com a Controladoria Geral da União (CGU), deflagrou a operação Hygeia. As investigações apontam que os órgãos públicos e municípios do interior sofreram com crimes de formação de quadrilha, estelionato, fraude em licitações, apropriação indébita, lavagem de dinheiro, peculato, corrupção ativa e passiva, prevaricação, entre outros. Segundo relatório da CGU, o prejuízo causado aos cofres públicos passa de R\$ 50 milhões e um dano potencial que pode chegar a R\$ 200 milhões. A operação indica a existência de três núcleos criminosos distintos e independentes, estruturados hierarquicamente e voltados ao desvio e apropriação de recursos públicos federais. Estes se comunicam por meio de um núcleo empresarial que se beneficia direta e indiretamente dos recursos financeiros produzidos com os crimes”. (PORTAL BRASIL, 2010). Ainda sobre a Operação Higeia, no início do ano de 2011 o Ministério Público Federal divulgou informações que 28 pessoas foram indiciadas e responderão processos a partir dessa operação. (MPF/PR-MT, 2011).

⁵⁸ Observa-se que o termo “comunidades” é constantemente glosado pelos próprios alto-xinguanos. Provavelmente o uso não é puramente “acidental”, mas decorre de uma reapropriação política de um termo frequentemente utilizado pelos agentes estatais - conforme se demonstra à frente neste trabalho. Sua utilização ao longo do texto não representa propriamente a ideia de efetivas “comunidades” no sentido de uma “comunhão” de interesses, encobrindo, assim, algumas relações e tensões importantes presentes no cenário.

maioria. Pois essas associações passaram a lidar com as imposições do DSEI/FUNASA no cumprimento de programações, metas, prazos e orçamentos definidos em planos distritais que em nada se assemelhavam às suas rotinas administrativas prévias, partilhando da rigidez burocrática das estruturas de governo e das contradições do neoliberalismo, que forçou a adoção de modelos de atenção à saúde contrários aos princípios de universalização e de publicização do SUS (GARNELO; SAMPAIO, 2003).

As contradições e dificuldades enfrentadas pelas diversas organizações indígenas conveniadas com a FUNASA levaram algumas a sucumbir em dívidas e acusações de corrupção e inoperância. Dessa forma, muitas foram impedidas de continuar os convênios com a autarquia. Em alguns casos, como ocorreu no Alto Xingu, permitiu-se que as lideranças indígenas formassem outra ONG, e continuassem na condição de executores dos serviços de saúde junto às populações aldeadas. (Retoma-se a discussão no item 3.4)

Para um ex-militante da reforma sanitária e colaborador pelo PNUD, nas discussões de formatação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), implementada pelo Governo Federal a partir de 1999, faltou que a FUNASA, nessas “parcerias”, criasse mecanismos de formação e capacitação para que as organizações indígenas tivessem condições de gerenciar os recursos. Nas palavras do sanitarista:

Essas organizações políticas, estas ONGs indígenas e mesmo algumas indigenistas, elas sofreram eu acho que foi, assim, um impacto negativo. Pois foram despejados recursos no início, assim, altos recursos para infraestrutura e para a contratação de pessoal. E o movimento indígena não estava preparado ou maduro para isso, maduro no sentido politicamente até que sim, mas tecnicamente ainda precisava de algumas coisas. Então, acontece hoje e cada vez eu vejo mais que a culpa do não bom funcionamento dos distritos indígenas é jogada nas costas do movimento indígena. Eu acho que não pode fazer isto e é ilegítimo fazer isso, porque eu diria que eles foram surpreendidos com essa questão do gerenciamento. (Sanitarista e ex-coordenador do Projeto PNUD/PRODEAGRO)⁵⁹

Opinião similar teve o presidente da COIAB⁶⁰ sobre os convênios realizados entre a FUNASA e as organizações indígenas. Nas palavras desse líder Apurinã:

Isso [convênios realizados com a FUNASA] criou uma tragédia nas organizações indígenas, por exemplo, a gestão que foi dada para o usuário, que o próprio usuário vai fazer a gestão da própria saúde, sem uma assistência técnica, sem uma assessoria jurídica, né, mexer com recurso governamental é muito perigoso. Então, isto deixou

⁵⁹ Entrevista concedida em agosto de 2006.

⁶⁰ Segundo o *site* dessa organização: “A COIAB é a maior organização indígena do Brasil, tem 75 organizações membros dos nove Estados da Amazônia Brasileira (Amazonas, Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins); são associações locais, federações regionais, organizações de mulheres, professores e estudantes indígenas. Juntas, estas comunidades somam aproximadamente 430 mil pessoas, o que representa cerca de 60% da população indígena do Brasil”. (COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2008 – grifo no original).

nós, os povos indígenas, fragilizados e brigando entre nós, enquanto o governo tirou a responsabilidade e jogou a responsabilidade para os próprios indígenas fazerem a gestão da saúde sem o entendimento. Talvez, nós temos o entendimento, talvez não, nós temos o entendimento de como fazer isso. Agora, nós não tínhamos era uma assistência que deveríamos ter através do governo. (Liderança indígena Apurinã – Amazonas e presidente da COIAB).⁶¹

Ainda para o militante:

Hoje nós estamos penalizados porque várias organizações que atuaram historicamente na Amazônia brasileira foram extintas em função da má execução, talvez, do próprio recurso de não ser roubo, vamos dizer assim, pelos próprios indígenas, coitados. Hoje, estão enfrentando vários processos e, em função da omissão do governo de limpar a mão e entregar a situação para os índios para eles fazerem a própria gestão, hoje nós estamos penalizados por isso. (Liderança indígena Apurinã - Amazonas e presidente da COIAB).⁶²

Outro dirigente a fazer crítica à opção política do Governo Federal e executada pelos gestores da FUNASA é o coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI⁶³ e representante dos Povos indígenas no Conselho Nacional de Saúde. Na avaliação do líder indígena Truká:

Eu vejo isso como uma forma criminoso, jogar a responsabilidade da saúde indígena na mão dos índios, sem preparar os próprios índios. [...] Criou essa modalidade de conveniadas para tirar a responsabilidade do Estado. Eu acho que os índios têm a autonomia em todos os povos, mas não estavam preparados para assumir a saúde indígena. Nós precisamos preparar para isso, nós não precisamos fazer parte da gestão executiva das ações, nós precisamos ainda trabalhar como fiscalizador, acompanhar as ações. Aí, sim, nesse processo, nos preparar para futuramente a gente assumir determinadas execuções. No momento, eu acho que a gente está cometendo um pecado em assumir de forma despreparada. E aí, você tem problema de prestação de contas, você tem problema de fechamento de prestação de conta, você tem problema de contratação, você tem problema de interpretação das ações, porque, porque nós não estamos preparados para isso, não é dizer que não estamos capacitados, mas dentro desse universo que vivemos, nós ainda estamos despreparados para assumir a execução das ações dentro da saúde indígena. (Liderança indígena Truká – Pernambuco, coordenador da CISI e membro do Conselho Nacional de Saúde).⁶⁴

O informante aponta, ainda, que, após o “fracasso” de algumas organizações indígenas que executavam os serviços de saúde terceirizados para a FUNASA, os gestores da autarquia estavam criando um movimento para criminalizar as lideranças indígenas que haviam atuado nessas associações. Tal denúncia se confirmou em uma nota publicada pela FUNASA, datada de

⁶¹ Entrevista concedida em julho de 2010.

⁶² Entrevista concedida em julho de 2010.

⁶³ A Resolução 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com a atribuição principal de assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de política governamental no campo da saúde indígena. (CNS, 1991).

⁶⁴ Entrevista concedida em janeiro de 2007.

21 de novembro de 2007. Ao responder às duras críticas feitas pelo presidente da COIAB em entrevistas cedidas logo após um encontro de lideranças indígenas de todo o país, realizado pelo CIMI em Brasília, a FUNASA o acusou “de praticar irregularidades na instituição, incluindo fuga aos procedimentos de licitações e prática de agiotagem”⁶⁵. Ainda segundo essa nota, “[...] um relatório de auditoria independente teria constatado desfalques que ultrapassam R\$1 milhão na COIAB”⁶⁶.

Em resposta, o presidente rebateu as acusações, dizendo que ainda se pronunciaria oficialmente sobre as denúncias e garantiu integridade em todos os processos realizados. Nas palavras do líder Sateré Maué:

Querem jogar o movimento indígena contra a COIAB. Fui eleito por 95% das lideranças indígenas da Amazônia e reeleito no ano passado para trabalhar até 2009. Minha análise é de que o movimento indígena ainda precisa de mim. Tenho lutado pelo movimento, no sentido de buscar políticas públicas e por isso preciso continuar cumprindo meu mandato. [...] Vou continuar nessa luta. (Liderança indígena Sateré Maué – Amazonas e presidente da COIAB).⁶⁷

Na avaliação de alguns líderes aldeados e de alguns indigenistas, no decorrer da implementação da PNASPI, a FUNASA promoveu um intenso processo de cooptação de lideranças indígenas e, conseqüentemente, esvaziou organizações históricas nas lutas sociais em defesa dos direitos desses Povos.

Tal opinião foi compartilhada por um ex-assessor do PNUD atuante no decorrer da formatação da PNASPI em 1999. Na avaliação do interlocutor, muitas organizações indígenas, no início de sua atuação política em favor dos direitos dos seus grupos, dispersaram-se dos objetivos iniciais e depositaram suas energias somente no gerenciamento de serviços de saúde nos distritos⁶⁸.

Esse movimento está presente também no Distrito Sanitário do Xingu, onde os principais quadros políticos do movimento indígena, inclusive os atuais conselheiros, atuam como servidores do Distrito Sanitário, ou como funcionários das conveniadas, seja na associação indígena IPEAX ou no Projeto Xingu gerido pela EPM/UNIFESP.

Além desse fato no DSEI-Xingu, tem-se observado que foram extintas algumas organizações indígenas da região Amazônica que realizaram convênios junto à FUNASA para

⁶⁵ AGÊNCIA BRASIL, 2007.

⁶⁶ AGÊNCIA BRASIL, 2007.

⁶⁷ AGÊNCIA BRASIL, 2007.

⁶⁸ Sanitarista e ex-coordenador do PNUD/PRODEAGRO - Entrevista concedida em agosto de 2007.

prestar a assistência à saúde em suas aldeias e, posteriormente, foram descredenciadas pela autarquia, entre elas a UNI-ACRE (União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas) e a CUMPIR (Coordenação da União dos Povos Indígenas de Rondônia, noroeste do Mato Grosso e sul do Amazonas)⁶⁹. Outras associações, como a OPIMP (Organizações dos Povos Indígenas do Médio Purus) e a CIVAJA (Conselho Indígena do Vale do Javari - Amazonas) “[...] tiveram muitos problemas, mas estão conseguindo se rearticular e retomar suas atividades”⁷⁰.

Outra organização que enfrentou dificuldades para se manter, em razão dos antigos convênios com a FUNASA, foi a COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. De acordo com nota pública, a organização, fundada em 19 de abril de 1989, contava com aproximadamente 75 organizações membros oriundas de nove estados, em 2008. Entretanto, o tempo de militância e o seu expressivo número de organizações filiadas não evitaram que a entidade, por problemas na justiça trabalhista decorrentes de contratos com a FUNASA deliberasse, em reunião da diretoria, a venda de sua sede própria⁷¹.

Mesmo assim, têm-se interpretações antagônicas sobre as novas relações estabelecidas entre o Estado brasileiro e os povos indígenas. Para o diretor do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA: *“Essa autarquia é a grande responsável pelo fortalecimento e capacitação das lideranças indígenas e, conseqüentemente pela organização desses grupos em suas lutas reivindicatórias”*⁷².

Ao concluir este item, é importante ressaltar que a implantação da PNASPI, a partir de 1999, ocorreu em um contexto de “[...] redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1997, p. 9). O movimento denominado Reforma do Estado – que consistia na transferência de responsabilidades para a sociedade civil – encontrou na nova política pública de saúde indígena a ser implementada o cenário perfeito para transferir responsabilidades para a sociedade, no caso os grupos aldeados, incorporando-os, através de projetos organizados via ONGs, dentro da estrutura autárquica da FUNASA.

⁶⁹COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2008.

⁷⁰COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2008.

⁷¹Nessa nota, informa-se ainda que a direção da Organização tem pleiteado, através de empréstimo, um espaço junto ao Governo do Estado do Amazonas para o funcionamento da nova sede da entidade.(COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2008).

⁷² Ex-chefe do DSEI/MS e atual diretor do DESAI/FUNASA - Entrevista concedida em outubro de 2007.

Dessa maneira, utilizando-se do instrumento denominado pactuação, o Governo Federal conseguiu “captar” diversas organizações indígenas, indigenistas e outras –algumas, inclusive, com um histórico de lutas sociais em defesa dos interesses desses Povos – transformando-as em instituições terceirizadas de prestação de serviços, no caso, para executar atividades preventivas e curativas na população indígena aldeada. Por outro lado, deve-se salientar que tal movimento governamental pôde, especialmente entre os povos indígenas – ansiosos por se tornarem protagonistas do seu próprio caminho, ocupar novos espaços de poder e, talvez, solucionar antigas reivindicações – o terreno fértil para concretizar tais parcerias.

Os problemas para o Estado, por renunciar à execução direta dos serviços de saúde, logo começaram a aparecer. Decorreram principalmente da falta de recursos humanos, inclusive com formação técnica nas Coordenações Regionais da FUNASA e nos DSEIs, para acompanhar e avaliar a efetivação dos serviços contratados, ou seja, exercer o novo papel de “promotor” e “regulador”. No contexto, os recursos humanos disponíveis, em sua maioria contratados por administrações municipais e instituições conveniadas e colocados sob a coordenação dos DSEIs - que também se subordinam aos seus contratantes com as inconveniências do duplo comando. No quadro disposto abaixo, mostram-se as estratégias de contratação de recursos humanos para a implementação da PNASPI em todo o país.

FIGURA 2.1.1 – Quadro demonstrativo das estratégias de contratação de recursos humanos para o Subsistema de Saúde Indígena – SSI/FUNASA.

| Categoria Profissional | Funasa | SAS/MS | Conveniada | Município | Outras | Total |
|---------------------------------|---------------|---------------|-------------------|------------------|---------------|--------------|
| Nível Superior | 129 | 860 | 570 | 120 | 2 | 1.681 |
| Nível Médio+ AIS e AISAN | 1.188 | 4.940 | 4.223 | 726 | 168 | 11.214 |
| Total | 1.317 | 5.800 | 4.793 | 846 | 170 | 12.895 |
| Percentual | 10,2 % | 44,9 % | 37,1 % | 6,5 % | 1,3% | 100 % |

Fonte: (CEBRAP, 2009)

Na leitura dos dados dispostos, evidencia-se a dependência da aplicação de incentivos à assistência à saúde e de convênios para a manutenção de aproximadamente 88% do corpo funcional do Subsistema de Saúde Indígena. Diante do quadro, os técnicos do CEBRAP avaliam

que: “[...] uma organização tão dependente de terceiros para se manter funcionando é muito vulnerável em sua subsistência podendo ter sua missão fatalmente comprometida”.(CEBRAP, 2009, p.139)

Pari passu com essas limitações, têm-se organizações terceirizadas capitaneadas com montantes de recursos públicos oriundos dos convênios com a FUNASA que se sentiram “autônomas” para escolher a forma de execução das ações de saúde junto aos grupos indígenas. Tal independência, inclusive, fez com que algumas conveniadas se desobrigassem da adoção de normas técnicas – consolidadas no sistema de saúde pública – ao prestarem informações nos relatórios à FUNASA. Isso foi observado também por Garnelo e Brandão (2003), após avaliar as atividades desenvolvidas pelas entidades terceirizadas com a FUNASA para os DSEIs do Rio Negro, Médio Solimões, Alto Solimões, Manaus, Parintins, Médio Purús e Javari, todos no estado do Amazonas. Os autores anotaram que:

Nos planos distritais de 2000, 2001, encontramos quadros de monitoramento e avaliação de atividades ordenados segundo uma lógica epidemiológica como, por exemplo, a previsão de se avaliar o índice de mortalidade infantil, mortalidade materna, percentual de nascidos vivos de baixo peso, incidência de tuberculose, etc. Entretanto, nos relatórios das conveniadas enviados à Coordenação Regional do Amazonas não encontramos informações sobre o desempenho obtido em relação a estes indicadores de avaliação. Tal situação parece indicar que, embora previstos, não existem mecanismos ativos de avaliação do desempenho das convenientes nessa dimensão da programação. (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 251-252).

Perceberam, ainda, que os diagnósticos em alguns relatórios eram “notavelmente imprecisos”. Alguns dados “[...] oriundos de documentos oficiais, não permitem análises epidemiológicas consistentes, pois não estão notificados por grupo etário e não seguem a CID – 10, não havendo caracterização precisa do tipo de agravo, em geral designado por um termo genérico com “DST” ou “verminoses”. (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 251-252 – aspas no original)

Os autores, concordando com Rattner (1996 – apud: GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 252), postulam:

[...] normas técnicas podem ser seguidas ou contestadas, mas elas representam informações científicas testadas e validadas, reconhecida como capazes de viabilizar comparações entre diferentes realidades. Portanto, não deveriam ser pura e simplesmente ignoradas por dirigentes e executores de ações básicas de saúde.

De fato, a ausência do Estado colocou em risco alguns preceitos que norteiam a PNASPI, como também a própria condução da política pública por parte do Governo Federal, além de outros problemas, como a perda de patrimônios e desvios de recursos. Outro risco no movimento de redução das responsabilidades do Estado e sua transferência para a sociedade civil, com vistas a reduzir o custo do setor público estatal, é que seu distanciamento da execução pode criar uma percepção nos usuários de que a assistência recebida resultaria de uma ação particular, como um favor exercido por um terceiro, perdendo-se a noção de direitos sociais. (MAGALHÃES, 2001).

Para alguns grupos aldeados que aceitaram realizar uma “[...] pactuação, assimétrica e aparentemente desvantajosa, entre o poder público e o movimento indígena” (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1220), as consequências, pela avaliação de alguns líderes, foram “uma tragédia nas organizações indígenas”, e deixaram os “povos indígenas fragilizados e brigando entre nós, enquanto o governo tirou a responsabilidade e jogou a responsabilidade para os próprios indígenas fazerem a gestão da saúde sem o entendimento”⁷³. Ainda como dado de realidade, o que se tem no cenário são várias organizações indígenas com um histórico de lutas sociais em defesa dos interesses dos Povos Indígenas, a partir do “fracasso” das parcerias, sucumbindo em dívidas e acusações de desvios de recursos e inoperância. Com isso, os dirigentes das organizações – tidos até então por seus grupos como líderes legítimos – tornaram-se réus em processos movidos pelos órgãos públicos fiscalizatórios, ou mesmo por empresas prestadoras de serviços e trabalhadores que atuaram para as instituições.

Como se essas questões não fossem suficientemente desgastantes para os líderes sociais, ainda houve, por parte de alguns gestores da FUNASA, a utilização da estrutura da autarquia para denegrir e perseguir publicamente militantes do movimento social indígena que lhes dirigiram críticas.

Entender as razões que motivaram a aceitação dos caciques e demais líderes das aldeias do Alto Xingu em construir “parcerias” com o Estado – através de uma ONG, tornando-se, portanto, prestadores de serviços de saúde dentro de suas áreas de moradia – e discutir os dilemas e conflitos presentes no movimento constituíram-se tarefas da pesquisa e encontram-se desenvolvidas mais à frente no texto (item 3.4).

Além dos convênios realizados junto às instituições terceirizadas para executar a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena - PNASPI, notou-se que o Governo Federal passou a

⁷³ Liderança indígena Apurinã – Amazonas e presidente da COIAB - Entrevista concedida em julho de 2010.

recorrer também - principalmente a partir de 2005 - às prefeituras municipais, realizando repasses fundo a fundo através da Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde) do “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico para a população indígena”. As secretarias municipais de saúde localizadas no entorno da Terra Indígena do Xingu, por exemplo, tiveram, em apenas três anos (2004-2007), acréscimos de mais de 1.230% nesses repasses. Com esses novos aportes financeiros por parte do Governo Federal, as Secretarias de Saúde, juntas, receberam no ano de 2007 mais recursos do que as instituições terceirizadas (EPM/UNIFESP e o IPEAX) responsáveis pela execução dos serviços de saúde nas áreas indígenas. As questões envolvidas nessas parcerias estabelecidas entre Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde e prefeituras da região do Xingu são desenvolvidos no item seguinte do texto.

2.2 - O Governo Federal e os repasses do fator de incentivo à atenção à saúde indígena para os municípios

A assistência médica dos povos aldeados no Território do Xingu, desde 1965, era executada pelas equipes da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP (EPM/UNIFESP). Entretanto, a partir de 2004, a instituição passou a dividir a responsabilidade com a associação indígena IPEAX. Os serviços de atenção básica nas regiões compreendidas como Médio e Baixo Xingu continuaram sob a direção da EPM/UNIFESP, e as populações da região do Alto Xingu passaram a ser assistidas pela organização indígena IPEAX.

Para dar conta de prestar tais serviços de saúde, no ano de 2007 a EPM/UNIFESP recebeu um valor de aproximadamente R\$3.200.000,00 (três milhões e duzentos mil reais) e a associação indígena IPEAX, um valor de R\$2.230.000,00 (dois milhões e duzentos e trinta mil reais). Juntas, as organizações conveniadas receberam o valor de aproximadamente R\$5.430.000,00 (cinco milhões e quatrocentos e trinta mil reais).⁷⁴

Nesse contexto, as prefeituras localizadas na região do Xingu, desde antes da implantação da PNASPI, historicamente tiveram um papel secundário em prestar serviços de assistência à saúde dos grupos aldeados. Segundo relatórios dos profissionais ligados à Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, em 1999, os hospitais públicos ou conveniados do SUS localizados nas cidades próximas das aldeias xinguanas, como o Hospital PROSANI, em Canarana (MT) e o Hospital Regional do Médio Araguaia, em Água Boa (MT), distante 90 km de Canarana, só eram acionados diante dos casos de média e alta complexidade. Os pacientes indígenas eram acolhidos da mesma forma que os demais municípios que buscavam atendimento médico.⁷⁵

Os relatórios informam que ambos os hospitais tinham pouca resolutividade, além de apresentar outras limitações: dificuldades de adaptação dos serviços municipais de saúde para as populações indígenas; “Algumas distorções do SUS estão claramente manifestas, como a insistência dos hospitais conveniados na cobrança de determinados procedimentos (ultrassonografia, radiologia, fornecimentos de determinados medicamentos mais caros, fraldas descartáveis e outras exigências).”⁷⁶

Todavia, os estorvos para a inserção dos usuários indígenas no Sistema Único de Saúde não limitaram somente aos hospitais. No relatório do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, também

⁷⁴ Dados fornecidos pelos gestores do DSEI-Xingu em janeiro de 2008.

⁷⁵ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – DISTRITO SANITÁRIO XINGU, 1999.

⁷⁶ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – DISTRITO SANITÁRIO XINGU, 1999.

constam as dificuldades de garantir consultas e exames laboratoriais junto às prefeituras localizadas na região.⁷⁷

O relatório informa, ainda, que nesse mesmo período, o DSEI-Xingu encaminhou para a CORE/FUNASA uma solicitação de credenciamento especial do Hospital PROSANI, em Canarana e o Hospital Regional do Médio Araguaia, em Água Boa, para receberem o Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena junto ao Fundo Nacional de Saúde (Ministério da Saúde).⁷⁸

De acordo com a PNASPI, a fim de garantir para as populações indígenas a cobertura de ações e serviços do SUS em qualquer nível (primário, secundário e terciário), o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria da Atenção à Saúde (SAS/MS), instituiu diversos incentivos. Entre eles, criou o “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico para a População Indígena”, para as instituições hospitalares “[...] que consideram as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento à população indígena, em seu próprio território ou região de referência”. (BRASIL/MS, 2002: 38-39)

Dessa maneira, o valor do fator de incentivo hospitalar incidiu sobre os procedimentos pagos por meio do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). O pagamento do fator de incentivo foi feito por meio de percentuais, definidos pela SAS, para serviços prestados à população indígena, no limite de até 30% das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas (BRASIL/MS, 2002: 38-39).

Nos anos seguintes, após o credenciamento dos hospitais citados acima junto ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/Ministério da Saúde), as instituições responsáveis pela assistência à saúde da população aldeada na região – o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, juntamente com as conveniadas EPM/UNIFESP e a associação indígena IPEAX, passaram a negociar diretamente com as gerências dos estabelecimentos hospitalares. Com isso, as prefeituras municipais da região foram cada vez menos acionadas.

Entretanto, desde 2000, os municípios localizados no Xingu recebem, além do financiamento do SUS – para a população indígena aldeada nesse Território – um incentivo, que resultou da mesma proposta estabelecida para as instituições hospitalares. Dessa forma, a fim de garantir para as populações indígenas a cobertura de ações e serviços do SUS em qualquer nível,

⁷⁷ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – DISTRITO SANITÁRIO XINGU, 1999.

⁷⁸ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – DISTRITO SANITÁRIO XINGU, 1999.

os municípios, assim como já ocorria com alguns hospitais, passaram a receber, através da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o “Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas para as Ações e Procedimentos de Assistência Básica de Saúde”. Com esses recursos, os municípios poderiam cobrir as despesas com a contratação de agentes indígenas de saúde e de equipes multidisciplinares de saúde atuantes no contexto das aldeias.⁷⁹

O incentivo, repassado mensalmente às prefeituras municipais que contavam com populações aldeadas em seu território, era relativamente baixo, se comparado a outros incentivos repassados pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Porém, a partir do primeiro semestre de 2005, o Governo Federal, através da transferência fundo a fundo, elevou expressivamente os valores dos incentivos. De acordo com o diretor do DESAI/FUNASA, havia expectativas quanto à elevação dos repasses: *“Com estes recursos, os municípios poderão reforçar e ampliar o número de equipes de saúde que realizam o atendimento diretamente nas aldeias”*⁸⁰

Segundo dados divulgados por esse gestor, o Ministério da Saúde, em junho de 2005, contava com 287 municípios em todo o país recebendo o fator de incentivo para desenvolver serviços de assistência básica junto aos povos indígenas, o que demandava a essa autarquia um dispêndio anual próximo a R\$74.000.000,00 (setenta e quatro milhões de reais)⁸¹. Um pouco mais de dois anos depois do anúncio, em outubro de 2007, o Ministério apresentou novos dados sobre os repasses de incentivos. Houve a inclusão de 82 novos municípios, totalizando 369 entes beneficiados. Os custos totais destes repasses já eram de aproximadamente R\$175.000.000,00 (cento e setenta e cinco milhões de reais).⁸²

Na região da Terra Indígena do Xingu, até o ano de 2004, apenas sete municípios recebiam tais incentivos do Ministério da Saúde: Canarana (MT), Gaúcha do Norte (MT), Marcelândia (MT), Paranatinga (MT), Querência (MT), Feliz Natal e Peixoto do Azevedo (MT). Juntos, os administradores desses entes federativos fizeram jus a um valor de aproximadamente R\$699.720,00 (seiscentos e noventa e nove mil e setecentos e vinte reais). No ano seguinte, dois novos municípios foram incorporados ao Programa: São José do Xingu (MT) e Sinop (MT). No

⁷⁹BRASIL/MS Lei nº 9.836/1999.

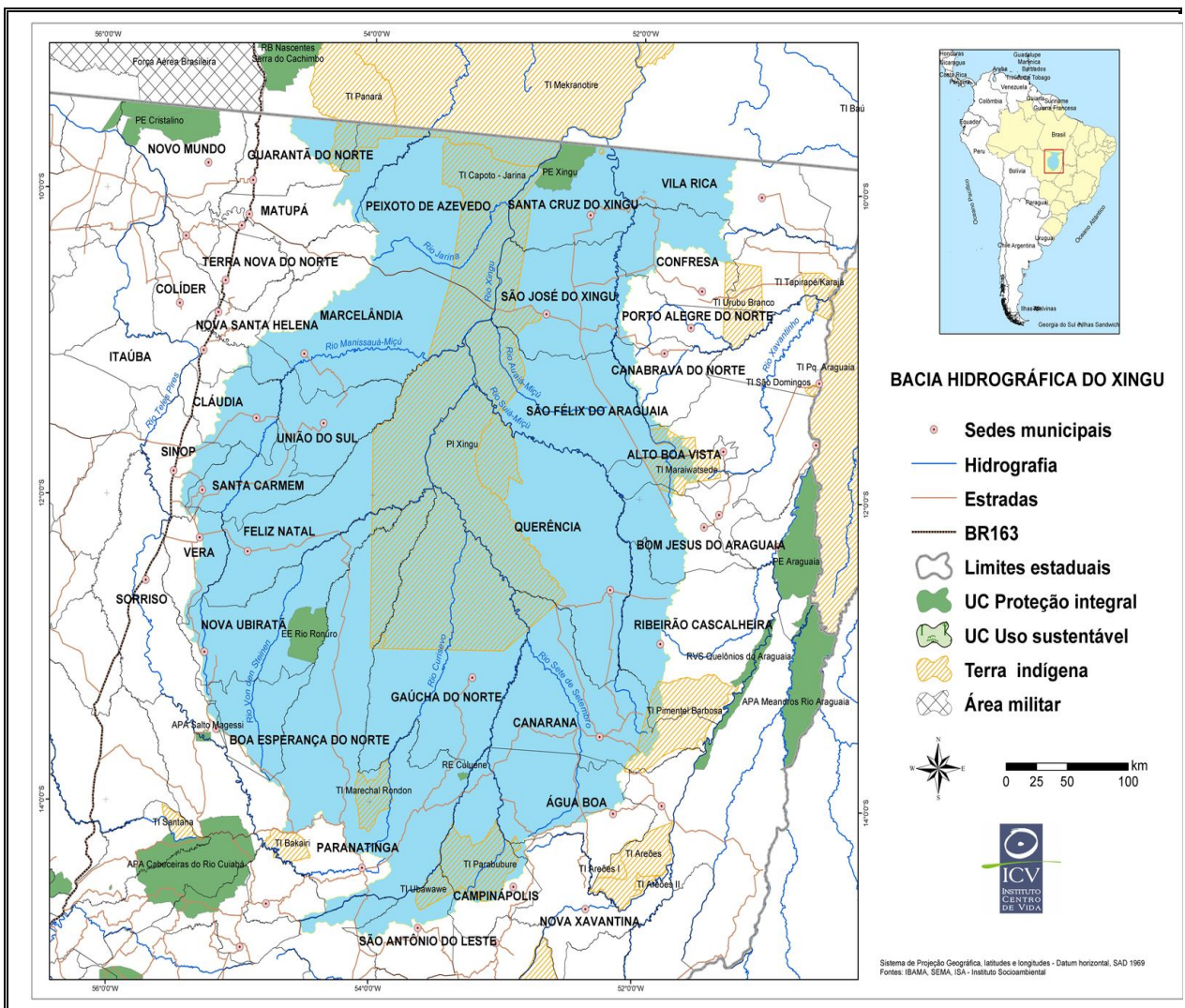
⁸⁰CNM, 2005 (Diretor do DESAI/FUNASA - Entrevista concedida em 09/06/2005 a agência CNM).

⁸¹O valor exato dos gastos no referido ano é de R\$74.665.255,00 - Fonte: CEBRAP (2009, p. 151)

⁸²Dados divulgados em discursos proferidos pelo diretor do DESAI/FUNASA no evento de assinatura da Portaria 2656 em 17 de outubro de 2007 – Auditório da FUNASA – Brasília/DF. O valor exato é R\$175.948.668,00. No mesmo ano a FUNASA investiu na implementação da PNASPI o valor de R\$328.257894,38. Portanto, o investiu-se em política sanitária para a população indígena nesse ano um total de R\$504.206.562,38. Fonte: (CEBRAP, 2009, p.151).

entanto, o que chamou a atenção não foi a inclusão de novos municípios no programa de incentivo, mas o aumento dos valores dos repasses para os municípios do entorno da TIX. Através de transferência fundo a fundo, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/Ministério da Saúde) elevou os repasses aos municípios xinguanos para aproximadamente R\$4.590.990,00 (quatro milhões, quinhentos e noventa mil, novecentos e noventa reais).

FIGURA 2.2.1 – Mapa da Bacia hidrográfica do Xingu e os municípios onde se localiza a Terra Indígena Xingu



Fonte: ICV – Instituto Centro de Vida. Capturado em 25 de março de 2011 no site:
http://www.icv.org.br/mapoteca/projeto_y_ikatu_xingu_manito/

A tendência de elevação no repasse dos recursos persistiu nos dois anos seguintes. Em 2007, os municípios receberam, juntos, o montante de aproximadamente R\$8.549.400,00 (oito milhões, quinhentos e quarenta e nove mil e quatrocentos reais) de incentivos para desenvolverem serviços de assistência básica junto aos povos indígenas aldeados na região, ou seja, um acréscimo perto de 1.230%. Abaixo, demonstram-se esses acréscimos por município beneficiado.

FIGURA 2.2.2 – Quadro com valores de repasses realizados ano a ano (2004-2007) pela SAS/MS do fator de incentivo para desenvolverem serviços de assistência básica junto aos povos indígenas.

| Cidades | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Canarana ⁸³ | 46.550,00 | 1.144.860,00 | 1.637.800,00 | 1.721.400,00 |
| Gaúcha do Norte | 3.500,00 | 449.700,00 | 709.200,00 | 763.800,00 |
| Marcelândia | 3.500,00 | 409.200,00 | 306.000,00 | 186.000,00 |
| Paranatinga ⁸⁴ | 351.030,00 | 1.049.850,00 | 1.354.400,00 | 1.368.000,00 |
| Querência | 7.140,00 | 487.920,00 | 759.200,00 | 814.200,00 |
| São José do Xingu | 0,00 | 196.500,00 | 1.378.200,00 | 1.870.800,00 |
| Feliz Natal | 3.500,00 | 3.360,00 | 4.000,00 | 4.200,00 |
| Peixoto Azevedo ⁸⁵ | 284.500,00 | 321.600,00 | 493.000,00 | 526.200,00 |
| Sinop | 0,00 | 528.000,00 | 1.215.200,00 | 1.294.800,00 |
| Total | 699.720,00 | 4.590.990,00 | 7.857.600,00 | 8.549.400,00 |

Fonte: BRASIL/MS (Ministério da Saúde - Fundo Nacional de Saúde) 2004 - 2007. Transferência fundo a fundo: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde para Secretarias Municipais, 2004; 2005; 2006; 2007.

Até o segundo semestre de 2010, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi regulamentada pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 e 070/GM de 20 de janeiro de 2004. Elas fazem parte da Política Nacional de Saúde, de acordo com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Essas propostas foram regulamentadas inicialmente pelo Decreto Presidencial nº

⁸³ Segundo informações do Ministério da Saúde, o município de Canarana (MT) também deve prestar assistência médico-hospitalar para o grupo étnico Xavante pertencente ao DSEI de mesmo nome. No entanto, os usuários dessa etnia preferem demandar esses serviços nos municípios de Barra do Garças (MT), Xavantina (MT), e Água Boa (MT). (BRASIL/MS 2001a)

⁸⁴ Segundo informações do Ministério da Saúde, o município de Paranatinga (MT) também deve prestar assistência médico-hospitalar para os grupos étnicos pertencentes aos DSEIs Cuiabá e Xavante. (BRASIL/MS, 2001a)

⁸⁵ Segundo informações do Ministério da Saúde, o município de Peixoto de Azevedo (MT) também deve prestar assistência médico-hospitalar para os grupos étnicos pertencentes ao DSEI Kayapó. (BRASIL/MS, 2001a)

3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (BRASIL/MS, 2002: 05).

As legislações que regulamentam a PNASPI orientam que a atenção à saúde dos povos indígenas deve ser prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – componente do SUS, desenvolvido pela FUNASA através dos distritos sanitários especiais indígenas e as respectivas instituições conveniadas pela autarquia. Nesses documentos, os municípios aparecem como instituições a “[...] atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS” (BRASIL/FUNASA - 254/2002). De acordo com a Portaria 070/2004, divulgada mais recentemente pelo Ministério da Saúde⁸⁶, essas ações de atenção à saúde indígena serão executadas de forma complementar pelos municípios, após: “definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena” (BRASIL/MS - 070/2004).

Dessa forma, as normativas publicadas para a vigência da PNASPI não explicitam como deve ocorrer a “complementaridade dos municípios” para com as populações indígenas na área de saúde. Mesmo na Portaria 070/2004 (BRASIL/MS, 2004), a indefinição se mantém, uma vez que o Plano Distrital de Saúde Indígena é construído e aprovado em uma instância deliberativa que abrange apenas o distrito sanitário especial indígena. Assim, esses Planos não têm aparatos legais para exigir seu cumprimento por parte dos executivos municipais.

Contudo, mesmo diante da “indefinição do papel dos municípios dentro da PNASPI”, o Governo Federal elevou significativamente, nos últimos anos, os valores de recursos repassados às prefeituras municipais que têm populações indígenas em seu território, para o desenvolvimento de ações de saúde junto aos Povos aldeados. Na região do Xingu, por exemplo, as prefeituras municipais receberam do Ministério da Saúde, em 2007, aproximadamente R\$8.549.400,00 (oito milhões, quinhentos e quarenta nove mil e quatrocentos reais),⁸⁷ valores superiores aos geridos pelas duas organizações conveniadas responsáveis pela execução dos serviços de saúde indígena na região, a EPM/UNIFESP e o IPEAX – que, juntas, receberam em 2007 aproximadamente R\$5.430.000,00 (cinco milhões, quatrocentos e trinta mil reais).

⁸⁶Portaria Nº 070/GM em 20 de janeiro de 2004 – “Aprova as diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena”. (BRASIL/MS, 2004).

⁸⁷Perfazem esses recursos os valores repassados pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, do Ministério da Saúde, aos hospitais conveniados localizados na região do Parque Nacional Indígena do Xingu – através da alínea Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico a População Indígena (IAPI) – que, em 2007, foi de aproximadamente R\$351.492, 00 (trezentos e cinquenta e um mil e quatrocentos e noventa e dois reais). Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (consulta de pagamentos: transferência fundo a fundo), 2007.

Esse fato, seguramente, coloca esses municípios xinguanos em um novo patamar de importância dentro do quadro mais geral da assistência à saúde indígena na região. Consequentemente, cria novos desafios de investigação a esta pesquisa – que, inicialmente, objetivava entender o processo de implementação do DSEI-Xingu, identificando as dificuldades, os conflitos e as convergências existentes entre os diversos atores sociais ligados às organizações indígenas, FUNASA, Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e outros, no processo de implantação e funcionamento do Distrito Sanitário Especial Indígena. A pesquisa também incluía apreender como as lideranças indígenas da região, através da criação de uma ONG, conseguiram garantir, a partir de 2004, o “controle” sobre a gestão e a execução dos serviços de saúde em suas populações aldeadas. Após a exposição dos fatos, tornam-se tarefas deste trabalho, ainda, compreender como ocorre a aplicação dos recursos recebidos pelas prefeituras xinguanas para a assistência à saúde das populações da região e entender de que mecanismos de participação os militantes indígenas xinguanos têm se utilizado para interferir nos gastos e na aplicação dos repasses oriundos da SAS/MS.

Porém, anterior a essa discussão, busca-se, ainda que de forma breve, historiar como os municípios brasileiros tornaram-se os principais executores dos serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, apresenta-se sucintamente como os municípios localizados na região da Terra Indígena do Xingu caracterizaram-se em seu processo de formação e quais estruturas de saúde esses entes federativos disponibilizam para os seus municípios.

2.2.1– A descentralização do Estado brasileiro e a municipalização da saúde: um breve histórico

No Brasil, segundo Müller Neto (1991), a “questão municipal” é bastante antiga e vem suscitando debates há algumas décadas, até mesmo antes da configuração do Estado brasileiro no âmbito republicano e federativo, em 1889. Porém, foi dentro da conjuntura autoritária vivenciada no país nos anos 1970/80 que grupos de oposição começaram a repensar a relação entre Estado e Sociedade, repensando a própria estrutura do Estado.

No campo das políticas sociais, a ideia de descentralização, ao mesmo tempo em que surgiu associada à ideia de democratização do Estado, “[...] brotou da crítica ao padrão de proteção construído pelos governos autoritários: hipercentralização, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos” (ALMEIDA, 1996, p.17). De acordo com a autora, houve uma “[...] percepção oposicionista dominante na época, a descentralização era condição para o aumento da participação, ambas compunham uma utopia democrática cujo horizonte era o autogoverno dos cidadãos” (ALMEIDA, 1996, p. 17). Ainda para a autora, a descentralização é “[...] concebida como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais”. (Idem).

Posterior à primeira fase de oposição radical à institucionalidade, a proposta de descentralização expressa-se na municipalização e reivindica, além da transferência de funções administrativas (competências e atribuições) e de recursos financeiros, a transferência de poder decisório para o nível local, visando a democratizar o processo de tomada de decisões através da incorporação de diferentes grupos de interesse no âmbito do Estado.

A Constituição Federal de 1988, ao criar uma estrutura política que comporta as três esferas autônomas de poder (art. 18), configurou o processo de descentralização do Estado. Muller Neto avalia que a atual Constituição altera as normas e regras centralizadoras implantadas pelo Poder Autoritário, distribuindo melhor as competências entre o Poder Central e os poderes regionais (Estados) e locais (Municípios), inclusive no tocante aos recursos, através da reforma Tributária, devolvendo, assim, a autonomia e a participação nas decisões a essas instâncias (MÜLLER NETO, 1991).

O processo de descentralização confirmado na Carta Magna de 1988 decorre do conceito de federalismo como modelo de organização política do Estado e uma exigência da prática desse mesmo federalismo para a efetivação da democracia e da justiça social. Carvalho e Santos (1995)

assim se expressam: “Poder-se-ia afirmar, sem nenhuma conotação retórica e com todo o potencial significativo da frase, que nada será autenticamente nacional se não passar pelo meridiano do município”. (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 289).

Na consideração de Jovchelovitch (1993), nesse contexto o município é, de fato, a entidade político-administrativa que oferece melhores condições para a prática da participação popular na gestão da vida pública. “[...] A essência do governo local reside em ser a autoridade que está mais perto das necessidades e reivindicações da população” (JOVCHELOVITCH, 1993, p. 35). Porém, a autora lembra, ainda, que a municipalização deve envolver tanto a prefeitura como as organizações representativas da sociedade civil em articulação conjunta, na busca do melhor equacionamento da prestação de serviços.

Pari passu com a construção de um sistema federativo que fortaleceu o poder local, ocorreu na mesma Constituição Federal de 1988 a consolidação jurídico-legal da reforma sanitária brasileira. De acordo com Merhy e Queiroz (1993), a partir de 1977, quando se estendeu o atendimento de urgência a qualquer indivíduo, previdenciário ou não, os chamados "estouros" orçamentários no sistema previdenciário passaram a ocorrer com maior frequência, acentuando a urgência de se imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde. Para os autores, os planos de governo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) vieram como tentativas de imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde. Este último, em particular, propunha a descentralização do sistema de assistência médica através da criação de uma única "porta de entrada", integrando, numa rede básica de serviços públicos de saúde, a capacidade instalada já existente no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), nos estados e nos municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Somarriba (1978) acrescenta que a municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, também, que esse novo sistema estimulasse o desenvolvimento de uma medicina mais holística, gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da comunidade e provesse uma melhor organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde. Esse processo permitiu experimentar

modelos tecnológicos e assistenciais alternativos, baseados na medicina comunitária, que, embora marcados pelo baixo custo, mostraram algum sucesso no interior das instituições públicas (SOMARRIBA, 1978 Apud MERHY; QUEIROZ, 1993).

Inspirado nesse ideário, o movimento de reforma sanitária, que contou com a contribuição de diversos movimentos sociais, de universidades e de algumas experiências desencadeadas na esfera municipal, ganhou força em todo o país. De acordo com Oliosá (1999), foi fruto do processo de (re)democratização do Estado e das lutas dos movimentos sociais dos anos 1970/80. Para a autora, representava uma crítica contundente ao Estado centralizador, técnico-burocrático, normativo, excludente tanto da participação política quanto das políticas sociais e, em particular, uma crítica ao sistema de saúde privatizado, exclusivo e centrado no diagnóstico individual e na cura da doença.

Para Carvalho (1995), uma melhor definição do quadro de referência que passou a informar as proposições do movimento foi dada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. O evento marcou, por um lado, “[...] o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas em saúde” (CARVALHO, 1995, p. 51), e por outro, produziu um consenso “possível” entre as diferentes forças sociopolíticas presentes, acerca dos princípios e diretrizes norteadores da reforma que, posteriormente, foram aprofundados e detalhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (vigente de setembro de 1986 a março de 1987) e consolidados na Carta de 1988.

Grande parte dessas críticas e proposições construídas pelo movimento sanitário foi consolidada na Nova Carta Constitucional de 1988, garantindo tanto a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, como a “participação da comunidade” (art. 198, incisos I e III, respectivamente). Para Merhi e Queiroz, as conquistas expressas na Carta Magna representaram uma derrota definitiva da proposta conservadora baseada no predomínio da medicina privada. “Mesmo os países ricos e desenvolvidos tiveram que rever em profundidade esta perspectiva, a partir da constatação de que ela é extremamente onerosa para o Estado e produz poucos resultados” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 182).

No cenário brasileiro, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um processo modernizador e democratizante do Estado, especialmente quanto à ampliação dos direitos de cidadania (OLIOSA, 1999). A saúde, inscrita na Constituição Federal de 1988 entre os

direitos sociais, foi reconhecida como dever do Estado e direito de cidadania, estendido a todos os brasileiros. Portanto, o processo de descentralização proposto implicou a alteração das bases do poder local, criando formas de cogestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. “Neste sentido, mais do que uma profunda reforma do Estado, o projeto de Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade (FLEURY, 1997, p. 36).

Posterior à aprovação de um arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, sua regulamentação ocorreu somente em 1990, após vários vetos presidenciais, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080 e nº. 8.142. Ainda no final dos anos 1980, o arcabouço jurídico-legal do SUS foi consolidado nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais, por indução legal e, conforme o contexto, também pela participação de atores sociopolíticos envolvidos. Todavia, a operacionalização de mudanças com vistas à descentralização político-administrativa e da democratização do sistema de saúde brasileiro, dentro dos marcos da reforma sanitária, começou a se processar antes mesmo da sua aprovação na Carta de 1988. Tais alterações iniciaram na primeira metade dos anos 1980, com o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), que foi fortalecido a partir de 1985, com a instalação do governo da Nova República, quando houve a ocupação de postos políticos de importância estratégica dentro dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, por parte de profissionais oriundos do movimento sanitário.

O segundo momento das AIS, que foi do início do Governo Sarney, em 1985, até a implantação do SUDS em 1987, configurou uma estratégia de transição em busca de um sistema unificado e descentralizado de saúde (MENDES, 1998). Apesar de o programa ter promovido a ampliação da cobertura e criado comissões interinstitucionais nas três esferas de governo, foi com a sua substituição pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que o Estado propôs e assumiu a descentralização e a democratização das instâncias gestoras, através de órgãos colegiados, como diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde (MENDES, 1998).

Os colegiados, de acordo com (CARVALHO, 1995, p 44), cumprem “[...] pioneiramente o papel de espaços de concertação de interesses” que os futuros conselhos de saúde estavam destinados a desempenhar. Segundo a autora:

A constituição de órgãos colegiados de gestão - as Comissões Interinstitucionais, chamadas CIS, CRIS, CIMS - com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, e até usuários, antecipando a proposta do comando único, da descentralização e da participação da sociedade. (CARVALHO, 1995, p. 43-4).

Além do desafio de garantir a participação da comunidade, o SUS ampliou as responsabilidades do nível local, atribuindo ao município a gestão e a execução das atividades relacionadas à saúde em seu território. Diante das novas atribuições, os municípios vivenciam situações que lhes exigem o desempenho de funções até então atribuídas a outros níveis. Frente a isso, implantar um Sistema de Saúde que objetiva descentralizar o atendimento, atribuindo maior responsabilidade aos municípios, implica reverter um quadro existente até então, em que as esferas municipais eram apenas executoras. Assim, cabe a esse ente federativo pensar como deve ser administrada a saúde no nível local e conduzir a sua implementação. Na verdade, o Estado centralizador no Brasil, ao excluir os municípios da gestão, desestimulou sua capacidade técnica e gerencial. Além disso, muitos municípios, em particular os recém-emancipados, não dispõem de infraestrutura administrativa condizente com as novas atribuições (MOTTIN, 1999).

Ao colocar o Município como o ente federado responsável pela saúde de seus cidadãos, a descentralização traz implícita a questão da capacidade municipal para conduzir-se na tarefa que subentende gerenciar uma rede de serviços de saúde de composição pluri-institucional, com visão de integralidade. Gerschman (1995) assinala que, além das dificuldades relativas ao nível central do sistema, existem as ligadas ao nível local, no que diz respeito à “[...] falta de clareza e de definição quanto ao projeto de saúde e sua operacionalização pelas prefeituras locais” (GERSCHMAN, 1995, p.174).

Mottin (1999) acrescenta, ainda, que transferir poder e competências aos municípios provoca diferentes impactos na organização, dependentes do grau de complexidade das novas competências, seus fins e as relações a se estabelecerem com a sociedade. Ainda de acordo com a autora, ampliou-se, com a nova Constituição, a população a ser atendida em suas necessidades de saúde, pois não mais deveria prevalecer a lógica do mercado, mas, sim, a lógica da cidadania. No novo contexto, o município deve atender aos seus cidadãos, desenvolvendo ações e serviços norteados por princípios e diretrizes do SUS. Assim, operacionalizar ações para o atendimento das demandas no campo da saúde requer que os municípios estejam equipados em termos de sua instrumentalização, possibilitando mudanças gerenciais e assistenciais que gerem produtos

eficazes, eficientes e a serem distribuídos de forma equitativa, prevendo também as ações intersetoriais que se fizerem necessárias à superação dos problemas.

Procurando orientar a operacionalização do SUS, surgiram as Normas Operacionais Básicas - NOBs a partir de 1991. A primeira delas, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, teve por objetivo fornecer instruções para a implantação do SUS, visando, basicamente, a operacionalizar a legislação infraconstitucional, tendo como instrumento o convênio entre a União, os estados e os municípios. Ela criou a unidade de cobertura ambulatorial, critérios para transferências de recursos federais para os estados e municípios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, expressando uma nítida cultura “inampsiana”.

De acordo com Mendes e Pestana (2004, p. 21), essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços. Apesar de isso significar um recuo em relação ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os municípios apoiaram aquela NOB por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos estados. Estava, assim, pavimentado o caminho para a radicalização da municipalização dos serviços de saúde.

Posteriormente, destaca-se a edição, pelo Ministério da Saúde, das NOBs-SUS 01/93 e 01/96, que instituíram os instrumentos operacionais, as normas para o financiamento das ações e serviços de saúde e os requisitos para a habilitação dos estados e municípios às condições de gestão da saúde (BRASIL/MS, 1993; 1996).

A NOB-SUS 01/93, publicada após a IX Conferência Nacional de Saúde, que tinha como lema a “municipalização do SUS”, veio dar maior amplitude à questão da descentralização e estabeleceu dois novos organismos colegiados, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na esfera estadual e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, na Federal. Além disso, apresentou formas de gestão para estados e municípios e possibilitou repasses financeiros fundo a fundo. Com a implementação dessa Norma, novas avaliações foram feitas e, na tentativa de superar os problemas, publicou-se a NOB-SUS 01/96, alterando os níveis de gestão para estados e municípios presentes na NOB-SUS anterior, regulando a transferência de recursos com a utilização de critérios populacionais e a oferta de serviços, bem como redefinindo a prática do acompanhamento, controle e avaliação do SUS. A isso se acrescentou a tentativa de reorganização do modelo assistencial, mediante o incentivo ao Programa de Agentes

Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF (BRASIL/MS, 1993; 1996).

Na avaliação de Mendes e Pestana (2004), a NOB 01/96 consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados. A municipalização, que já vinha aumentando tendencialmente, acelerou-se, de tal modo que, ao final de 1996, havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao fim de 2000, eram 5.398, 98% dos municípios brasileiros (MENDES; PESTANA, 2004, p. 22).

Se, por um lado, o contexto de crise econômica e de democratização nos anos de 1980 favoreceu o debate político na área da saúde, que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, na década seguinte (1990) a concretização dos princípios do SUS esteve em contínua tensão, por diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

Conforme anotaram Levcovitz et al. (2001), no que diz respeito às dificuldades estruturais, as diversas políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde, expressam o caráter "imperfeito e deformado" dos sistemas de proteção social latino-americanos. Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: “[...] a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído”. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270)

Os autores acrescentaram, ainda, a repercussão, no Brasil, da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países, a partir dos anos 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos estados nacionais. Nos anos 1990, essas tendências se expressaram no país através de: adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; e mudanças nas relações de trabalho,

com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e "fragilização" do movimento sindical; entre outras (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Segundo os autores, tais mudanças tornaram tensa a implementação de políticas sociais universais, mesmo nos países desenvolvidos, e em países como o Brasil, sem sistemas de proteção social consolidados, com repercussões ainda mais graves. Nesse contexto, a agenda da reforma sanitária brasileira foi construída na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 1980, e sua implementação nos anos 90 se deu em uma conjuntura bastante adversa. Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressava essas tensões, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a sua implantação.

O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. Na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de descentralização sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como “[...] a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais; e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços”. (VIANA, 1998).

Observa-se, assim, que os anos 1990 testemunharam a passagem de um sistema extremamente centralizado, sob o ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passaram a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Conforme Levcovitz et al. (2001), a descentralização era a única diretriz organizativa do SUS que não colidia com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 1990. Dessa forma, “ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes - os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado - o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo” (p. 270).

Contudo, Mendes e Pestana (2004) postulam que, nesse período, houve uma nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária e com a capacidade de responder, com agilidade, através das Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais impostas pelo Ministério da Saúde. De acordo com os autores:

[...] ao contrário do que ocorreu nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), onde a municipalização foi conduzida pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no SUS, esse processo foi dirigido pelo Ministério da Saúde em relação direta com os municípios. (MENDES; PESTANA, 2004, p. 22).

Conforme avaliam Levcovitz et al., (2001), a descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório; necessita do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. Assim, para os autores:

A descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 272 – itálico no original).

O processo de municipalização da saúde apresentou-se imbuído dos avanços e dificuldades do próprio SUS, uma vez que a descentralização na área da saúde, nessas duas últimas décadas, esbarrou em dificuldades financeiras e institucionais. Desse modo, Lima (1996) opina que a realidade está muito distante do preconizado nas formulações legais e oficiais. “Entre a definição de valores e regras gerais de funcionamento da rede de serviços de saúde e sua real operacionalização, residem certamente grandes conflitos de interesses que só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação” (LIMA, 1996, p. 101). Acrescenta-se, ainda, que “[...] as feições do sistema descentralizado tornam-se crescentemente heterogêneas no território nacional, dadas as diferentes possibilidades financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos”. (ARRETCHE, 1997, p. 130).

O próprio avanço da descentralização/municipalização, portanto, assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. Ressalte-se a peculiaridade do modelo de federalismo brasileiro, em que União, estados e municípios representam entes federativos com relativa autonomia e sem vinculação hierárquica. Segundo Levcovitz et al. (2001), diante dos extensos períodos de concentração/desconcentração de controles políticos e fiscais que marcaram a história brasileira, pode-se dizer que vivemos um período de indefinições quanto a um novo modelo de federação, porém com alguns traços de (re)centralização e marcante ausência de mecanismos cooperativos, denominada de "federalismo predatório", com um enorme potencial de conflito nos campos de

definição de responsabilidades e estabelecimento de relações entre gestores, nas mais diversas esferas da política.

Foi nesse contexto de “[...] enorme potencial de conflito nos campos de definição de responsabilidades e estabelecimento de relações entre gestores, nas mais diversas esferas da política” (Ibid., p. 273) que o Governo Federal, através da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – como componente do SUS, desenvolvido pela FUNASA através dos distritos sanitários especiais indígenas e as respectivas instituições conveniadas pela autarquia. Aos municípios caberia “atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS” (BRASIL/MS -254/2002).

No entanto, nos últimos anos – conforme já indicado no texto, alguns municípios brasileiros passaram a receber expressivos valores através de repasses fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, do fator de incentivo para a assistência à saúde indígena, com o propósito inicial de “reforçar e ampliar o número de equipes de saúde que realizam o atendimento diretamente nas aldeias”.⁸⁸ Alguns dos beneficiados localizam-se na Terra Indígena do Xingu e também são entes responsáveis pela política assistencial de saúde indígena, conforme se mostra no item seguinte.

⁸⁸ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2005.

2.3 – Da estrutura médico-hospitalar dos municípios aos serviços de saúde ofertados aos grupos aldeados na Terra Indígena do Xingu

A Terra Indígena do Xingu, com uma área de aproximadamente 2.750.002 (dois milhões setecentos e cinqüenta mil e dois hectares), que se estende dentro de dez municípios: Canarana (MT), Gaúcha do Norte (MT), Marcelândia (MT), Paranatinga (MT), Querência (MT), São José do Xingu (MT), Peixoto do Azevedo (MT), Feliz Natal (MT), São Felix do Araguaia (MT) e, Nova Ubiratã (MT), conta atualmente – com exceção destes dois últimos, São Felix do Araguaia e Nova Ubiratã – com o recebimento mensal de recursos da SAS (Secretaria de Assistência à Saúde - Ministério da Saúde) para a execução de serviços de saúde aos povos indígenas do Xingu⁸⁹. Outro município que também recebe o repasse, com a mesma finalidade, é Sinop (MT). Localizado ao norte do estado de Mato Grosso, o município é diferente dos demais por não ter, na abrangência do seu território, áreas da TIX e nem mesmo conta com grupos de habitantes indígenas. Mesmo assim, desde 2005, a prefeitura do município recebe os incentivos para a atenção à saúde indígena, repassados pelo Governo Federal.

Uma característica comum observada nos municípios que atuam com políticas públicas na área da saúde indígena é que todos eles resultaram de um processo de formação a partir de projetos de colonização iniciados nos anos 1970. Esses projetos, segundo Joaroni Neto (2002), resultaram de um Programa do Governo Federal denominado PROTERRA – Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulos à Agroindústria do Norte e do Nordeste do estado de Mato Grosso, que viabilizou a aquisição de grandes faixas de terras públicas por empresários que desenvolveram projetos privados de colonização.

No estado de Mato Grosso, dezenas de empresas de colonização espalharam-se por sua extensa faixa norte, predominantemente trabalhando com migrantes vindos do sul e do centro sul do país. Entre 1977 e 1985, 200 mil pessoas instalaram-se ao longo do eixo da BR-163. Essas empresas desenvolveram forte campanha publicitária no sul e no sudeste do país e seu público alvo foi o minifundiário, pequenos produtores capitalizados daquela região que, vendendo seus dez, por vezes cinco alqueires no Paraná, por exemplo, podiam comprar até 200 alqueires em Mato Grosso. (JOANONI NETO, 2002).

Portanto, a ocupação territorial da região do entorno da Terra Indígena do Xingu

⁸⁹ O município de São Felix do Araguaia também recebe esses repasses. Todavia, a sua aplicação deve ser realizada junto aos grupos pertencentes ao DSEI-Araguaia. (BRASIL/MS, 2004).

caracterizou-se principalmente pela formação de grandes latifúndios para a agricultura e a pecuária em larga escala. Através de influência política, os latifundiários conseguiram amputar aproximadamente 86% da área proposta no primeiro anteprojeto de 1952 (de 20.075.000 hectares para 2.800.000 hectares), inclusive a grande zona de proteção das cabeceiras da bacia hidrográfica do rio Xingu (MENEZES, 2000; 2001). As perdas, atualmente, tornaram-se o principal problema enfrentado pelos povos xinguanos, pois os rios que correm em suas terras brotam em meio a centros agroindustriais com taxas crescentes de urbanização, acarretando em graves problemas de poluição, principalmente por agrotóxicos, e assoreamentos. Isso em razão de um intenso processo de extrativismo madeireiro nos primeiros anos da ocupação, e das grandes áreas destinadas à lavoura e às pastagens nos dias atuais.

As exceções entre as cidades citadas são Paranatinga e Peixoto de Azevedo, que resultaram de ocupação garimpeira iniciada nos anos 1960 e intensificada a partir das migrações ocorridas no estado a partir de 1970.

Os municípios dessa região contam com uma população pequena em seu território, entre 5.000 (São José do Xingu) e 30.000 habitantes, como é o caso da cidade de Peixoto do Azevedo⁹⁰. A exceção é a cidade de Sinop. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, tem em torno de 120.000 habitantes. Quanto à população indígena, há municípios com aproximadamente 100 habitantes, como Peixoto de Azevedo, e outros, como o município de Gaúcha do Norte, com 2.500 habitantes.

A tabela abaixo apresenta a população em geral de cada município, como também os grupos étnicos aldeados e os números de habitantes indígenas.

⁹⁰Contando-se, inclusive, com a população indígena.

FIGURA 2.3.1: Quadro com o número de habitantes em geral, população indígena e grupos étnicos presentes nos municípios:

| Cidades | População total | População Indígena | Grupo Étnico |
|-----------------------|-----------------|--------------------|---|
| Canarana | 23.000 | 200 | Kalapalo |
| Gaúcha do Norte | 7.000 | 2500 | Kuikuro, Kalapalo, Kamaiura, Meinaku, Yawalapiti e Aweti. |
| Marcelândia | 18.000 | 822 | Kayabi |
| Paranatinga | 19.000 | 270 | Waurá |
| Querência | 13.000 | 1.200 | Nafukua-Matipu, Suiá e Kaiabi, Kuikuro e Kamaiura |
| São José do Xingu | 5.000 | 139 | Kaiabi e Juruna |
| São Félix do Araguaia | 10.000 | 213 | Suiá |
| Feliz Natal | 10.000 | 517 | Trumai, Ikipeng, Wara, Kaiabi e Kamaiura |
| Peixoto Azevedo | 29.000 | 100 | Kaiabi |
| Sinop | 120.000 | 00 | Não tem população indígena |
| Total | 254.000 | 5.961 | |

Fontes: O número de habitantes total e de indígenas por município foi colhido junto às secretarias municipais de saúde em março de 2007. Já os grupos étnicos presentes em cada município foram compilado de BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2001a.

Buscou-se conhecer em cinco desses nove municípios que recebem repasses fundo a fundo da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) – Canarana, Querência, Gaúcha do Norte, Marcelândia e Sinop – como estão desenvolvendo as ações de serviços de saúde junto às populações aldeadas na Terra Xingu, observando, principalmente, como ocorrem os diálogos, as tensões e as alianças entre as lideranças indígenas e os gestores dos recursos, com atenção especial à participação e ao controle social por parte dos indígenas nos fóruns e conselhos existentes nos entes federativos. (Discussão desenvolvida mais à frente no texto - item 3.4)

A escolha desses cinco municípios deu-se por entender que são considerados pelos alto-xinguanos como espaços de referência para as demandas junto à área urbana. A única exceção que não se enquadra no perfil é Sinop, que não conta com a presença de aldeias indígenas, mas, mesmo assim, tem recebido mensalmente o fator de incentivo para a assistência à saúde indígena. Sua inclusão, além dos objetivos propostos para a investigação empreendida nos demais municípios, deu-se com o objetivo de apreender como os gestores dessa unidade federativa

dialogam e negociam com as lideranças indígenas xinguanas – atores sociais desconhecidos da vida política dos administradores, até então.

Esses municípios contam, em sua maioria, com uma estrutura na área da saúde que compreende as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), postos de saúde e hospitais públicos mantidos pelos recursos próprios do município e repasses do Ministério da Saúde. Essas estruturas garantem aos municípios apenas a oferta da atenção básica. Os casos que demandam maior capacidade de resolutividade são transferidos nas viaturas mantidas pelas secretarias de saúde para cidades com maiores estruturas hospitalares. As exceções são os municípios de Canarana e Sinop. Canarana conta com um hospital público municipal, que realiza atendimento de média complexidade e resolução (clínicas básicas e equipamentos de diagnóstico e terapia). Sinop, através de uma rede privada de saúde, possibilita, por meio dos repasses do SUS – gerenciados pela secretaria municipal de saúde – esses mesmos serviços para os seus municípios, aí incluídas as populações aldeadas.

Os repasses financeiros mensais do fator de incentivo à atenção à saúde indígena pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/Ministério da Saúde) para os municípios estão sendo aplicados diversamente. Isso acontece, segundo os atuais gestores de saúde, por não haver, por parte do Ministério da Saúde, ou mesmo da FUNASA, qualquer orientação sobre a forma de gastos dos recursos. Os gestores municipais de saúde, em sua própria avaliação, gozam de “autonomia” para decidir se tais repasses devem ser aplicados na contratação de novas equipes de saúde, na compra de combustível, na locação de avião e veículos, ou na aquisição de bens duráveis – compra ou construção de imóveis (postos de saúde, hospital, alojamentos), ou na aquisição de carro, barco, motor de popa, etc.

As prefeituras de Gaúcha do Norte, Querência e Marcelândia, por exemplo, decidiram melhorar sua atuação adquirindo barcos, motores de popa (barco), rádios comunicadores e motor gerador de energia. Esses bens, de acordo com os líderes locais e os secretários de saúde, foram repassados para cada aldeia com o propósito de melhorar as condições dos pacientes no percurso até a cidade ou no atendimento na própria aldeia. Alguns dos administradores usaram parte dos recursos para a aquisição de combustível a ser repassado aos indígenas para o transporte de

pacientes, de barco ou de carro, da aldeia até os hospitais da cidade.

Além dessas aquisições repassadas às populações aldeadas, a prefeitura de Gaúcha do Norte tem garantido para os usuários indígenas que demandam a assistência à saúde a hospedagem em hotéis e pousadas dentro da cidade e também o transporte nas ambulâncias utilizadas pelos demais municípios. Foi também construído um posto de saúde na área indígena. Essa unidade, localizada na Aldeia dos Aweti, conta com um apartamento, sala de atendimento médico, farmácia e sanitário. Em sua estrutura médico-hospitalar, encontram-se alguns poucos equipamentos de baixa densidade: inalador, balança, termômetro, maca, colchonetes e outros. Mesmo assim, na avaliação do secretário de saúde, esse espaço pode, inclusive, ser utilizado para internações⁹¹.

Por outro lado, as prefeituras de Querência e Sinop utilizaram os recursos para construir e equipar, na área urbana, casas de apoio aos pacientes indígenas. No caso de Sinop, a administração da Casa de Saúde do Índio é compartilhada entre o município e o DSEI-Xingu. Conta, ainda, com o apoio administrativo da conveniada EPM/UNIFESP.

Além da construção e colaboração na administração da CASAI, o município de Sinop buscou aplicar parte dos recursos oriundos dos repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde, especialmente na rede de serviços de saúde particular ofertada no próprio município, tais como exames de ultrassonografia, endoscopia, raios-x e serviços de fisioterapia⁹².

No município de Querência, a Casa de Apoio ao Índio é administrada por um líder indígena indicado pelos Conselheiros do Polo Ngoiwere, sob o auspício da prefeitura municipal. Em visita a esse espaço, observa-se que servia de alojamento para pacientes e familiares. No mesmo município, parte dos repasses recebidos do Ministério da Saúde foi investida na aquisição de duas caminhonetes. Ambas estão à disposição da equipe de saúde indígena localizada no Polo Ngoiwere e na própria cidade de Querência, com a função de transportar usuários indígenas e servidores da saúde.

A prefeitura de Canarana, diferentemente dos demais municípios citados, limitou-se a investir todos os repasses recebidos através das SAS - Ministério da Saúde na contratação de profissionais para atuarem junto à população indígena. De acordo com o gestor da secretaria municipal, os servidores encontram-se distribuídos em alguns órgãos da prefeitura, atuando principalmente na sede do Distrito Sanitário Especial do Xingu e na CASAI da cidade.

⁹¹ Secretário Municipal de Saúde de Gaúcha do Norte – Entrevista concedida em março de 2007.

⁹² Secretário Municipal de Saúde de Sinop – Entrevista concedida em março de 2007.

Contratar recursos humanos com os repasses recebidos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) para desenvolver, junto aos povos indígenas, ações e procedimentos de assistência à saúde, foi a única característica comum encontrada nos municípios. São contratações de profissionais especializados na área de saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, ou mesmo servidores que atuam somente em atividades burocráticas, tais como realizar a contabilidade dos recursos recebidos do Ministério da Saúde e dos gastos efetuados.

Cabe aqui ressaltar que, devido a uma deliberação do presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu (CONDISI), no início do ano de 2006, os profissionais contratados pelos municípios com os repasses da SAS/MS só podem atuar na área urbana. Independentemente da sua formação, estão impedidos de exercer qualquer atividade de saúde nas áreas indígenas do Xingu. A referida resolução do Conselho reduz significativamente as ações médico-assistenciais dos municípios junto aos grupos aldeados na Terra Xingu. Entretanto, os valores dos repasses para os entes federados continuaram iguais.

Mais à frente (item 3.3), retoma-se a discussão das consequências da decisão tomada pelo CONDISI. Mais precisamente, discutir-se-á como os líderes indígenas interferem na aplicação dos recursos recebidos pelas prefeituras para a assistência à saúde das populações da região e de que mecanismos de participação as lideranças locais têm se utilizado para interferir nos gastos e na aplicação dos repasses oriundos da SAS/MS.

O quadro apresentado ao longo do capítulo propôs discutir como o modelo dos distritos sanitários pensados para as áreas indígenas resultaria de dois movimentos que se fortaleceram politicamente nos anos 1980: o da reforma sanitária brasileira e o do movimento social indígena – ambos tendo parte dos anseios concretizados na Constituição de 1988. Mas, principalmente, procederia da necessidade de o Estado brasileiro substituir suas práticas paternalistas e assimilacionistas, construídas historicamente, para o estabelecimento de uma nova forma de visão e contato com esses Povos, considerando-os “[...] cidadãos etnicamente diferenciados” (BRAND, 2002, p. 31). Assim, mostra-se como a reforma sanitária foi pensada e articulada no decorrer de sua implantação junto aos líderes indígenas pelas institucionais estatais – FUNASA (Ministério

da Saúde), Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu e prefeituras da região da Terra Indígena do Xingu – e ONGs, bem como as dificuldades e as contradições ocorridas no movimento.

No capítulo precedente demonstra-se como o movimento indígena e suas organizações pautam o *encontro* com o Estado, discutindo-se, inclusive como a “emergência do discurso político de sua especificidade social” faz parte das estratégias políticas dos líderes indígenas frente às mudanças impostas com a implantação da “nova agência política”.

3.0 – Modelo de atenção diferenciada em saúde para os Povos Indígenas: debates e experiências anotadas a partir do estado de Mato Grosso

Em Mato Grosso, as primeiras experiências de implantação de um modelo de saúde direcionado à população indígena, com a formação de equipes multidisciplinares para atuarem dentro das aldeias, observando-se as divisões territoriais de cada grupo étnico, respeitando as suas especificidades culturais e propondo-se a ofertar programas de saúde com a atenção diferenciada, ocorreram desde 1993⁹³.

Essas ações foram realizadas dentro do Programa de Desenvolvimento do Agronegócio do estado de Mato Grosso (PRODEAGRO)⁹⁴, financiado com empréstimo do Banco Mundial (BIRD), por acordo celebrado com o Governo Federal. O programa visava a “Promover o desenvolvimento econômico sustentável do estado de Mato Grosso por meio de ações de Ordenamento Territorial que harmonizem a ocupação do território com a conservação da sua diversidade biológica e cultural” (BRASIL, 2000). De acordo com um informante, o PRODEAGRO contava com vários subcomponentes a serem desenvolvidos pelo governo do estado de Mato Grosso junto aos Povos Indígenas aldeados, entre os quais a identificação e a demarcação de terras e o desenvolvimento de ações em educação e saúde dentro das aldeias.⁹⁵

As atividades desenvolvidas no subcomponente saúde indígena, conforme relatório final do programa, orientaram-se pela: “[...] implantação de um modelo assistencial seguindo princípios e diretrizes estabelecidas pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas”(PNUD - PROJETO BRA/94/006, 1998, p. 11). Desse modo, esse subcomponente objetivou: “[...] a organização dos serviços de saúde indígena e sua articulação com as diferentes instâncias do SUS, definindo referências locais e regionais, atribuições institucionais, com vista à implantação

⁹³PNUD - PROJETO BRA/94/006, 1998. (*Relatório Final. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, Cuiabá/MT*).

⁹⁴O PRODEAGRO representou uma tentativa do Banco Mundial de corrigir certas distorções e erros do Programa POLONOROESTE (1981-1985), igualmente financiado por esse organismo multilateral. De acordo com o Governo do Estado de Mato Grosso, “a proposta teve como origem a reflexão e percepção do Governo dos impactos ambientais e sociais verificados no processo de ocupação da fronteira agrícola e da análise crítica dos resultados e problemas observados na implantação do POLONOROESTE, que estimulou e facilitou a ocupação de parte dos estados de Mato Grosso e Rondônia, com a pavimentação da BR-364, além da abertura de estradas vicinais e vários projetos de assentamento de pequenos produtores. Isso foi realizado sem o necessário cuidado com as questões ambientais (desmatamentos, garimpos, queimadas, etc.), além dos problemas causados pelo contato com as populações indígenas e a adaptação dos colonos do sul e de outras regiões do país a condições da área amazônica (mortes por malária e outras doenças). [...] O PRODEAGRO objetivou a consecução de uma importante iniciativa de desenvolvimento sustentável, cuja execução previu a mobilização de recursos da ordem de US\$285,7 milhões (sendo US\$205,0 milhões provenientes de empréstimo do BIRD, US\$40,7 milhões da União e US\$40,0 milhões do estado de Mato Grosso)”. GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL GERÊNCIA ESTADUAL DO PRODEAGRO (Termo de Referência). 2000.

⁹⁵Sanitarista e ex-coordenador do Projeto PNUD/PRODEAGRO - Entrevista concedida em agosto de 2006.

dos DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS – DSEI”. (PNUD - PROJETO BRA/94/006, 1998, p. 11 – caixa alta no original)

O PRODEAGRO contou com o apoio técnico do PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento que, através da contratação de sanitaristas, antropólogos, indigenistas e médicos, montou uma coordenação para pensar e gerir ações dentro do Programa. As ações foram direcionadas em duas linhas: abastecer minimamente os polos bases da FUNAI – localizados nas áreas indígenas - com equipamentos e medicamentos para os casos de emergência; e coletar informações sanitárias, epidemiológicas e sociais para se construírem propostas com informações seguras. Parte dessa tarefa foi corroborada principalmente pelos profissionais da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP que foram contratados, inclusive, para atuar na região da Terra Indígena do Xingu⁹⁶.

Para outro ex-assessor do Projeto PNUD/PRODEAGRO, o desenvolvimento do Programa representou:

Um grande desafio para a gente, porque como vai ser? Como se pensa? Porque as próprias estruturas existentes hoje não atendem nem a população que ela foi concebida, como seria com a população indígena, como seria essa proposta de uma saúde diferenciada? Então, existiam grandes desafios a serem superados e que precisariam ser construídos. Então, essa questão do distrito e de torná-lo mais visível, de ter essa questão do virtual da proposta e como isso vai funcionar na prática, ela teve muito mais essa coisa de desafio de construir alguns caminhos de por onde começar. Como a gente vai começar esse distrito? Como vai se conceber o que seja um distrito sanitário? (Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA)⁹⁷

Os projetos de intervenção do PNUD/PRODEAGRO na área de saúde indígena receberam, ainda, importantes colaborações do NISI - Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena⁹⁸. Esse Núcleo mantinha, entre as principais pautas de discussão, a necessidade de construção de um sistema de saúde indígena diferenciado para as populações aldeadas em Mato Grosso, composto por representantes da FUNASA, FUNAI, CIMI, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e dos usuários indígenas. Tendo como função a promoção do controle social, suas instâncias atuaram com o papel de articulação, promoção, formulação e supervisão dos programas e das ações voltadas à saúde indígena.

⁹⁶ Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PRODEAGRO/PNUD - Entrevista concedida em agosto de 2006.

⁹⁷ Entrevista concedida em maio de 2006.

⁹⁸ O NISI - Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena teve sua criação reconhecida por meio da Portaria FUNASA nº 540, de 18 de maio de 1993 - “[...] como instância de articulação, promoção, formulação e supervisão dos programas e das ações voltadas à saúde indígena” (MARQUES, 2003, p. 66).

O NISI, já no ano de 1993, iniciou encontros macrorregionais para discutir a implantação dos DSEIs em Mato Grosso, nas regiões leste (município de Rondonópolis – MT.) e oeste (município de Juína – MT.). Sua ação consistiu em promover uma conscientização dos povos indígenas sobre o subsistema de atenção à saúde indígena por meio dos DSEIs e atender às demandas de atenção à saúde dos diversos povos indígenas, por meio de projetos específicos e da sua interação com o sistema público de saúde e os trabalhos já executados por organizações não governamentais (MARQUES, 2003).

Das ações e discussões do NISI resultou a elaboração de uma proposta de DSEI com base na realidade etnocultural e geográfica dos povos indígenas de Mato Grosso, por meio de intenso processo de discussão e de sucessivas reuniões com instituições e organizações interessadas. Porém, devido à sua desarticulação junto à FUNAI, à insuficiente implementação do próprio SUS na região e à diminuta estrutura financeira e humana colocada à disposição, o Núcleo foi interrompido em 1994 (MARQUES, 2003).

Para um ex-técnico do PNUD/PRODEAGRO, com o acúmulo realizado pelo NISI, somado às experiências da EPM/UNIFESP no Xingu, foi possível estabelecer “bons projetos” de intervenções nas aldeias indígenas, contando com equipes multidisciplinares formadas por antropólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais de farmácia e auxiliares de enfermagem para atuação nas aldeias localizadas nas regiões de Cuiabá (MT), Rondonópolis (MT), Tangará da Serra (MT), Vilhena (RO), São Felix do Araguaia (MT), Nova Xavantina (MT) e na Terra Indígena do Xingu⁹⁹.

O informante recorda que o propósito era instalar as equipes de saúde em área indígena, pois, devido à pouca estrutura logística – falta de carro, combustível, equipamentos, medicamentos, etc., esta seria uma forma de aproximar os profissionais dos usuários e, ao mesmo tempo, reduzir custos para o Programa¹⁰⁰. Esperava-se, ainda, que as equipes que “moravam” nos polos da FUNAI realizassem a capacitação dos indígenas, através de cursos de formação em saúde, com o propósito de atuarem colaborativamente nas ações de promoção e prevenção nas aldeias. Segundo esse interlocutor, foi a partir desses movimentos que se gestou, dentro do PRODEAGRO, o Projeto Xamã¹⁰¹.

⁹⁹ Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO – entrevista concedida em agosto de 2006.

¹⁰⁰ Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO - entrevista concedida em agosto de 2006.

¹⁰¹ Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO - entrevista concedida em agosto de 2006.

O Projeto Xamã consistiu na formação de auxiliares indígenas de enfermagem e foi realizado no período de aproximadamente quatro anos pela Escola Técnica de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com o apoio financeiro e técnico do PNUD/PRODEAGRO. No decorrer do curso, aproximadamente 117 alunos de 20 etnias participaram. Praticamente todos foram absorvidos na condição de funcionários dos DSEIs implantados a partir de 1999, ou mesmo das conveniadas que executavam as ações de atenção básica nas aldeias.

Para a técnica do Projeto Xingu EPM/UNIFESP, que também atuou no Projeto PRODEAGRO:

O que nos preocupava na UNIFESP, como vou fazer um processo de formação, se eu não tenho uma equipe que dê respaldo e continuidade dessa formação em campo? Esta era uma preocupação. Eu não quero transformá-los em mão de obra barata, porque não tenho ninguém para cuidar, então, esta era uma preocupação do início do processo. Então, tínhamos a preocupação em não transformar os índios em distribuidores de remédios. Se, é um processo de formação, ele tem que ser feito de forma sistemática e com uma equipe que dê conta disso, precisamos de acompanhamento e treinamento em serviço. (Ex-assessora do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO e coordenadora dos programas de saúde do Projeto Xingu - EPM/UNIFESP).¹⁰²

De acordo com o ex-coordenador do Projeto, outra preocupação nessas ações de saúde junto aos grupos aldeados é “instrumentalizá-los sobre a ideia de controle social”. Nas suas palavras:

Eu me lembro muito bem de uma reunião em Nova Xavantina com os índios Xavantes. Você deve imaginar o que é fazer um diálogo com os Xavantes e que a médica que era responsável pelo Núcleo, acho que era NISI [Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena], ela mostrando para eles os recursos que tinha, como deveria ser usado, o que eles achavam, que não havia possibilidade de desvio de recurso, que o dinheiro era, sabe, um diálogo muito maduro dentro desse processo de começar a repassar as informações para os índios para que eles pudessem fazer o controle social. (Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO)¹⁰³

Segundo esse interlocutor, nas reuniões com as lideranças indígenas buscava-se também demonstrar as limitações do Projeto PNUD/PRODEAGRO: pouco recurso financeiro e curta duração (cinco anos). Desse modo, discutia-se a responsabilidade do Estado em promover políticas públicas em saúde dentro das áreas indígenas de forma permanente. Na avaliação desse

¹⁰² Entrevista concedida em outubro de 2006.

¹⁰³ Entrevista concedida em agosto de 2006.

dirigente, tal ação influenciou positivamente nas discussões dentro das conferências de saúde indígena para a construção da PNASPI – implantada a partir de 1999¹⁰⁴.

Por outro lado, partes dessas ações já resultariam de conferências ocorridas anteriormente. O próprio Projeto Xingu, por exemplo, executado pela EPM/UNIFESP desde os anos 1960 e incorporado nas ações do PNUD/PRODEAGRO, mudaria o foco de suas ações. Assim, se anteriormente o Projeto havia se concentrado em atividades assistenciais e de pesquisa, passou a preocupar-se especialmente com a formação dos indígenas para atuarem nas equipes de saúde. Segundo o coordenador do Projeto, tais mudanças resultariam das recomendações ocorridas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986¹⁰⁵.

As ações das equipes montadas dentro do PRODEAGRO na área de saúde indígena ocorreram até o final do ano de 1998, quando se iniciaram os debates para a implantação dos DSEIs em todo o país. Todavia, antes do seu fechamento, esse Programa realizou duas oficinas de trabalho Pró-organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com o objetivo de elaborar proposta de um Subsistema de Saúde Indígena para o estado de Mato Grosso. De acordo com o relatório final do subprojeto, as oficinas propuseram a formação de sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas no estado de Mato Grosso: DSEI do Xingu, DSEI de Colíder, DSEI de Rondonópolis, DSEI da Região de Barra do Garças e Nova Xavantina, DSEI da Região de Juína, DSEI de São Félix do Araguaia, DSEI de Tangará da Serra. E mais um localizado em Vilhena, no Estado de Rondônia.¹⁰⁶

Outro resultado político de todo esse processo foi que a proposta de implantação dos DSEIs em Mato Grosso foi mantida no interior do movimento indigenista, articulado em níveis centrais de decisão do Estado, “[...] como a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Planejamento, promovendo discussões e ações para o seu avanço, inclusive com o apoio do pessoal de saúde da FUNAI, já com experiências bem sucedidas de conselhos distritais, como em Tangará da Serra/MT” (WEISS, 1998, p. 137).

Entretanto, o “acúmulo” e o “amadurecimento” dos militantes do movimento indígena e indigenista de Mato Grosso, a partir de reuniões e encontros, em grande parte foram ignorados na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a partir da Medida Provisória 1.911-8, de 29 de julho de 1999 (BRASIL, 1999). Segundo os atores sociais atuantes na temática da saúde

¹⁰⁴ Sanitarista e ex-coordenador do subcomponente indígena do PNUD/PRODEAGRO - Entrevista concedida em agosto de 2006.

¹⁰⁵ Ex-assessor do Projeto PNUD/PRODEAGRO e Coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP - Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹⁰⁶ PNUD/PROJETO BRA/94/006, 1998.

indígena, a proposta do Governo Federal para a construção da PNASPI não reconheceu as discussões sucedidas anteriormente e, através da FUNASA, decidiu implantar apenas cinco Distritos Sanitários no estado.

Segundo um ex-diretor do DESAI/FUNASA, que participou das negociações:

Aqui em Mato Grosso, para a proposta passar para cinco distritos, foi o maior pau, não houve concordância aqui. Porque as lideranças indígenas não concordaram, não queriam, porque eles tinham a leitura desse documento. (Ex-consultor do Projeto PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA)¹⁰⁷

O documento ao qual o gestor se refere são os apontamentos realizados pelas oficinas promovidas pelo PNUD/PRODEAGRO, que demonstram a necessidade da construção de oito distritos sanitários em Mato Grosso. De acordo com ele, após calorosas discussões, conseguiu-se “acordar” que seriam implantados seis distritos: DSEI-Cuiabá, DSEI-Xingu, DSEI-Xavante e, DSEI-Kayapó, vinculados diretamente à Coordenação Regional da FUNASA de Mato Grosso. Apesar de as terras indígenas e parte da assistência de saúde prestada pertencerem a Mato Grosso, as etnias Arara e Rickbaktsa formariam o DSEI-Vilhena, vinculado à Coordenação Regional da FUNASA de Rondônia e as etnias Karajá, Tapirapé, Javé e Tapuia constituiriam o DSEI-Araguaia, vinculado à Coordenação Regional

¹⁰⁷Entrevista concedida em maio de 2006.

3.1 - Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em Mato Grosso: “dúvidas”, “conflitos” e “convergências”

As discussões para a implantação, pelo Governo Federal, da “nova” Política Nacional de Atenção à Saúde para as Populações Indígenas (PNASPI), com a estruturação dos Distritos Sanitários, iniciaram-se em Mato Grosso a partir do mês de abril de 1999, em um seminário realizado em Cuiabá. Participaram do Seminário representantes de instituições governamentais: a Coordenação de Saúde do Índio COSAI/FUNASA, a Secretaria Estadual de Saúde, a FUNAI; as universidades UFMT, EPM/UNIFESP; ONGs e entidades indigenistas: CIMI/MT, OPAN; representantes dos Povos indígenas do estado de Mato Grosso, das etnias: Xavante, Kaiapó, Apiaká, Bakairi, Bororo, Panará, Yawalapiti, Kamayurá e Kaiabi, e dos estados vizinhos, como Rondônia: Rickbatsa, Nambikwara, Munduruku e Cinta Larga, e Goiás: Tapuia, Tapirapé, Javaé e Karajá.

Conforme alguns informantes, nessa reunião os gestores da FUNASA expuseram como seria o novo modelo de saúde ofertado às populações aldeadas e, posteriormente, travaram-se intensos debates. Em seus discursos, indígenas e indigenistas concentraram-se principalmente em afirmar a necessidade de construir espaços de diálogos e debates no interior das aldeias e polos da FUNAI, com a presença dos atores sociais envolvidos na construção dos DSEIs e as lideranças indígenas. Porém, mesmo diante dessas reivindicações, outras duas questões tornaram-se dominantes. A primeira foi a transferência da assistência à saúde da FUNAI/Ministério da Justiça para a FUNASA/Ministério da Saúde, o que era visto por algumas lideranças indígenas como um equívoco, pois geraria descontinuidade na assistência dentro das aldeias. Entre os grupos que compartilhavam dessa posição e se expuseram publicamente estavam os Kaiabi, Munduruku, Kaiapó, Apiaká e Panará. Os grupos alto-xinguanos também compartilhavam da opinião.¹⁰⁸

A segunda relacionava-se ao número de distritos a serem implantados em Mato Grosso. De acordo com os gestores da FUNASA, só havia a possibilidade de criação de cinco distritos. Em argumentação a essa posição, os agentes públicos opinaram que as etnias do estado estariam em “vantagem” diante de outros grupos localizados em outras unidades da federação. Como exemplo, citaram que o estado de Mato Grosso do Sul, mesmo com uma população indígena maior, teria um único distrito sanitário.

¹⁰⁸Conforme entrevistas realizadas com lideranças indígenas Yawalapiti e Kamayurá.

De acordo com uma liderança Yawalapiti, os grupos aldeados no Xingu, através da EPM/UNIFESP, apresentaram nesse evento um projeto que propunha a construção de dois DSEIs para a população aldeada nesse Território – um na região do Alto Xingu e o outro no Médio Xingu, próximo dos Kaiabi. Entretanto, foram “convencidos” pelos administradores da FUNASA a recuar e solicitar somente um distrito sanitário.¹⁰⁹

A insistência das lideranças indígenas presentes no evento em manter as sedes dos novos DSEIs próximas das suas aldeias decorreu, segundo a opinião de um ex-gestor da FUNASA, de dois fatores principais: primeiro, porque muitas das etnias envolvidas na discussão já haviam realizado, em outros encontros e oficinas realizadas pelo Projeto PNUD/PRODEAGRO, o exercício de como seria um modelo de saúde estruturado na forma de distritos sanitários. Contaram, inclusive, com o apoio técnico do ISA (Instituto Socioambiental) para as demarcações geográficas e possíveis proximidades entre etnias para a composição dos distritos. Tal fato, na opinião do informante, teria despertado expectativas por parte das lideranças indígenas na formação dos distritos.

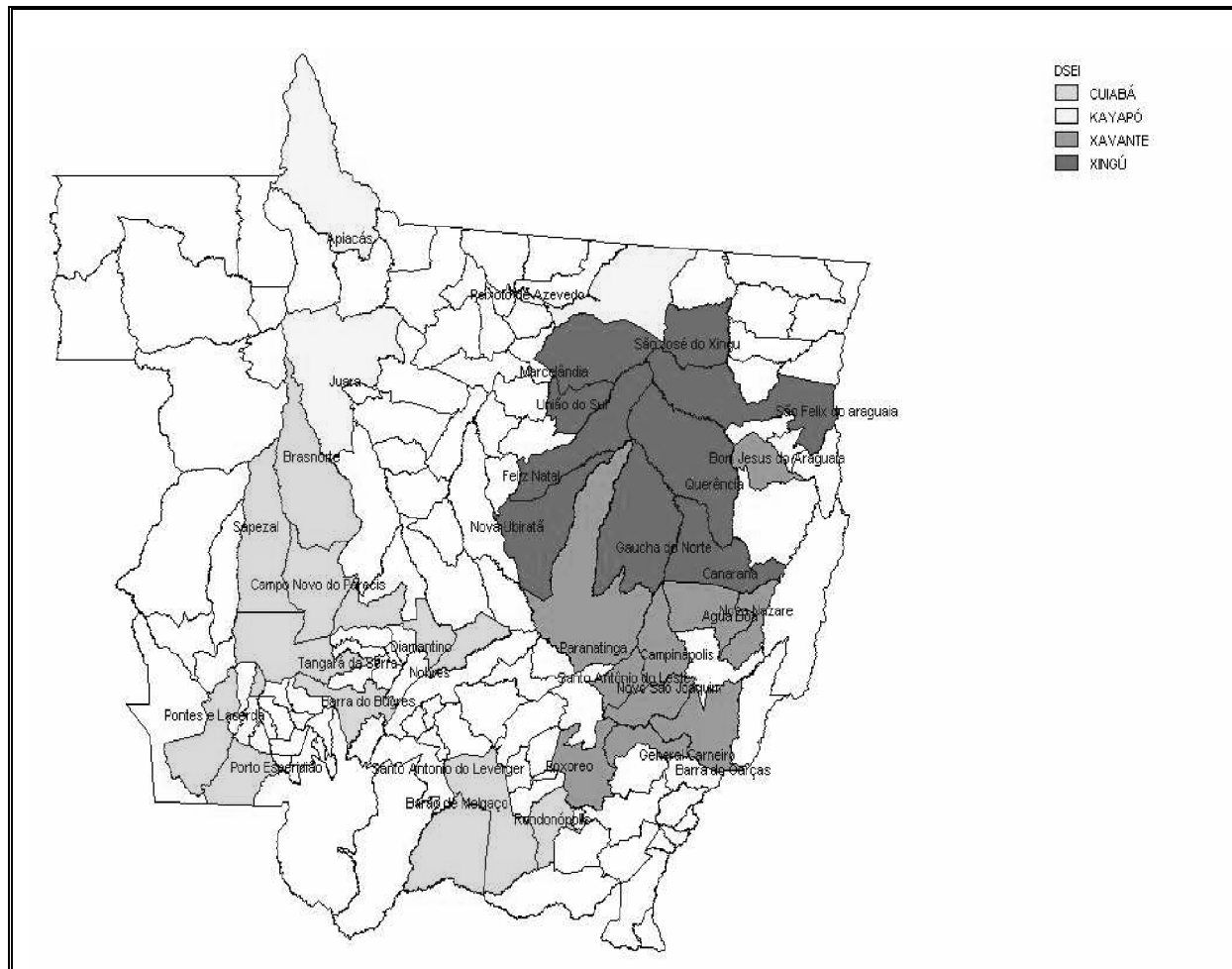
O segundo decorreu principalmente da leitura que parte dessas lideranças indígenas fazia sobre ter um distrito próximo das suas comunidades. Para os líderes, tal conquista representaria dividendos políticos, tanto em seu grupo como também junto aos demais grupos indígenas. Essa postura foi rechaçada por um ex-gestor da FUNASA que participou das negociações. Segundo ele, as reivindicações dessas lideranças representariam muito mais a afirmação de poder de grupos e líderes, e a nova política a ser implantada não poderia permitir tal ideia¹¹⁰.

Mesmo diante dessas divergências, no mesmo encontro “aprovou-se” que em Mato Grosso seriam criados quatro DSEIs, vinculados diretamente à Coordenação Regional da FUNASA do estado: Xingu, Xavante, Kayapó e Cuiabá (mapa abaixo). Aprovou-se, ainda, que seriam criados mais dois DSEIs em outros estados, embora as terras indígenas e parte da assistência de saúde prestada pertencessem a Mato Grosso. Foi o caso das etnias Arara e Rickbaktsa, que ficaram no DSEI-Vilhena, vinculado à Coordenação Regional da FUNASA de Rondônia, e das etnias Karajá, Tapirapé, Javé e Tapuia, no DSEI-Araguaia, vinculado à Coordenação Regional da FUNASA de Goiás.

¹⁰⁹ Entrevista concedida em março de 2007.

¹¹⁰ Ex-consultor do Projeto PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA - Entrevista concedida em maio de 2006.

FIGURA 3.1.1 –Mapa com a localização dos 04 DSEIs administrados pela Coordenação Regional da FUNASA no Estado de Mato Grosso (CORE/FUNASA – MT)



Fonte: CORE/FUNASA – MT, (2008, p.04)

Para alguns líderes, o processo de decisão para a construção desses distritos em Mato Grosso foi muito rápido, o que impossibilitou a participação e até mesmo a compreensão de como seria o modelo. Para o líder Yawalapiti, por exemplo:

Eu mesmo nem sabia o que era o distrito e não foi discutido, não. Depois, como eu só trabalhava aqui na área [indígena] e nunca saía para fora. Aí, pensei como será esse distrito? O que é o distrito? Eu não sabia. Aí, ele falou [o Coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP] assim, porque se a gente não fizer o distrito, como vai ser o atendimento nosso do Xingu? Porque existe um distrito que já está criado em Cuiabá, aí eu falei, vamos atrás, né? (Liderança Indígena Yawalapiti).¹¹¹

¹¹¹Entrevista concedida em março de 2007.

Esse informante havia acompanhando as discussões sobre a implantação dos distritos sanitários desde as oficinas realizadas pelo PNUD/PRODEAGRO, em 1997 e, mesmo assim, expressou suas dificuldades para entender os debates e encaminhamentos do seminário.

Sobre o assunto, Marques (2003) anotou que os critérios de delimitação territoriais dos distritos sanitários foram definidos durante um único encontro, “sem que houvesse consenso”. Para a autora, mesmo com o aumento no número de DSEIs previsto inicialmente para Mato Grosso, tal decisão não levou em conta o desejo das instituições indigenistas e lideranças indígenas presentes.

Em entrevistas colhidas por Marques (2003) junto a alguns atores sociais que participaram dos debates, têm-se vários pontos de vista. Para a coordenadora do CIMI/MT, o processo de delimitação das áreas de abrangência dos DSEIs em Mato Grosso não respeitou as especificidades étnicas, culturais e geográficas dos povos indígenas. Citou como exemplo o DSEI Cuiabá, composto por um número grande de etnias, o que dificulta a implantação de componentes importantes da organização do DSEI e compromete a efetivação do controle social e a qualidade dos serviços de saúde. Por outro lado, a investigadora encontrou opiniões divergentes. O representante local da FUNAI garantiu que a delimitação dos DSEIs procurou respeitar as referências que os índios já tinham, seja por sua própria organização social ou pelas referências criadas pela FUNAI. Tal opinião foi compartilhada por um dos conselheiros indígenas entrevistados, que afirmou terem sido observados os espaços étnico, cultural, dinâmico e geográfico de cada povo na delimitação das áreas. (MARQUES, 2003).

Mesmo diante de tais assertivas, Marques (2003) concluiu que a participação foi considerada insuficiente, pois a discussão sobre os DSEIs não foi fomentada nas aldeias, o que possibilitaria maior representatividade e melhor incorporação das aspirações das comunidades indígenas e que a participação dos índios foi limitada no momento da criação dos DSEIs em Mato Grosso, uma vez que não foram realizadas reuniões para discutir o novo modelo de atenção proposto com todas as comunidades indígenas. “Além disso, no seminário realizado em Cuiabá no primeiro semestre de 1999, pelo Desai/Funasa houve pouca representação de lideranças indígenas”. (MARQUES, 2003, p.74-75).

A autora identificou, ainda, outra resistência à criação dos DSEIs em Mato Grosso, além das já apontadas, desenvolvida não por parte dos indígenas, mas sim pelo Conselho Indigenista Missionário – Coordenação de Mato Grosso (CIMI/MT). De acordo com a pesquisadora, a

participação do CIMI no processo de implementação dos DSEIs em Mato Grosso se deu por meio de discussões sobre a política de saúde indígena pelos seus missionários, em áreas indígenas. O órgão indigenista também participou de várias reuniões nos estados de Mato Grosso e de Rondônia, com as comunidades indígenas, para discutir a proposta da FUNASA de criação dos DSEIs e do seminário realizado pela FUNASA, em abril de 1999.

Todavia, o órgão indigenista manifestou-se contrário à criação dos DSEIs não só em Mato Grosso como em nível nacional, por entender que o Ministério da Saúde não considerou pontos importantes da proposta original, que haviam sido acordados. Questionou, principalmente, a forma de implementação dos DSEIs por meio da transferência da responsabilidade pelo gerenciamento da atenção para organizações não governamentais. Marques (2003, p.77) explicita, ainda, que o CIMI se posicionou contra a renúncia de execução direta das ações de saúde pela FUNASA, que optou pela terceirização, considerando que a FUNASA estava fugindo às responsabilidades constitucionais do Ministério da Saúde.

Ao examinar os documentos oficiais sobre a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os discursos proferidos pelos gestores governamentais responsáveis pela implantação da política, identificou-se, de forma recorrente, a retórica de respeito às especificidades de cada povo indígena a ser beneficiado, destacando-se a compreensão de divisão territorial a partir da lógica desses grupos étnicos. No entanto, os processos de demarcação geográfica de cada distrito sanitário, definindo os grupos étnicos pertencentes à localização da sede administrativa, caracterizaram-se muito mais pelas lógicas impostas pela direção dos órgãos responsáveis pela implantação da política pública do que pelas proposições dos Povos Indígenas. Conforme nos revelou um ex-gestor da FUNASA que participou do processo de criação dos distritos, o Governo Federal havia autorizado a criação de, no máximo, 30 DSEIs.

O informante recorda que, no decorrer das discussões sobre a formação dos distritos sanitários indígenas em 1999, o ISA (Instituto Socioambiental) apresentou a necessidade da criação de, pelo menos, 42 unidades em todo o país. O órgão, nas palavras do informante, gozava de grande confiança entre as lideranças indígenas:

É um dos órgãos que trabalha, é uma ONG muito forte que trabalha em terra indígena e ela tinha mapeado, por exemplo, todas as terras indígenas. Então, era um órgão que trabalhava com possíveis territórios indígenas, com distritos indígenas, dentro das áreas indígenas. Porque o ISA tem uma coisa muito forte com as populações indígenas, porque ele tem como luta as demarcações das terras indígenas. Então, isso era importante, essa questão, porque também estava em jogo a delimitação

territorial das áreas indígenas. Então, o ISA tinha isso mapeado dentro do mapa do Brasil, todas essas áreas (Ex-Consultor do Projeto PNUD/PRODEAGRO e ex-Diretor do DESAI/FUNASA).¹¹²

Contudo, mesmo diante das expectativas criadas em fóruns realizados anteriormente, com a presença de lideranças indígenas e indigenistas, o Governo Federal aprovou a estruturação de apenas 34 DSEIs a serem construídos em todo o país.

Em Mato Grosso, conforme a descrição acima, a discussão sobre a estruturação da saúde indígena a partir do modelo de distritos sanitários já havia sido realizada, inclusive com a participação de indígenas, pelo menos cinco anos antes do início da implantação da política pública em nível nacional. Porém, viu-se, a partir de depoimentos de lideranças que acompanharam esses debates, a dificuldade de compreensão sobre o “novo modelo de saúde”. Por outro lado, tais dificuldades não impediram que a maioria das lideranças indígenas envolvidas nas discussões retomasse como parâmetro as oficinas realizadas pelo Projeto PNUD/PRODEAGRO, cobrando, inclusive, a implantação de oito distritos, conforme planejado anteriormente.

Mesmo diante de discordâncias e protestos, a promulgação do Decreto Presidencial 3.156 em 27 de Agosto de 1999 (BRASIL, 1999a), criando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e ao mesmo tempo determinando que a FUNASA seria o órgão responsável por implantar e operacionalizar a Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas, iniciou-se em todo o país – e em Mato Grosso não foi diferente – um grande movimento para a estruturação desse “novo modelo” de saúde ofertado aos grupos aldeados.

Contudo, a organização dos serviços a serem executados pela FUNASA nas áreas indígenas, diferentemente do que alguns idealistas desse modelo de saúde apregoavam, seria realizada sem a contratação de servidores públicos pelo Governo Federal. Desse modo, segundo um ex-gestor do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, a saída encontrada foi:

Buscamos parceria com as organizações não governamentais, que era um mecanismo que tínhamos que utilizar, porque o decreto passa a atribuição para a instituição [FUNASA], mas não fortalece a instituição com recursos humanos. Você não faz a assistência à saúde só de corpo, não faz só de discurso, você faz executando. E, executando, tem que ter pessoas para fazer isso. Então, a Fundação recebeu a atribuição, mas não recebeu a contrapartida em termos de pessoal, até que recebia o orçamento. Então, a forma encontrada naquela época foi buscar as conveniadas, através de organizações não governamentais, principalmente equipes que já

¹¹² Entrevista concedida em maio de 2007.

trabalhavam com populações indígenas para executar essa atribuição que nos foi dada pelo decreto 3.156/1999 (Ex-chefe do DSEI-MS, e atual diretor do DESAI – FUNASA).¹¹³

Com isso, a FUNASA, respaldada em dispositivos legais, tomou a decisão de fazer parceria com organizações não governamentais, municípios, estados, universidades, etc.

Em Mato Grosso, nos primeiros anos de implantação dos DSEIs, as parcerias foram diversificadas, com convênios celebrados junto a ONGs indigenistas e não indigenistas, municípios, e a EPM/UNIFESP (MARQUES, 2003).

FIGURA 3.1.2 – Quadro com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Mato Grosso e os respectivos órgãos conveniados, no momento da implantação dos DSEIs: 1999 – 2000

| DSEI | ORGÃOS CONVENIADOS |
|-----------|---|
| Cuiabá | OPAN (indigenista) e Instituto Trópicos (não indigenista) |
| Kaiapó/MT | Município de Colider/MT |
| Xavante | Sociedade na Defesa da Cidadania – SDC (não indigenista) |
| Xingu | Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal do Estado de São Paulo (EPM/UNIFESP) |

Fonte: Marques (2003, p. 82).

Conforme esse quadro, o DSEI-Xingu, após a sua criação, estabeleceu, de imediato, parceria com a Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, que desenvolvia ações de atenção à saúde junto às populações aldeadas nesse Território desde 1965.

Segundo o coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP:

O primeiro convênio que foi assinado foi o do Xingu, em setembro de 1999. O nosso convênio é de agosto, a lei estava para sair e nós já fizemos um convênio entre a UNIFESP e a FUNASA. Foi até o Serra [Ministro da Saúde] que foi assinar o convênio lá na universidade, foi toda uma pompa. Então, o primeiro convênio a ser assinado para os distritos sanitários do país foi o da UNIFESP com a FUNASA, o segundo foi do DSY (DSEI-Yanomami), uma semana depois (Ex-consultor do PNUD/PRODEAGRO e Coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP).¹¹⁴

No evento, segundo o informante, estiveram presentes também alguns indígenas xinguanos. Nas palavras de uma liderança Yawalapiti:

Aí, fomos para São Paulo. Aí, foi cacique geral do Xingu, lideranças Juruna, Kaiabi, Suiá e pegou um de cada [etnia] para a assinatura do convênio com o Ministro [da Saúde], assinando a Portaria da criação do distrito e também convênio com a UNIFESP. Aí, fomos para lá, aí eles pagaram as passagens para as lideranças e lá

¹¹³ Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹¹⁴ Entrevista concedida em outubro de 2006.

morava o velhinho Villas Bôas, o Baruzzi também estava lá e todas as equipes que já trabalharam aqui. (Liderança indígena Yawalapiti)¹¹⁵

Entretanto, anterior a esse evento e à assinatura do convênio entre a EPM/UNIFESP e a FUNASA, houve algumas reuniões junto às lideranças indígenas nos polos mantidos pela FUNAI no Xingu. Além da equipe da EPM/UNIFESP, estiveram também os gestores da CORE (MT) - FUNASA e do Departamento de Saúde Indígena (Coordenação Nacional da FUNASA), que explicaram como seria a atenção à saúde ofertada a partir dos Distritos Sanitários. Esses encontros, conforme nos relata uma liderança Kamayurá, causou grandes expectativas nos grupos:

Aí, falaram que iria ter carros à disposição da equipe de saúde, vai ter barcos, vai ter combustível, vai ter horas/voo e a casa lá da saúde na Canarana (CASAI). Falaram que iriam fazer um hospitalzinho aqui no Leonardo, então, todo mundo foi de acordo. Aí, fizemos documento que nós é que ia tocar nossa saúde. Então, aconteceu isso, por isso que eu estou reclamando aqui, porque eu não vou esquecer o que o pessoal [gestores da FUNASA] prometeu aqui, porque o meu pessoal fica me cobrando porque tinha as conversas que eles falavam que iria ter barco para atender, que iria ter carro para atender e as coisas estão piorando. [...] Ele falou que três vezes por semana a enfermeira iria em cada casa para olhar, tem gente que não gosta de contar a doença e ele vai contar. E nada de acontecer isso, não está acontecendo nada (Cacique Indígena Kamayurá).¹¹⁶

A partir dos discursos colhidos junto aos líderes xinguanos, observa-se que o processo de implantação dessa política pública na região foi marcado pela oratória dos gestores governamentais, ou mesmo de outros atores sociais que acompanharam esse movimento, de que haveria “novos tempos” nos serviços de saúde ofertados pelo Estado. Nos debates realizados nas aldeias, questões como a possibilidade de as lideranças locais optarem - ou não - pelo “novo modelo de saúde” proposto pelo Governo Federal não foram tratadas. As únicas discussões passíveis de decisões ocorridas nos encontros foram: primeiro, o local em que seria estruturada a sede do distrito sanitário, tendo como opções as cidades de São José do Xingu (MT), Marcelândia (MT), Gaúcha do Norte (MT) e Canarana (MT). Esta última foi escolhida por ser considerada a cidade referência para a maioria das etnias xinguanas. Segundo, de quem seria a responsabilidade pela execução dos serviços de atenção básica em saúde nas aldeias. Nesses debates, as únicas alternativas apresentadas foram a Escola Paulista de Medicina/UNIFESP ou algum município localizado na região que se mostrasse interessado em realizar tais ações. De acordo com uma liderança indígena Kamayurá, escolheu-se a EPM/UNIFESP como executora por historicamente

¹¹⁵ Entrevista concedida em março de 2007.

¹¹⁶ Entrevista concedida em março de 2007.

realizar as ações de saúde junto a essa população e também porque a instituição, através dos dirigentes do Projeto Xingu, havia empenhado esforços para que a saúde indígena fosse gestada pela FUNASA¹¹⁷.

Entretanto, cabe anotar: mesmo diante de um quadro de mudança dos serviços de saúde para outra agência estatal (DSEIs/FUNASA) em substituição ao órgão indigenista FUNAI – fato que gerou em alguns grupos e líderes indígenas inseguranças e, no caso dos alto-xinguanos, posição adversa ao movimento – não se impediu que os representantes do grupo, após decisão de implantar os DSEIs em Mato Grosso, realizassem, de imediato, reivindicações específicas, como por exemplo, a construção de dois DSEIs em seus territórios: um na região do Alto Xingu e outro no Médio Xingu. Demarcaram, portanto, suas formas de atuação política frente à nova conjuntura.

¹¹⁷ Entrevista concedida em julho de 2006.

3.2 – Discursos, encontros e práticas políticas a partir do contexto institucionalizado pela PNASPI: controle social

A partir da institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988, a democratização da gestão da saúde vem sendo buscada através de uma reengenharia nas relações de poder das três esferas de governo, calcada em relações recíprocas entre Estado e Sociedade. Regulamentada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a “participação da comunidade” no âmbito do Estado está prevista por meio da criação de Conselhos de Saúde, definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sociopolíticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. (BRASIL, Lei 8.142/1990).

Essa “participação da comunidade” na gestão do SUS está prevista para os três níveis de governo, através de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. De acordo com o parágrafo segundo do artigo 1º da referida lei, os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (cuja representação deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos), e têm a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, Lei 8.142/1990).

De acordo com Carvalho (1995), como precursoras da inclusão de novos atores no âmbito estatal têm-se as comissões interinstitucionais que, desde a primeira metade dos anos 1980, a partir das Ações Integradas de Saúde, “[...] foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: governos das diversas esferas, prestadores de serviços, profissionais de saúde, diversas modalidades de usuários”. (CARVALHO, 1995, p. 27).

Contudo, esse autor chama a atenção para o fato de que não se devem confundir os Conselhos de Saúde com as invenções burocráticas de uma mera autorreforma do Estado. Antes, os Conselhos de Saúde são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-Sociedade, impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho do Estado. Tal processo, que não foi específico da área da saúde, acelerou-se no final dos anos 1980 e instituiu no país um novo padrão de políticas sociais, caracterizado pela extensão universal dos direitos e, portanto, das prestações sociais. (CARVALHO, 1998).

Destarte, os Conselhos de Saúde nasceram como novos arranjos institucionais destinados a dotar o Estado de ânimo institucional e estrutura organizacional para implementar as políticas sociais universalistas, tal como preconizadas na constituição de 1988: “Uma reforma, portanto, do Estado, dirigida a ajustar seu sentido de ‘público’, assim como a induzir uma maior responsabilidade perante o conjunto da sociedade”. (CARVALHO, 1998, p. 23).

Por outro lado, Carvalho ressalta que, em virtude de a ideia de controle social no setor saúde ser gerada dentro do processo de (re)democratização do país, nasceu marcada por um caráter fiscalizatório, expressando o controle da sociedade sobre o Estado. Para o autor, a ideia de controle social no Brasil é marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. “[...] Daí o forte sentido “fiscalizatório” que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante “impedir o Estado de transgredir’ do que “induzi-lo a agir”. (CARVALHO, 1995, p. 28 – aspas no original).

Em síntese, a institucionalização dos Conselhos de Saúde no Brasil não significou nem conquista de uma sociedade consciente nem concessão de um Estado benevolente. De um lado, uma crescente permeabilização do Estado às demandas/reivindicações de setores sociais até então excluídos ou pouco inseridos nas agendas públicas, suscitando “modificações na arquitetura institucional do Estado” (CARVALHO, 1995, p.46) em direção à criação de espaços permanentes de presença desses setores através de suas representações. Diante do contexto, o Estado tratou de adaptar-se de forma a proporcionar não apenas a possibilidade de atendimento dessa ou daquela demanda específica, “[...] mas de incorporar, em termos institucionais e permanentes, mecanismos que possam melhor sintonizá-lo com a diversidade de interesses e demandas presentes na sociedade, assumindo o conflito e patrocinando a concertação de interesses” (CARVALHO, 1995, p.47). De outro lado, a sociedade que, no amadurecimento de suas lutas, evolui das demandas por acesso aos serviços de saúde para a demanda por acesso à gestão setorial em todos os níveis.

Em tese, os Conselhos de Saúde, por promoverem a ampliação do espaço de comunicabilidade política, a incorporação em âmbito estatal de diferentes grupos sociais, com o fim de assegurar políticas de saúde universais e por constituírem espaços deliberativos, investidos de poder de governo, apontam para um novo padrão de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil (CARVALHO, 1995 e 1997; COHN, 1992, 1996; RAMOS., C. L., 1996, entre

outros). Podem, assim, ser “[...] vistos como lócus institucionais capacitados a determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde”. (CARVALHO, 1997, p. 104). Ainda para Carvalho (1995, p. 31):

[...] nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais.

Os Povos Indígenas, assim como os demais usuários do SUS têm, conforme a Lei 8.142/90, a participação política assegurada através das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas, como parte da Conferência Nacional de Saúde e também nas demais conferências de âmbito estadual e municipal. Assegura-se a eles, ainda, o direito de assento com voz e voto no Conselho Nacional de Saúde e nos Conselhos estaduais e municipais.

Com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), através do Decreto Presidencial 3.156/99, estabeleceu-se a criação de outras duas novas instâncias políticas de participação social: o Conselho Distrital de Saúde Indígena e o Conselho Local de Saúde Indígena – ambos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (CNS, 2000).¹¹⁸

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena são formados de acordo com os preceitos da Lei 8.142/90, com a composição paritária de 50% de usuários (indígenas) e 50% de representantes de organizações governamentais (DSEI/FUNASA, FUNAI, SES), prestadores de serviços: Secretarias Municipais de Saúde ou ONGs e trabalhadores do setor de saúde. Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital devem estar representados, conforme indicação das comunidades, sem predominância hegemônica de qualquer povo ou região distrital. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérpretes indicados. São atribuições dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena: participar da elaboração do Plano de Saúde Indígena; aprovar o Plano Distrital; avaliar a execução das ações planejadas de saúde, propondo, se necessário, uma reprogramação; aprovar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras (CNS, 2000).

Os Conselhos Locais de Saúde são compostos por representantes das comunidades indígenas, escolhidos entre os seus membros, com ampla participação das comunidades indígenas da área de abrangência dos polos-base, incluindo as lideranças tradicionais, médicos tradicionais

¹¹⁸ Esses fóruns seguiram os mesmos moldes do SUS, definidos anteriormente na Lei 8.142/90.

(pajés), parteiras e outros. Os Conselhos Locais têm como maior atribuição identificar as necessidades específicas dos povos indígenas, em relação aos agravos de saúde que os acometem. Os profissionais de saúde participam das reuniões quando convidados (CNS, 2000). Esses Conselhos Locais de Saúde têm ainda, como atribuição: manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade; avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho; indicar, se for o caso, conselheiros indígenas para o Conselho Distrital de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde; e encaminhar suas recomendações para o Conselho Distrital de Saúde por meio dos conselheiros indicados. (CNS, 2000).

Nesses Conselhos, observa-se, a partir de documentos oficiais de divulgação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, como também nos discursos proferidos pelos gestores governamentais atuantes na área, que há enormes expectativas para com o funcionamento efetivo do controle social por parte das populações aldeadas.

Nas palavras de um ex-gestor que colaborou com a implantação da política:

Olha, eu acho que essa é uma das coisas que é um grande exemplo para mim, é o controle social na área da saúde indígena. E isso possibilitou, esse movimento influenciou em tudo na questão indígena, na subsistência da questão agrária, na educação, possibilitou muita coisa. Então, eu acho que a população não índia tem que aprender muito como fazer controle social com o movimento que está havendo nas áreas indígenas. Eu acho que é a coisa mais linda que tem. [...] Então, é muito rico, você ver lideranças indígenas discutirem o distrito [sanitário] com todas as suas concepções, com todos os seus conceitos, com todo o seu entendimento. Então, eu acho que foi uma das fases mais ricas e mais importantes, é a questão do controle social. Pra mim, o grande evento, é um grande evento, o controle social na área indígena, na sua forma de participar, na sua forma de reivindicar, na sua forma de trabalhar, eu acho que isso foi o grande evento da saúde indígena, é o controle social. E isso era uma grande preocupação que a gente tinha, por exemplo, porque essa era uma das coisas, por exemplo, a questão do distrito sanitário, ele só funciona se tiver participação da comunidade, porque se não ele fica uma coisa burocrática. (Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA).¹¹⁹

A lógica da política pública direcionada aos povos indígenas brasileiros propõe, através da noção de controle social, estabelecer uma perspectiva democrática, efetivada através do caráter deliberativo, no qual os representantes dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde passam a compor os Conselhos de Saúde e a deliberar nas Conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde, passando a assumir o poder de interferir na política de saúde descentralizada. Assim, o controle social proposto estabelece, através da forma de elegibilidade e

¹¹⁹ Entrevista concedida em maio de 2006.

representatividade, poderes para que um representante eleito pelos seus pares (poderes delegados) tome a decisão por todos.

Mesmo com esses pressupostos, a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas em Mato Grosso sofreu resistências. De acordo com o ex-coordenador do DESAI-FUNASA, os índios Xavantes, por exemplo, não aceitavam a implantação da “nova” política em seus territórios. Nas palavras desse gestor:

Eles disseram *“nós não queremos, nós queremos que a FUNAI continue dando a assistência à saúde”*. Esse foi um movimento de três dias, uma discussão de três dias em Barra do Garças e o dia todo. Para você ter uma ideia, toda a diretoria da FUNASA [Brasília], juntamente os técnicos e eu, e outras pessoas que estavam presentes, tinha reunião o dia todo. Tivemos que ficar ali quietos, ouvindo eles, e eles o dia todo conversando só em Xavante. E aí existia uma rixa, porque os mais velhos não queriam [aceitar que a FUNASA assumisse a saúde indígena] e as lideranças mais novas queriam o distrito. Houve um racha inicial, só depois que foi construído na sequência [unidade], mas foi uma decisão exclusivamente deles. [...] Esse momento foi um momento muito democrático de debate dos técnicos da FUNASA com os índios. Isso foi uma coisa, eu acho que foi um dos movimentos, eu tenho algumas fotos de registro disso. Talvez é uma das coisas mais ricas, talvez um dos movimentos mais democráticos, de participação, de decisão, de uma política pública. E só quando houve tudo isso, que depois houve a consolidação de tudo isso, que foi consensuado, é que foi estabelecido como uma norma. (Ex-assessor do PNUD/PRODEAGRO e ex-diretor do DESAI/FUNASA).¹²⁰

Posição semelhante à dos Xavante adotaram os representantes xinguanos, ao participar dos fóruns e reuniões em Cuiabá (MT) e em Brasília (DF) no decorrer da implantação dessa política pública em saúde.

Segundo um líder Yawalapiti, seu voto contra a implantação da “nova política de saúde” ocorreu porque a maioria dos líderes xinguanos posicionou-se adversamente à transferência das ações em saúde da FUNAI para a FUNASA. O interlocutor argumenta que os caciques já estavam acostumados a trabalhar com a FUNAI. Recorda que, no contexto da implantação da política estatal, o cacique Kaiapó/Txucarramãe manifestou, em reuniões em Brasília, sua contrariedade pela implantação da “nova” política sanitária. Todavia, “[...] Já tinha sido aprovado, tem dois contra a maioria, aí não tem força, aí foi só brigar e brigar”¹²¹.

A coordenadora dos programas de saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, que acompanhou os movimentos em constantes diálogos com as lideranças, avalia que a resistência

¹²⁰ Entrevista concedida em maio de 2006.

¹²¹ Liderança indígena Yawalapiti - Entrevista concedida em março de 2007. Sobre os eventos citados por esse líder indígena, de acordo com um ex-diretor do DESAI – FUNASA, foram realizados 16 seminários em todo o país, com o objetivo de informar às comunidades indígenas sobre o Subsistema de Saúde Indígena a ser implantado e a criação dos DSEIs. Ex-diretor do DESAI/FUNASA – entrevista concedida em maio de 2006.

dos xinguanos ocorreu em razão de os caciques e demais líderes locais terem “boas relações” com a FUNAI, diferentemente da realidade de outros grupos aldeados. Desse modo, essa interlocutora afirma que a implantação do novo modelo com gestores atuando a partir do Ministério da Saúde/FUNASA dificulta “os acessos” - historicamente garantidos a esses grupos na Fundação Nacional de Saúde (FUNAI)¹²².

Mesmo diante de manifestações e protestos contrários ao “novo modelo” de atenção à saúde a ser ofertada aos povos indígenas ou aos espaços de representatividades destinados a esses grupos, tal política foi implantada a partir de 1999.

Para Mary Pratt (1992), esses encontros entre atores institucionais (colonizadores) e povos indígenas (colonizados) são parte de um discurso colonial e devem ser classificados como “zona de contato”, por envolver condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável. Esses espaços também podem ser chamados de “fronteira colonial”, onde as interações, entendimentos e práticas dos sujeitos acontecem frequentemente de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas.

Com opinião semelhante, Cardoso de Oliveira (2000b) estipula que os encontros que colocam frente a frente gestores públicos e líderes indígenas devem ser caracterizados como espaços de *diálogo interétnico*, permeados por dificuldades e desafios. Para esse teórico:

As possibilidades de efetivação de uma tal comunidade assim ampliada, não mais interpares, mas entre partes com interesses eventualmente distintos, estaria na formulação e aplicação de uma política pública, governamental, voltada para uma negociação democrática com as lideranças indígenas. Teoricamente se poderia contar com a possibilidade do surgimento no interior dessa nova comunidade de comunicação de um nexos comum, ou de um saber fruto de uma “fusão de horizontes” [...], onde as partes estabeleçam um universo mínimo de regras que assegurem a livre e produtiva interlocução. E não será nunca demais lembrar que mesmo com a natural ocorrência de discordâncias manifestadas na discussão elas já pressupõem, tacitamente, um acordo de base, a saber, a disposição de dialogar. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000b, p. 222 – aspas no original)

Cardoso de Oliveira afirma, ainda, que:

[...] com a organização do campo político indígena, é de se esperar que fiquem asseguradas as condições de interlocução no interior de uma comunidade de comunicação interétnica. Uma comunicação que se dá a partir da identificação de interlocutores representativos dos dois campos em interação potencialmente litigiosa: o campo indigenista e o campo indígena; podendo o litígio ser real ou virtual, não importa; o certo é que se trata de relações entre litigantes voltados

¹²² Ex-consultora do Projeto PNUD/PRODEAGRO e coordenadora dos programas de saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP - Entrevista concedida em outubro de 2006.

para a busca de consenso pela via da argumentação. Nesse sentido, é incontornável o fato de que se trata, em princípio, da articulação prática de horizontes semânticos antagônicos. E não apenas por estarem condicionados por interesses diferentes, quando não sejam muitas vezes claramente antagônicos. Mas também pela distância cultural (ou "*cultural lag*", no jargão antropológico), que marca a diferença entre culturas, i.é entre o mundo indígena e o nacional. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000b, p. 224 – Itálico e aspas no original)

No contexto de encontros entre gestores governamentais e líderes aldeados, o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu só foi constituído aproximadamente um ano e meio após a implantação do distrito sanitário especial indígena. Criado pela portaria da FUNASA nº 229, de 30/04/2001, contou, inicialmente, com 20 membros. Contudo, em pouco tempo, os próprios índios ampliaram o número para em torno de 200 componentes, oriundos de outros conselhos, denominados de Conselhos Locais. Nesse caso, havia conselhos locais no Polo Leonardo Villas Bôas, no Polo Diauarum e um terceiro formado pelas aldeias localizadas no entorno do Polo Pavuru.

O processo de formação desses conselhos, de acordo com um dos diretores do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, foi corroborado especialmente porque nesses grupos o exercício de realizar reuniões para tomar decisões consideradas importantes ocorre desde “[...] o tempo do Orlando [Villas Bôas]. Orlando tinha por hábito fazer reuniões para grandes decisões: onde vai fazer a aldeia, se vai comprar barco, ele sempre chamava os caciques para conversar com ele, isso tudo foi virando um hábito”¹²³. Esse interlocutor lembra que essas reuniões ampliadas – hoje denominadas de conselhos ou controle social – ficavam por mais de uma semana discutindo fronteiras, educação, saúde, problemas nos postos da FUNAI, etc.¹²⁴

Entretanto, mesmo com reuniões extensas, alguns líderes indígenas admitem que demorou um longo tempo para entenderem os propósitos da “nova” política de saúde empreendida pelo DSEI/FUNASA. Essas dúvidas, e mesmo desconfianças, são notadas também nas atas que registraram os encontros entre os usuários indígenas e os setores administrativos – governamental ou mesmo a prestadora conveniada EPM/UNIFESP. Os principais questionamentos apresentados pela população aldeada nesse Território diziam respeito, principalmente: se o “novo modelo de saúde” seria melhor do que o executado pela FUNAI até então; como os índios iriam participar

¹²³ Ex-assessor do Projeto PNUD/PROEAGRO e Coordenador do Projeto Xingu-EPM/UNIFESP - Entrevista concedida em outubro de 2006.

¹²⁴ Ex-assessor do Projeto PNUD/PROEAGRO e Coordenador do Projeto Xingu-EPM/UNIFESP - Entrevista concedida em outubro de 2006.

das decisões a serem encaminhadas; como seria a escolha dos representantes das aldeias e do chefe do DSEI-Xingu; entre outras.¹²⁵

Além das dúvidas, identifica-se, nas falas registradas nos documentos (Atas de reuniões do Conselho Distrital do Xingu), uma enorme expectativa dos líderes locais de conseguirem, por meio dessa política pública, bens e serviços para as suas comunidades, tais como a aquisição de barcos, motor de popa, construções de postos de saúde nos polos-bases e aldeias, obtenção de equipamentos e medicamentos, e a probabilidade de formação de equipes de saúde, com a inclusão de alguns membros das aldeias para atuarem como Agentes Indígenas de Saúde ou como barqueiros.

Conforme anotado acima, o Conselho Distrital do Xingu foi formado no primeiro semestre de 2001. Porém, até fevereiro de 2008 – período da minha permanência em campo – o Conselho ainda não contava com um regimento interno. Tal fato, de acordo com o presidente do CONDISI, era a exceção, ou seja, entre os 34 distritos sanitários indígenas de saúde existentes no país, o único que não contava com o regimento aprovado era o do Xingu. Na avaliação desse dirigente, tal situação prejudicava as ações do Conselho, especialmente nos municípios localizados na região do Alto Xingu, que estariam recebendo recursos para a atenção à saúde das populações aldeadas. De acordo com ele, o CONDISI só conseguiria intervir nos fóruns (conselhos de saúde municipal/estadual) e até mesmo junto aos poderes governamentais – câmara de vereadores e prefeituras dos municípios se estivesse organizado burocraticamente, isto é, com regimento interno aprovado, atas de eleição de diretoria e registros em cartório.

Todavia, mesmo diante da “aparente ilegalidade”, observa-se que, desde a sua criação em 2001, os dirigentes do Conselho vêm conseguindo participar dos fóruns que lhes são reservados – sejam regionais, sejam nacionais. Também são solicitados a assinar e dar parecer em documentos oficiais, tais como: Plano Distrital, Pactuação de Convênios, Prestações de Contas do DSEI-Xingu, ou das conveniadas. De forma crítica o líder Mehinaku e presidente do Conselho Local do Alto Xingu assevera: “[...] nos últimos dois anos o Conselho Distrital serviu apenas para assinar papel”¹²⁶.

Indagou-se ao presidente do CONDISI-XINGU quais seriam os principais empecilhos para a elaboração e posterior aprovação de um regimento interno para esse Conselho. Como

¹²⁵ Atas das reuniões do Conselho Distrital do Xingu do período de 2000 a 2004.

¹²⁶ Liderança Indígena Mehinaku, professor, presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu e Membro do CONDISI - Entrevista concedida em março de 2007.

resposta, o conselheiro alegou que os entraves eram a “correria” e a falta de um documento que lhe servisse de referência para organizar uma primeira proposta regimental a ser apresentada aos demais membros do fórum deliberativo. Em outra visita ao campo, obtive informações, por esse mesmo dirigente, que já se encontrava em suas mãos uma proposta (boneco) de regimento do Conselho. Contudo, ao reencontrá-lo pela terceira vez – aproximadamente 10 meses depois, tive a mesma informação da viagem anterior, ou seja, tinha-se uma proposta de regimento, mas não se conseguia aprovar.

Ao buscar compreender as dificuldades que envolviam a aprovação desse documento – até porque, nas palavras do próprio presidente do CONDISI, havia uma “pressão” por parte de alguns administradores municipais para que tal regularização ocorresse – conclui-se que o maior obstáculo estava na formatação do número de participantes (membros) que comporiam o fórum.

O Decreto Presidencial 3.156/99, ao criar os DSEIs, estabeleceu, também, que deveriam, obrigatoriamente, formar um conselho distrital de saúde indígena, composto por 50% de participação de usuários, 25% de trabalhadores do setor de saúde e 25% de representantes das instituições governamentais e organizações prestadoras de serviços – moldes semelhantes aos demais fóruns do SUS. (BRASIL/MS, 1999a)

Em sua formação inicial, a diretoria do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu contava com 20 membros¹²⁷. No entanto, suas reuniões deliberativas sempre contaram com aproximadamente 180 a 200 participantes, com direito a voz e voto. Em sua maioria absoluta, são usuários indígenas que atuam como membros dos conselhos locais de saúde do Polo Leonardo, Polo Diauarum, Polo Pavuru e, mais recentemente, alguns usuários pertencentes ao Conselho Local do Polo Ngoyveri. Permite-se, também, a participação de caciques e de lideranças que exercem influência em suas aldeias.

Observou-se que, além dos usuários indígenas, os trabalhadores da saúde também participam do Conselho, mas em razão do “inchaço”, sua representação fica reduzida, proporcionalmente, ao preconizado pela legislação. Situação semelhante ocorre com os representantes das organizações governamentais (Distrito Sanitário/FUNASA) e prestadores de serviços, no caso, diretores do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP e da organização indígena IPEAX.

¹²⁷Portaria de nº 229 de 30/04/2001 (CORE/FUNASA – MT, 2001).

Cabe lembrar que o CONDISI do Xingu é o principal órgão fiscalizador e de controle social nesse Distrito, responsável por acompanhar a aplicação dos recursos tanto dos órgãos governamentais como das organizações conveniadas: essas instituições movimentaram, no ano de 2007, aproximadamente R\$14.000.000,00 (quatorze milhões de reais).

De fato, a regularização do CONDISI-Xingu, através da aprovação do regimento interno, exige uma redução drástica do número de participantes, no caso, de usuários indígenas e/ou lideranças. Mesmo aqueles que ficarem na condição de suplentes, com direito a voz nos fóruns decisórios, correm o risco de não receber transporte nem alimentação.

Dessa forma, escolher esses representantes, inclusive cortando-se da lista atual um grande número deles – em torno de 90% – certamente geraria tensões e conflitos entre os povos aldeados nessa localidade. Para que o leitor do texto tenha maior evidência da complexidade envolvida nessa composição, faço um exercício, a seguir, utilizando como o exemplo a região do Alto Xingu.

Em julho de 2007, a região contava com aproximadamente 2.750 habitantes, com 27 aldeias, formadas por nove povos distintos, divididos em quatro grupos, de acordo com sua variação linguística: língua Aruak: Yawalapiti, Mehinaku, Waurá; língua Tupi: Kamayurá e Aweti; língua Karib: Kalapalo, Kuikuro, Nahukuá Matipu e mais um grupo considerado de língua isolada Trumai¹²⁸. Caso se concretizem as reformulações no estatuto do fórum deliberativo, haverá apenas cinco a seis líderes representando todos esses grupos.¹²⁹

Essa contradição no modelo de representação para os fóruns indígenas, segundo a PNASPI, não criou dificuldades somente nessa região. Cruz (2007), após estudar a formação dos Conselhos de Saúde do DSEI-Maranhão, na região do Polo-Base do Amarante (Tentehar-Guajajara, Krikati e Puloby-Gavião), registrou duas dificuldades: primeiro, o fato de que o controle se efetiva 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 “[...] e mais grave, no caso dos índios, a 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”. (CRUZ, 2007, p. 70).

¹²⁸ MELATTI, 2011.

¹²⁹ Para maior compreensão sobre alianças políticas entre líderes alto-xinguanos, indica-se o trabalho de GUERREIRO JÚNIOR “*Parentesco e Aliança entre os Kalapalo do Alto Xingu*”, (2008).

De acordo com Cruz (2007), mesmo diante das pressões realizadas pelos administradores do DSEI/FUNASA para que os índios se enquadrassem no modelo de representatividade proposto na PNASPI, os índios Tentehar-Guajajara mantinham a prevalência de sua forma de organização. Com isso, em todas as reuniões do Conselho Local de Saúde, os membros estavam sempre acompanhados do “[...] cacique e de outras lideranças indígenas de suas aldeias. Cada índio geralmente estava junto de sua família nuclear. Durante as reuniões os índios colocavam-se independente de serem conselheiros ou não. Todos expressavam o desejo de ser ouvidos”. (CRUZ, 2007, p. 73).

A autora comenta, ainda, que um dos aspectos mais questionados pelos índios referia-se à forma de participação indígena, com a criação do Conselho Local formado por três povos distintos (Tentehar-Guajajara, Pukobye/Gavião, Krikati). Como apenas um índio/conselheiro iria decidir sobre as questões de sua aldeia, ou mesmo de aldeias na quais não residia ou das aldeias de outros povos? “Para os índios soava como incoerente, para muitos funcionários do Polo/Base e DSEI/MA soava como uma simples dificuldade de entender o modelo”. (CRUZ, 2007, p. 73-74).

Em investigações sobre o processo de implementação do Distrito Sanitário Indígena de Cuiabá (MT), Marques (2003) identificou que dois povos localizados nos territórios de abrangência do distrito não possuíam Conselhos Locais de Saúde: os Myky e os Enawenê-nawê. Este último, no decorrer dos cursos de capacitação de conselheiros indígenas para atuarem dentro do DSEI-Cuiabá, manifestou sua insatisfação com o modelo de conselho proposto: “[...] pois, os Enawenê-nawê têm outra forma de organização e representação social e argumentavam que o modelo proposto pela FUNASA não atendia as suas necessidades” (MARQUES, 2003, p. 157).

Garnelo e Sampaio (2003), inspirados nos apontamentos de Clastres e Bartolomé:

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 a tomada de 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 vista que podem ser considerados, seguidos ou rejeitados. Tais características da chefia indígena são atualizadas nas suas modernas organizações, voltadas para a mediação do contato interétnico, que também são entidades sem poder de mando, mas com atribuições de ouvir, entender, explicar e sugerir rumos a tomar nas negociações com a sociedade nacional. Nesse caso, a delegação recebida destina-se a uma intervenção intercultural mais eficiente junto ao mundo não-indígena, veiculando demandas

coletivas que ultrapassam os interesses individualizados de cada aldeia. (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 313).

Na Região do Alto Xingu, observou-se que a “desobediência” às legislações que regulamentavam os conselhos de saúde indígena, mas principalmente as expectativas criadas pelos administradores governamentais em relação aos fóruns, extrapolam a questão do número de participantes com direito a voz e voto. Assim, é possível observar, nas reuniões do conselho local do Polo Leonardo, os caciques e alguns outros líderes locais – que na maioria das vezes não são conselheiros – fazerem: “[...] requisições muito específicas e pessoais, especialmente no que diz respeito à contratação de profissionais para atuarem nas aldeias (e em *suas* aldeias).” (NOVO, 2008, p. 41 – grifo no original).

Portanto, participar presencialmente das reuniões do conselho distrital assegura espaços para as lideranças alto-xinguanas não apenas acompanharem e avaliarem as ações de saúde – conforme expectativas dos órgãos governamentais – mas, principalmente, para fazerem as suas intervenções, com o intuito de controlar bens e serviços.

Fatos semelhantes foram observados nos conselhos de saúde distrital e local nos DSEIs do Rio Negro, Alto Solimões, Médio Solimões e Manaus:

[...] o principal compromisso ético dos conselheiros é com as prioridades de seu grupo de parentes, por quem são pressionados para distribuir os bens que fluem a partir do sistema de saúde, em obediência à lógica redistributiva própria dos grupos indígenas amazônicos. A obrigação da chefia, de servir à sociedade, é atualizada na figura do dirigente de organização indígena e dos conselheiros de saúde, que devem distribuir bens e serviços, como combustível, medicamentos, motores de popa e cargos remunerados ou de prestígio, entre a parentela (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 313).

A situação de não estarem “regulamentados” de acordo com a lei fez com que o conselho distrital de saúde indígena do Xingu, em situação de conveniência, fosse ignorado, em algumas situações, pelos dirigentes do distrito. Tal constatação foi notada pelo presidente do CONDISI-Xingu, ao afirmar que os dirigentes do DSEI elaboram planos e projetos para serem implantados na assistência à saúde dos grupos aldeados e, às vezes, não os colocam nos fóruns adequados para apreciação. Para exemplificar a denúncia, o dirigente citou o Plano Distrital (2007/2008), que deveria ter sido discutido e aprovado pelos membros do Conselho Distrital de Saúde Indígena e não foi. Foi apenas apresentado e debatido em outras instâncias não deliberativas, como nos

Conselhos Locais de Saúde¹³⁰. Cabe ressaltar que a não aprovação desse documento resultaria em suspensão dos repasses de recursos para o distrito sanitário correspondente, como também para as instituições prestadoras de serviços. Diante da situação, o presidente do CONDISI afirmou que ficou “obrigado” a ratificar e assinar, para evitar maiores prejuízos aos usuários.

Outra instituição que “ignorou” esse Conselho foi a conveniada indígena IPEAX, responsável pela prestação de serviços de assistência à saúde das populações aldeadas na região do Alto Xingu. De acordo com o presidente do CONDISI, essa organização evita os espaços do Conselho Distrital, realizando prestações de conta apenas nas reuniões do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu e órgãos fiscalizatórios localizados em Brasília¹³¹.

Nesse cenário, observou-se que as condutas e os posicionamentos políticos de “aproximações” ou “distanciamentos” entre os membros do CONDISI e os administradores do DSEI-Xingu ou da conveniada IPEAX dependiam das situações conjunturais. Assim, no decorrer da pesquisa, presenciaram-se momentos em que as falas dos dirigentes das instituições caracterizaram-se por acusações e tensões entre si, como houve outros em que a palavra “parcerias” prevalecia como mote nos discursos proferidos.

Construir “parcerias” parece ser o principal objetivo dos dirigentes do CONDISI-Xingu. Assim, após tecer algumas críticas em relação à falta de transparências nos gastos de recursos realizados pelo IPEAX, o presidente do Conselho proferiu:

Eu estou falando isto, assim eu estou avaliando a saúde construída pelo IPEAX de uma forma talvez, enganosa. Se tivesse uma parceria com o CONDISI, da gente estar fazendo isto, a ação está sendo feita assim, porque, afinal de contas, a prestação não é só mandar papelada e sim estar conversando. Então, se tivesse a possibilidade, eu acho que a minha avaliação seria outra. Porque, pela conversa que eu tenho com a equipe, com os membros da equipe, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, os AIS, é isto que eu tenho tirado deles, são as únicas pessoas que eu tenho acesso, agora da coordenação, infelizmente eu não tenho. Eu acho que se eles se restringiram, se fecharam, trancaram a porta, são eles que mandam e que faz as coisas. (Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI)¹³²

Por outro lado, o coordenador executivo da organização indígena IPEAX opina que o CONDISI não desempenha o seu papel de fiscalizador e de controle social. Ele sugere, inclusive, que o conselheiro prestigia deliberadamente a outra organização prestadora de serviço de atenção à saúde indígena na região do Médio e Baixo Xingu, no caso, a EPM/UNIFESP.

Para o líder Kamayurá:

¹³⁰ Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI - Entrevista concedida em março de 2007.

¹³¹ Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI - Entrevista concedida em março de 2007.

¹³² Entrevista concedida em março de 2007.

E ainda eu tenho uma ressalva, nesta última composição do conselho distrital, que há pouco tempo nós percebemos que o presidente do conselho e o vice-presidente do conselho são funcionários da UNIFESP. Então, então, na próxima eleição, o presidente e o vice têm que ser imparciais, não pode ser ligado nem ao IPEAX e nem à UNIFESP, porque o que acontece é que todos os trabalhos são direcionados à UNIFESP. O presidente do conselho não participa das pactuações realizadas pelo IPEAX. Durante dois anos, somente uma vez o presidente veio em uma reunião local (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX).¹³³

Recentemente, em pesquisas realizadas no mesmo contexto, Novo (2008) identificou uma situação semelhante, ou seja, conselheiros de saúde contratados pelas conveniadas da FUNASA. Contudo, no caso apresentado pela pesquisadora, o dirigente do conselho representativo em saúde era contratado pela organização indígena IPEAX. De acordo com Novo (2008), o presidente do Conselho Local do Alto Xingu:

Contratado pelo IPEAX para atuar como AIS na aldeia onde morava, mas que, no entanto, reside atualmente no Posto Leonardo a pedido da plenária do Conselho Local que assim considerou necessário para que ele pudesse “se dedicar à função de presidente”. [...] No final do ano de 2007, após uma reunião do CONDISI realizado no Polo Pavuru (Médio Xingu) onde fez críticas e denúncias à atuação do IPEAX, além de fazer cobranças públicas aos gestores com relação às prestações de contas em reunião do Conselho Local, recebeu um radiograma de urgência da administração do IPEAX informando que “deveria retornar de imediato à aldeia e reassumir o cargo de AIS” (NOVO, 2008, p. 41 - aspas no original).

Em resposta ao ultimato, o presidente explicou que levaria a questão para ser discutida no Conselho Local de Saúde e que ele: “[...] *sempre quis ficar na aldeia, mas o conselho pediu pra ficar no posto*”. (NOVO, 2008, p. 41 – itálico e aspas no original).

Na avaliação de Novo (2008), a controvérsia fragilizou a posição de presidente do conselho, uma vez que: “[...] para tal necessita de amplo apoio também dos gestores que “controlam” as pautas e mesmo o desenrolar das reuniões, como também se viu ameaçado de ser destituído do cargo de AIS que lhe garantia assalariamento, apesar de não exercer tal função naquele momento” (NOVO, 2008, p. 41 – aspas no original).

O fato de haver conselheiro de saúde exercendo essa função e, ao mesmo tempo, encontrar-se na condição de contratado pela instituição terceirizada ou pela FUNASA, é uma realidade presente em vários outros DSEIs. Na avaliação de um líder Truká que coordena a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e também ocupa uma das vagas destinadas aos Povos Indígenas no Conselho Nacional de Saúde:

¹³³ Entrevista concedida em julho de 2006.

A maioria das contratações, dos conselheiros ou uma boa parte deles, os que não são agentes de saúde, uma boa parte deles estão lá [contratados] na FUNASA por uma ou outra questão. Isso dificulta o processo e o entendimento do que é o seu papel, como fiscalizador, como membro fiscalizador e como conselheiro de saúde. Porque ele acaba tendo o papel de fiscalizar a si mesmo e, aí, ele perde a autonomia de chegar junto ao gestor e dizer: olha, tem que ser desta forma. Aí, o gestor diz para ele: você está falando como empregado ou como liderança ou como conselheiro? Então, é um papel confuso. Então, vem se usando essa modalidade por parte da FUNASA e de algumas instituições, até de forma intencional e precisa mudar isso, e precisa realmente separar o que é trabalhador de saúde, o que é trabalhador do meio, o que é conselheiro de saúde, o que é liderança. (Liderança indígena Truká- Pernambuco, coordenador da CISI e membro do CNS).¹³⁴

No caso do Alto Xingu, a etnografia empreendida na região leva a concluir que a própria composição dos Conselhos reflete a ressignificação desse espaço, pois seus membros são indicados pelas aldeias sem que se considere, por exemplo, o fato de alguns deles serem também funcionários contratados pelo IPEAX, EPM/UNIFESP ou pela FUNASA/DSEI, o que gera uma aparente contradição. Assim, a ação dos conselheiros, que deveria ser de levantamento de demandas e de reclamações por parte das comunidades que representam, acaba por se tornar paradoxal – como também são funcionários, acabam tendo sua ação restringida por estarem sendo “vigiados” por seus empregadores, além da posição de fiscalizar a sua própria atuação (NOVO, 2008).

Na avaliação dos conselheiros atuantes no DSEI-Xingu, as condições para exercerem seu papel político e demais funções preconizadas na PNASPI são mínimas. Além de não receberem nenhuma forma de remuneração, não contam com uma estrutura adequada. Desse modo, é comum, em diálogos com os membros do CONDISI, ouvir reclamações: que falta máquina de escrever, computador, armários (para arquivo de documentos), ou mesmo papel para redigir um ofício. No entanto, a dificuldade maior é a escassez de recursos para garantir transporte e alimentação, tanto para os encontros em aldeias, ou no próprio polo-base, como também para participarem dos fóruns em que têm assento. Por exemplo, o presidente do CONDISI, a cada quatro meses, é convidado a participar da reunião do Fórum Permanente de Presidentes dos CONDISIs, realizado em diferentes regiões do país¹³⁵. Essa carência de recursos justificou,

¹³⁴Entrevista concedida em março de 2007.

¹³⁵ O Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 644 de 27/03/2006 - “É formado pelos 34 presidentes dos Conselhos Distritais; A proposta do Fórum tomou corpo na primeira reunião dos presidentes dos conselhos, em abril de 2003, em Curitiba; Reúne-se trimestralmente, antecedendo à reunião do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde Indígena; Existe uma Coordenação composta por: Coordenador Geral, Coordenador Adjunto, Secretário e Secretário Adjunto”. (BRASIL/MS/FUNASA - Relatório Final 4 CNSI).

inclusive, a não realização de reuniões dos membros do Conselho Distrital de Saúde do Xingu por um período superior a três anos e meio (março de 2004 a outubro de 2007).

Tais dificuldades são minimizadas com as “ajudas” ora recebidas do DSEI-Xingu, ora das conveniadas prestadoras de serviços. O fato incomoda o presidente do CONDISI:

Mas agora a gente que ter um pouco de autonomia para quando, na hora que a gente quiser executar tudo, colocar tudo em prática. Porque a gente fica muito na conversa, fica sonhando e é impedido, isso aí não está na nossa autonomia. Não tem autonomia de fazer e promover ações, fazer as capacitações. Então, agora, a princípio a gente pensa este ano o fortalecimento do que eu falei, temos que ter regimento interno aprovado. [...] Porque é dificultoso, quando você convoca uma reunião, aí, falta combustível, ou então, gêneros [alimentícios]. (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).¹³⁶

A responsabilidade de criar condições para a atuação dos conselheiros, tanto locais como distritais, de acordo com as legislações que regulamentam a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), é dos Distritos Sanitários. Contudo, no DSEI-Xingu, tal responsabilidade, conforme se verificou nos documentos de pactuação assinados a partir de 2004, é também das instituições conveniadas.¹³⁷

Observa-se, nas entrevistas e nos discursos proferidos em reuniões, ou até mesmo nos documentos elaborados pelo Conselho (atas de reunião, cartas, etc.), que a palavra “autonomia” é retomada como condição necessária para o sucesso das atividades propostas e aprovadas nos fóruns deliberativos. Todavia, ressalta-se que, no cenário, ter autonomia significa garantir aos conselheiros as condições financeiras para desenvolver as atividades políticas inerentes ao seu cargo.

É comum observar, no mesmo contexto de discussão, os conselheiros enfatizarem a importância da autonomia e, ao mesmo tempo, a necessidade de construir parcerias com o DSEI, ou mesmo com as conveniadas, para o sucesso das ações de atenção básica das populações aldeadas. “Parceria”, inclusive, segundo o presidente do CONDISI, é o que caracteriza sua relação com a conveniada do Projeto Xingu, executado pela EPM/UNIFESP.

Nas palavras do líder Kamayurá:

Então, na minha avaliação, é isso que eu tenho da UNIFESP, tem mais acesso com a gente, escuta os profissionais com a gente também, constrói junto. Então, isso tem facilitado o nosso trabalho e o entendimento nas ações e dividir os problemas e solucionar juntos, esse tem sido o nosso trabalho junto com a UNIFESP, inclusive, comigo, né. Eu tenho total facilidade em todas as reuniões de equipe, de pactuação. Eles têm sempre me convidado, me respeitam como representante da comunidade.

¹³⁶ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹³⁷ ATA DE PACTUAÇÃO SAÚDE INDÍGENA, 2004.

como membro do CONDISI. Então, a gente tem sido é reconhecido, é cobrado. Faz aquilo, assina aquilo, então, isso tem sido para mim, pelo menos na minha compreensão, melhor. (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).¹³⁸

Portanto, expressões como “parcerias”, “fazer junto” “ter mais acesso” e, principalmente, “construir gestão participativa”, são motes proferidos continuamente nos discursos dos representantes. Na prática, tais expressões podem ser resumidas nas possibilidades de indicação de pessoas para contratação ou de acesso a bens e serviços. E a recusa pode significar possíveis retaliações. Como exemplo, durante a permanência no campo, observou-se que, após ter sido “ignorado” pela direção do IPEAX em um encontro que tinha na pauta as prestações de conta da ONG indígena, o presidente do CONDISI passou a declarar publicamente que, em sua opinião, a conveniada já contava com recursos suficientes para realizar as ações de assistência à saúde para as populações aldeadas no Alto Xingu. Nesse mesmo período, os dirigentes da ONG indígena esforçavam-se para convencer os gestores do DSEI-Xingu, CORE/FUNASA (MT) e DESAI/FUNASA (Brasília – DF) a elevarem o teto de repasses do valor de aproximadamente R\$2.230.000,00 (dois milhões, duzentos e trinta mil reais) para R\$4.000.000,00 (quatro milhões de reais). O pleito foi posteriormente negado pelos respectivos administradores governamentais.

Percebeu-se, no decorrer da pesquisa, que a posição política dos conselheiros perante as ações desenvolvidas pelos atores sociais vinculados – tanto as instituições governamentais como as organizações conveniadas – muda de um polo para o outro, ou seja, da situação de “adversário político” para “parceiro” em um curto período de tempo. Assim, ao longo dos 20 meses de permanência em campo (intercalados), observou-se que havia, por parte tanto dos membros do Conselho Distrital e do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu, como também das lideranças e caciques, posições muito adversas e críticas à equipe que administrava o Distrito Sanitário localizado na região, em especial ao seu chefe. Todavia, antes mesmo de realizar a terceira viagem de campo, que ocorreu oito meses após a minha última estada, fui informado por um conselheiro de saúde (informante) e em seguida vi, pela imprensa televisiva, que os líderes do Alto Xingu, juntamente com as demais etnias da Terra Indígena do Xingu, prenderam alguns servidores do DSEI-Xingu e da FUNASA. Entre as exigências reivindicatórias, estava a permanência do chefe do Distrito no cargo. Mais surpreso ainda fiquei ao ler as declarações das lideranças na imprensa escrita, elogiando o trabalho do administrador à frente do DSEI.

¹³⁸ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Ao retornar ao campo, nas primeiras conversas e entrevistas, não só fui informado que o gestor do distrito, após ter sido exonerado pela FUNASA de Mato Grosso - por ocasião da nomeação de novos dirigentes da Coordenação Regional da autarquia no Estado - foi reconduzido ao cargo nos “braços” das lideranças indígenas xinguanas. Meus informantes afirmaram, ainda, que o dirigente governamental, de agora em diante, “*estava trabalhando junto com as lideranças e os Conselhos para melhorar a saúde no Xingu*”.

A ação que viabilizou a permanência desse servidor à frente do DSEI foi realizada em um encontro do Conselho Distrital no Polo Pavuru, onde estavam reunidas aproximadamente 180 pessoas, entre elas: líderes indígenas, caciques, gestores e trabalhadores das duas conveniadas, servidores do DSEI/FUNASA, conselheiros do CONDISI e dos quatro polos da TIX: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarum e Ngoiwere.

A reunião, conforme um informante, foi convocada “às pressas” para discutir e aprovar o PPA – Projeto Plurianual para o distrito sanitário. No entanto, já no início dos debates, os temas foram alterados, a pedido das lideranças indígenas presentes, restando, apenas, duas pautas: a implementação da Portaria Ministerial (2.656/2007 – Ministério da Saúde/FUNASA), que regulamenta a utilização de recursos da saúde indígena repassados pela Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) para as prefeituras municipais e a saída do chefe do distrito sanitário. Após esgotarem os debates e encaminhamentos da primeira pauta, e com a chegada do chefe do DSEI-Xingu (recém-exonerado), os trabalhos da reunião foram suspensos e os indígenas presentes resolveram “prender” os servidores do DSEI/FUNASA que lá estavam. Passaram, então, a exigir a presença dos dirigentes da CORE/FUNASA (MT) e do DESAI/FUNASA (Brasília – DF).

De acordo com uma das conselheiras do Distrito Sanitário Indígena, somente o presidente da Coordenação Regional da FUNASA – Mato Grosso veio para discutir a exoneração do chefe do DSEI e, com isso, solicitar a liberação dos servidores que estavam “presos”.

Nas palavras da líder Kamayurá:

Aí, nós falamos do chefe do DSEI, eu falei para o coordenador [Presidente da CORE/FUNASA]: qual o motivo para vocês quer tirar o chefe do DSEI, eu falei, quem pode falar de tirar ele é nós, índio, vocês não. Vocês não podem tirar sem consultar lideranças, vocês tinham que consultar primeiro liderança. Eu falei para ele que, sem saber e sem consultar ninguém das lideranças, você não pode tirar o chefe do DSEI, eu falei para o coordenador. Aí, ele falou que foi meu erro, que ele aceita. [...] porque nós não quer que ele sai, porque ele trabalha bem para nós, pra mim, todo mundo gosta muito dele. Se ele ficar, bater no índio ou matar índio, aí, nós não quer ele, a gente ia falar para ele: Ah, você está brigando com nós e está matando nós, nós ia

falar para o chefe do DSEI. Por isso que a gente não quer que ele sai, quem vai tirar é nós. Assim, sem consultar, tirar ele não, aí não aceita. (Liderança indígena Kamayurá, pajé e única mulher a compor o Conselho Local de Saúde do Polo Leonardo e o CONDISI).¹³⁹

Anterior à ação dessas lideranças no Polo-Base Pavuru, o Conselho Local de Saúde da região do Alto Xingu já havia manifestado a insatisfação com a exoneração do chefe do Distrito. Inclusive expressou esse posicionamento através de uma carta endereçada ao presidente da Coordenação Regional da FUNASA – Mato Grosso.

Para o líder Kuikuro e presidente do Conselho:

Porque a gente precisava da explicação porque ele foi exonerado, porque o chefe do DSEI sempre foi bom com a gente, porque ele leva aquela bronca das lideranças, ele nos responde, ele sempre tem paciência, ele tem explicação bom. E quando o pessoal tem dificuldade ele explica bem, por isso que quando o chefe do DSEI foi exonerado e todas as lideranças do Alto Xingu manifestou pedindo que ele permanecesse como gestor do Distrito. E assim que foi, de um susto para nós, falando do distrito aqui, já estava em planejamento de trabalho do distrito, como vai ser, assim. E aí, daqui a pouco chega a notícia que ele foi exonerado. (Liderança Kuikuru e presidente do Conselho Local de Saúde do Polo Leonardo/Membro do CONDISI).¹⁴⁰

A decisão política dessas lideranças, especialmente por parte dos membros do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu, de garantir a permanência do chefe do DSEI junto aos seus superiores, no caso, a CORE/FUNASA (MT) – DESAI/FUNASA e, conseqüentemente, terem êxito, favoreceu que alguns desses conselheiros, de imediato, tivessem maiores influências no Distrito.

Nas palavras do presidente do Conselho:

Então, o que ficou para 2008 é da gente readequar este distrito, as pessoas que a gente ver que não está funcionando, não está colaborando ou cooperando com a gente, nós vamos pedir licença para poder mandar ir embora e trazer pessoas para poder trabalhar, entender a nossa reivindicação, entender a nossa cultura, respeitar. Então, é isso que a gente quer, buscar pessoas acessíveis, compreensivas, para poder trabalhar junto com a gente. Pessoas que não vai estar em ação, ou então, vistoriar o trabalho da própria equipe da IPEAX ou da UNIFESP, a gente não quer mais, a gente não quer. Tem que ter entrosamento da equipe, da gerência, da responsabilidade sanitária, do distrito, com a conveniada. Eu acho que nesse sentido, nós vamos chegar num ponto só, que é a melhoria em qualidade do serviço de saúde. Então, assim que eu estou avaliando, melhorou bastante coisa, agora avançou muita coisa, mas em termos de pessoas para poder trabalhar mesmo e entrar nos eixos, a gente só precisa fazer isso. Eu confio plenamente que vai melhorar muito e tem que ter a participação da comunidade. Nós temos que montar a equipe também, então, na minha avaliação sobre as ações ou o trabalho do distrito, eu tenho essa avaliação. (Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI).¹⁴¹

¹³⁹ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹⁴⁰ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹⁴¹ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Na avaliação de alguns, o movimento demonstrou a força política dos grupos locais junto aos órgãos administrativos e demais atores sociais do cenário. Assim, para o presidente do conselho distrital:

Agora, mesmo com a nossa reivindicação da permanência do chefe do DSEI, a gente entende que o nosso maior ponto forte, ponto alto que o controle social atingiu foi naquele momento. Porque a gente não estava sendo mandado pela politicagem, pela armação de terceiros e outros. A gente teve realmente de avaliar como que era o trabalho do próprio chefe, porque é ele que manda na sua equipe, a gente viu a importância dele. Não foi só eu, ou então, eu manipulei, não, foi a massa mesmo, foi a própria população que fez mobilização para poder segurar o próprio chefe do DSEI no cargo. Então, foi a volta por cima, porque no meio do ano eu estava desacreditado. Então, aqui, controle social não existe. Nessa hora a gente entendeu, eu entendi a união de todos para poder segurar o chefe. E nesse sentido, como consequência disso, a gente ganha um ponto importante, né, confiança do chefe. Nós não estamos aqui à toa, nós estamos aqui para avaliar e lutar pelo que a gente entende que é melhor para a gente, para melhorar a nossa saúde. (Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI).¹⁴²

A opinião desse líder Kamayurá, ao dizer que seu mandato à frente do CONDISI “estava desacreditado”, resultou principalmente das críticas que havia recebido na reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu, ocorrida no Polo-Base Pavuru. No evento, os administradores da Coordenação Regional (CORE/FUNASA - MT) declararam categoricamente que a Portaria do Ministério da Saúde 2556/2007 (BRASIL/MS, 2007) havia resultado de mais de seis meses de debates realizados junto ao Fórum Permanente de Presidentes dos CONDISIs e havia contado, inclusive, com a anuência do fórum para a sua publicação.

Diante dessas informações, o presidente do Conselho Distrital, pressionado pelos pares presentes no encontro, assumiu publicamente que falhou em não divulgar e debater junto aos demais conselheiros e lideranças xinguanas tais questões, nem mesmo ter manifestado contrariedade nas discussões ocorridas no Fórum de Presidentes dos CONDISIs.

Além dessa, houve outras debilidades apresentadas pelo Conselho:

Agora, assim, o que é a nossa deficiência diante de tudo o que eu já falei, é fiscalizar mesmo, digamos assim. De fato, fiscalizar os recursos para onde está sendo repassado, este para mim, cara, eu estou sendo sincero, esta é uma coisa que a gente não consegue acompanhar como um todo. (Liderança indígena Kamayurá e Presidente do CONDISI).¹⁴³

¹⁴² Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹⁴³ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

As limitações apresentadas por esses Conselhos, a partir de uma expectativa assinalada pelos elaboradores da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena, já haviam sido identificadas em outros fóruns de saúde estruturados no SUS.

Carvalho (1995), ao comentar sobre as expectativas nesses espaços, assinala que os Conselhos de Saúde no Brasil, nas últimas décadas, ganharam importância de representatividades, atribuições e poderes legais que poderiam garantir aos setores da sociedade historicamente excluídos determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde. (CARVALHO, 1997). Entretanto, para Senna (1995), para que a participação institucionalizada da sociedade seja efetiva, exige-se um longo processo de amadurecimento dessas esferas de representação que, posteriormente, passa “[...] pelo fortalecimento de uma institucionalidade democrática.” (SENNA, 1995, p. 34). Assim, seria preciso ir além da simples “ocupação” do espaço institucional ou institucionalização dos grupos de interesse. Portanto, a efetivação de instâncias de participação popular não se exaure no campo político institucional, “[...] requer muito mais do que mudanças no arcabouço institucional do sistema de atenção à saúde. [...] [Requer] a existência de cidadãos não forjados a partir do Estado, mas capacitados através de conquistas de todos, isto é, da sociedade”. (PÊGO, 1993, p. 69-70)

Em aproximadamente quase uma década de sua criação, o Conselho Distrital Indígena do Xingu não contou com cursos de capacitação e formação dos seus dirigentes, previstos, inclusive, nas legislações que regulamentam a PNASPI. Segundo informantes ligados ao Conselho, as únicas discussões sobre o papel a ser desempenhado pelos membros do CONDISI ocorreram nos anos de 2000 e 2001, através de oficinas realizadas pelo Projeto Xingu – EPM/UNIFESP.

Todavia, as informações colhidas em campo dão conta de que praticamente todos os participantes da formação foram “recrutados” para atuar como servidores do distrito sanitário, ou mesmo como funcionários das conveniadas que prestavam os serviços de atenção à saúde. Com isso, os Conselhos, seja o Distrital ou os de representação local (Polo Leonardo, Polo Pavuru, Polo Diauarum e Polo Ngoiwere), conformam grandes limitações para desenvolver os papéis que lhes são atribuídos via legislação, entre eles o de desenvolver ações fiscalizatórias e influenciar na implementação de políticas públicas de saúde.

Mesmo assim, percebe-se, a partir das reuniões ocorridas no Conselho Local de Saúde do Alto Xingu (Polo-Base Leonardo Villas Bôas) – geralmente com aproximadamente cem pessoas – que esses grupos permanecem com grandes expectativas em relação às políticas de assistência à

saúde prestada pelo Estado. Ainda que fatos como o que passarei a narrar sejam considerados habituais nesses eventos.

Durante uma reunião do Conselho Local de Saúde no Polo-Base Leonardo, após cinco dias de intensas discussões sobre o tema “saúde” e a aprovação de diversas propostas, o chefe do Distrito Sanitário do Xingu, chegando ao evento poucas horas antes do seu encerramento, proferiu a seguinte frase: *“Nós temos também a obrigação de estar dando o apoio aos nossos parceiros que são os conveniados, apoio ao conselho, apoio às decisões tomadas aqui. É claro que vai ser filtradas estas decisões e a que for melhor para a comunidade, a gente vai acatar”* (Chefe do DSEI-Xingu).¹⁴⁴

A atitude de ignorar as reivindicações discutidas e aprovadas nos fóruns construídos e legitimados pelo próprio Estado parece ser uma prática comum nesse Distrito. A elaboração do Plano Distrital¹⁴⁵ para o ano de 2005/2007 serve de exemplo dessa opinião. Esse instrumento, conforme legislação contida na PNASPI, estabelece, para os anos seguintes, as programações, metas, prazos e orçamentos para cada ação a ser implementada pelo DSEI e conveniadas e deve ser “[...] construído coletivamente com a comunidade e, após os debates, ser aprovado no Conselho Distrital” (FUNASA, 2002). No entanto, na prática, esse instrumento tornou-se um documento burocrático elaborado por técnicos do DSEI/FUNASA, com informações pouco compreensíveis aos que não têm domínio sobre dados epidemiológicos.

Muitas das limitações na feitura e implementação do instrumento de planejamento do DSEI-Xingu foram observadas também em outros Distritos Sanitários: fragilidade das equipes técnicas dos DSEIs; necessidades ou prioridades expressas na forma de atividades propostas pelos DSEIs com custos superiores ao orçamento disponível; não incorporação, pelos DSEIs, dos indicadores propostos pelo DESAI; preenchimento incompleto dos Quadros/Roteiro; número elevado de atividades de capacitação; construção do Plano de forma burocratizada - isolada (por um técnico) ou fragmentada (cada técnico fica responsável por uma parte e, ao final, juntam-se as

¹⁴⁴Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde do Polo Leonardo, em março de 2007.

¹⁴⁵O Plano Distrital tem como objetivo planejar as ações de atenção à saúde indígena no âmbito dos DSEIs. É composto, inicialmente, por uma apresentação que contém o nome do DSEI, período de vigência do plano e aprovação do CONDISI ou do Conselho Local; aspectos socioeconômicos, culturais e antropológicos; situação de saúde do DSEI; o mapa do DSEI que contém dados geográficos de infraestrutura de saúde, entre outras informações; descrição da operacionalização das ações de saúde; objetivos: geral e específicos das metas do plano distrital; metodologia e descrição das metas; monitoramento e avaliação das ações de saúde por meio de indicadores de processo; orçamento; informação de saneamento básico por comunidade; informações sobre a existência no DSEI de infraestrutura, meio de transporte e equipamentos; relação de bens, móveis, utensílios e meios de transporte a serem adquiridos; informação a respeito de obras civis e de saneamento a serem executadas; quadro demonstrativo de responsáveis pela execução e recursos orçamentários; e o cronograma de execução das ações programadas. (MARQUES, 2002).

partes); uso desvirtuado do Plano – o plano é só instrumento técnico e não pode ser instrumento de avaliação/controlado ou reivindicação. (CEBRAP, 2009)

Mesmo assim, é comum ouvir nos discursos proferidos pelas autoridades sanitárias ligadas aos DSEIs/FUNASA que os Planos são “frutos de debates democráticos” realizados junto aos usuários indígenas, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e agentes do governo. Outra retórica comum a esses discursos é declarar que, após aprovação nos conselhos deliberativos, a proposta do Plano Distrital torna-se “lei” e, posteriormente, é executada. Diante de tais asseverações, criam-se, entre os usuários indígenas, grandes expectativas.

Esses mesmos gestores governamentais, ao se verem cobrados pelos líderes locais, usuários e trabalhadores da saúde pelo cumprimento daquilo que “virou lei”, esquivam-se, com a justificativa de que os DSEIs não possuem autonomia administrativa e financeira, transferindo, assim, a responsabilidade para outra esfera governamental, no caso a Coordenação Regional (CORE/FUNASA), ou para o Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA - em Brasília (DF).

Em relatório recente realizado por diversos pesquisadores ligados ao CEBRAP - *“Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena”*- concluiu-se que a pequena autonomia dos DSEIs, a sua dependência administrativa em relação às Coordenações Regionais (COREs/ FUNASA) e a centralização de decisões na instância central da FUNASA (DESAI e Presidência) causariam uma débil articulação entre os fluxos de recursos, de planejamento e de avaliação dentro da PNASPI. Segundo o relatório, os recursos são distribuídos através de três fluxos controlados por diferentes autoridades: o poder de contratação sobre os serviços administrativos e parte dos serviços de Saúde corre pela linha de comando das COREs, enquanto outra parte do poder de contratação de serviços vai diretamente da diretoria da FUNASA para os prestadores contratados. Há, ainda, uma terceira linha de financiamento, que vai do Ministério para as prefeituras. Essa multiplicidade de fluxos, na avaliação dos técnicos do CEBRAP, tem diluído as linhas de autoridade, dificultando tanto a coordenação quanto o controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelo subsistema. Contribui também “[...] para fragilizar as autoridades do subsistema, comprometendo sua capacidade de articular parcerias, monitorar o desempenho dos diferentes agentes envolvidos na prestação de serviços e tomar medidas corretivas, comprometendo o desempenho do subsistema de saúde indígena”. (CEBRAP, 2009, p. 84)

Ainda de acordo com o relatório, a análise das relações intersetoriais e intrasetorial aponta para um quadro institucional complexo, em que várias organizações estatais, públicas, agências de cooperação e ONGs devem se coordenar para garantir o adequado funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena:

Um bom exemplo dessa complexidade é dado pelo planejamento distrital feito a partir do Plano Distrital. Trata-se de responsabilidade da equipe do DSEI que, após receber orientações e diretrizes do DESAI, deve pactuar o Plano com o Conselho Distrital e submetê-lo ao DESAI, que deverá avaliá-lo. O DSEI deve, após receber a aprovação do plano pelo DESAI, implantá-lo. Esse Plano define o conjunto de atividades a serem realizadas no distrito pelas equipes multidisciplinares de saúde assim como pela CASAI. A implementação do plano depende de insumos e medicamentos que terão que ser comprados pela CORE e pelo nível central da FUNASA, assim como de capacitações, algumas das quais são organizadas pelas equipes locais e outras que são planejadas a partir de Brasília. A efetiva implementação do Plano Distrital depende, portanto, da coordenação de ações técnicas e administrativas tanto da comunidade e no nível distrital, quanto do municipal e federal. O modelo de organização definido pelo subsistema não promove, no entanto, essa coordenação, pois há duplicação e dispersão tanto de responsabilidades, quanto de autoridade. (CEBRAP, 2009, p. 85).

Nesse contexto, os mecanismos de controle social são, por sua vez, “[...] frágeis e não têm se mostrado capazes de concretizar a incorporação de suas críticas e sugestões seja ao processo de elaboração dos Planos Distritais e às rotinas do subsistema, seja às diretrizes mais gerais dessa política” (CEBRAP, 2009, p. 85). Ainda para os pesquisadores ligados ao CEBRAP, o controle do subsistema fica dependente, sobretudo, dos controles técnicos e administrativos que têm sido responsáveis pela excessiva burocratização do subsistema. Ou seja, as instâncias de avaliação e controle que deveriam monitorar e estimular o bom funcionamento do subsistema são ainda, basicamente, instâncias de controle administrativo, “[...] enquanto o controle social e o controle por pares, que são importantes instrumentos para gerar incentivos e motivação para que os agentes melhorem seu desempenho, estão sendo construídas e são ainda bastante incipientes”. (CEBRAP, 2009, p. 85).

A implementação de políticas públicas para os grupos aldeados – no caso a política sanitária – promove o encontro de culturas distintas, com diferentes campos semânticos e, nesse caso, de forma hierarquizada. Segundo Cardoso de Oliveira (2000b), ao colocar frente a frente

representantes do Estado e lideranças das comunidades indígenas, “[...] a grande dificuldade é a identificação de interlocutores possíveis no interior do campo indígena. Quem representa quem?” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2002b, 222).

Esse diálogo interétnico será sempre permeado de dificuldades e “[...] sem a consideração dessas dificuldades dificilmente poderão surgir práticas indigenistas suscetíveis de viabilizar esse diálogo” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2002b, p. 222). Dentre as dificuldades apontadas pelo autor, a principal é “[...] o comprometimento do diálogo pelas regras do discurso hegemônico; a saber, em se tratando das relações índio e não-índio, a hegemonia das regras institucionalizadas do discurso do pólo dominante sobre o pólo dominado, do não-índio sobre o índio”. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000b, p. 224).

Na relação entre o Estado e os Povos Indígenas, mesmo se formada uma comunidade interétnica de comunicação e de argumentação e que pressuponha relações dialógicas democráticas (pelo menos na intenção do polo dominante):

O diálogo estará comprometido pelas regras do discurso hegemônico. Essa situação somente estaria superada quando o índio interpelante pudesse, através do diálogo, contribuir efetivamente para a institucionalização de uma normatividade inteiramente nova, fruto da interação havida no interior da comunidade intercultural. Em caso contrário - para falarmos como Habermas - persistiria uma espécie de "comunicação distorcida" entre índios e não-índios, comprometedora da dimensão ética do discurso argumentativo. Porém, na ausência de uma nova normatividade, teoricamente possível, mas de difícil realização na prática (pelo menos diante da realidade atual não só no Brasil, mas no mundo), o horizonte não está de todo sombrio se considerarmos a probabilidade do domínio do discurso hegemônico pelo pólo dominado da relação interétnica. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000b, p. 226 – Itálico e aspas no original).

Em estudos recentes que discutem o *contato* dos povos indígenas com o “homem branco”, sobretudo na região da Amazônia, os autores Alcida Ramos (1990; 1998; 2002); Bruce Albert (1995; 1997; 2002a; 2002b); Dominique Tilkin Gallois (2002) e Maj-Lis Follér (2004) utilizam-se dos mesmos conceitos de Pratt (1992): “zona de contato” e Cardoso de Oliveira (2000b): “diálogo interétnico”, para descreverem o *encontro*. Contudo, esses autores invertem as “situações de contato” e enfocam a construção do colonizador e da etno-história dos europeus por parte dos índios. Assim, o espaço em que questões culturais são negociadas entre o colonizador e o colonizado é considerado ambivalente. Portanto, as influências também vêm dos atores indígenas que estão longe da passividade, ao contrário, possuem agência social, novas formas de conhecimento e estratégias que os possibilitam ter novas estruturas políticas e sociais.

Nessa conjuntura: com organizações indígenas na Amazônia apresentando formas coletivas de mobilização e orientadas por estratégias políticas de “retomada iniciativa” (BALANDIER, 1963) e de reconquista de autonomia social, econômica e territorial, Albert (2002b) sugere, mesmo, dispensar o conceito de “resistência” nas análises empreendidas atualmente sobre o *encontro* entre povos indígenas e atores institucionais: “[...] podemos hoje dispensá-la, quanto mais não seja porque sua conotação de militância vicária se tornou deslocada em tempos de proliferação das organizações indígenas” (ALBERT, 2002b, p.15). Para o autor: “[...] já é tempo de nos livrarmos de uma vez por todas da noção de resistência, sobretudo, pelo efeito de realidade que ela parece conferir a seu oposto, ou seja, a suposição de existir algo como uma “submissão cultural” (ALBERT, 2002b, p.15).

Portanto, as novas interpretações desse contato precisam superar a oposição resistência/submissão: “Nenhuma sociedade, desde que consiga sobreviver, pode deixar de capturar e transfigurar em seus próprios termos culturais tudo que lhe é proposto ou imposto, até nas mais extremas condições de violência e sujeição, independentemente de qualquer confronto político (guerra, rebelião ou protesto)” (ALBERT, 2002b, p. 15).

O *encontro* ocorrido em Mato Grosso entre gestores estatais e líderes indígenas para a implantação da “nova política sanitária” talvez corrobore esse entendimento. Nesse estado, a autarquia deu início à implementação da política pública, apesar de “desacordos” e “oposições” por parte dos líderes indígenas, principalmente por não terem sido realizados debates nas aldeias sobre a estruturação e a organização do modelo de assistência proposto e também porque a FUNASA decidiu, em uma única reunião realizada em Cuiabá, sem representantes de alguns grupos étnicos, o número de distritos a serem implantados. Contudo, a resistência dos grupos xinguanos localizou-se especialmente na transferência da responsabilidade da gestão sobre a saúde indígena exclusivamente para a FUNASA, excluindo-se, assim, a FUNAI. Essa mudança, além de enfraquecer o órgão indigenista, com quem os líderes locais “estavam acostumados” e “tinham uma relação boa”, colocou novos atores institucionais no controle político sobre os recursos da saúde. Isso obrigou-os a iniciar diálogos e construir novas alianças que possibilitassem a interferência na forma dos gastos dos recursos da política pública, o que não levaria muito tempo para se concretizar.

No contexto, os espaços de controle social criados a partir da implementação da PNASPI são ressignificados pelos grupos alto-xinguanos que atualizam sua forma de fazer política.

Mesmo com as contradições contidas no modelo para essas representações, os líderes locais readaptam, ajustam-se e constroem alternativas que permitem, por exemplo, que suas reuniões tenham um número muito maior de participantes com direito a voz e voto que o institucionalizado na política pública.

Também se utilizam desses espaços ora para realizar duras críticas e pressionar os gestores, sejam governamentais, sejam das conveniadas, ora para elogiá-los e construir novas parcerias, novas alianças políticas que possibilitem o controle sobre os recursos da saúde e, conseqüentemente, aquisições de bens e serviços para suas comunidades. Contudo, mesmo operando a partir da institucionalidade e burocracia para alcançar seus objetivos – seja com organizações indígenas atuando como terceirizadas do Governo Federal, seja nos encaminhamentos políticos construídos em reuniões dos Conselhos – os grupos aldeados, ao notarem limitações do dissenso na esfera institucional, recorrem a outras táticas de pressão, estranhas até então na Terra Indígena do Xingu, como o “sequestro” de servidores estatais para garantir a permanência da chefia do DSEI-Xingu no cargo¹⁴⁶.

Outro movimento percebido relaciona-se à emergência de um discurso político pelos líderes locais, com a utilização de termos e frases como: “autonomia”; “autogestão”; “fazer parceria”; “construir juntos”; “dividir os problemas e solucionar juntos”; “participação da comunidade”; “controle social”; “entender nossa reivindicação”; “respeitar nossa cultura”; e, etc.– que divulgam falas político-reivindicatórias. Longe de ser mera retórica de circunstâncias, passaram a ser o meio de simbolização intercultural adequado à expressão e à validação de uma visão do mundo e de um projeto político dos grupos na cena colocada pela nova agência estatal.

Segundo Albert (2002), há, entre a maioria dos grupos amazônicos, a busca de dispositivos estratégicos de tradução para construir a história presente de cada povo. Assim como a retórica jurídica e territorial do Estado, esses discursos abrem os espaços políticos e simbólicos de uma “resistência mimética” exercida num campo de forças interétnico sem muitas alternativas.

Portanto, esses discursos políticos encontram sua coerência a partir dos quadros discursivos que lhes são impostos pelas ideologias indigenistas (do Estado e das ONGs) e o exercício dessa intertextualidade cultural realiza-se por meio de mecanismos simbólicos e semânticos específicos (ALBERT, 2002). Assim, deve-se notar que o contexto interétnico desses

¹⁴⁶ A manutenção de agentes públicos em “cárcere privado” para garantir conquistas em suas lutas reivindicatórias é uma estratégia antiga entre vários grupos indígenas no país. Entretanto, não conseguiu-se encontrar em bibliografia e matérias na imprensa registros de ações semelhantes realizadas anteriormente pelos alto-xinguanos.

discursos neológicos induz uma visada estratégica que redireciona suas referências cosmológicas para uma leitura de legitimação política. Com o movimento, os militantes indígenas desenvolvem uma simbolização política complexa e original, que passa ao largo do labirinto de imagens dos índios, construído tanto pela retórica indigenista do Estado quanto pela de seus próprios aliados. Tal leitura apoia-se na lógica dos desafios da etnicidade colocados aos grupos indígenas.

Albert (1995; 2002), inspirado em Sahlins (1988), afirma que a emergência dos discursos políticos indígenas opera num horizonte lógico e estratégico de negociação intercultural e que, portanto, eles afetam tanto as categorias indígenas como as categorias emprestadas dos brancos. Para o autor, essa microfísica linguística, instaurada pela comunicação e pela política interétnica, tende, assim: “[...] a produzir fórmulas semânticas de meio termo, cuja dialética ao mesmo tempo contorna e reafirma as incompatibilidades simbólicas em confronto; fórmulas nas quais a tradição tanto ajusta os empréstimos à sua lógica quanto é, ela mesma, modificada por eles”. (ALBERT, 2002, p. 263).

A constatação dessa “[...] interdependência produtiva entre cosmologia e etnicidade liberta a análise dos fenômenos de inovação cultural do maniqueísmo das antinomias que habitualmente a esterilizam (assimilação *versus* resistência, aculturação *versus* tradição, manipulação *versus* autenticidade, etc.)” (ALBERT, 2002, p. 263). Ainda para o autor, a criatividade política dos líderes de contato na Amazônia indígena remete a um espaço de relações e referências interétnicas por definição. Seu projeto de reprodução cultural e de registro simbólico da história em curso só tem sentido no bojo dessas novas totalidade e intertextualidade sociais. (ALBERT, 1995; 2002)

Cabe anotar que a emergência do discurso político indígena de sua especificidade social surgiu a partir de 1970 dentro do quadro de ameaças sobre seus territórios - sobretudo na Amazônia brasileira - em curso pela política em grande escala de ocupação demográfica, de desenvolvimento econômico e de redistribuição espacial promovida pelo Estado (abertura de malhas viárias, construção de hidrelétricas, criação de programas de colonização, atração de grandes investimentos nos setores mineral, agropecuário e florestal, etc.). A partir desse espaço regional em gestação, os grupos sociais ameaçados pelas novas formas de apropriação engajaram-se em movimentos de resistência baseados nas reivindicações de reservas territoriais, “contra espaços” (ALBERT, 2002a) diferenciados no interior da fronteira (terras indígenas, reservas extrativistas, etc.). O discurso reivindicativo dessa territorialidade local constrói-se em

referência ao quadro jurídico e administrativo imposto pelo Estado. Dessa maneira, a identidade social e política dos grupos que veiculam esse discurso na cena nacional forja-se no campo de forças e categorias desse quadro: “A apropriação indígena desse horizonte legal, imposto e transgredido pelo avanço da fronteira, é um mecanismo essencial na formação das “etnias” da Amazônia atual e de sua organização política”. (ALBERT, 2002a, p. 240).

É a incorporação do discurso do Estado que fundamenta a etnicidade genérica e jurídica que os povos indígenas reivindicam, ao se referirem à sua condição de expropriados. No contexto, a inscrição de seu projeto de continuidade social diferenciada dentro do debate político nacional “[...] só é culturalmente possível a partir de tal registro¹⁴⁷, registro esse que permite a mobilização de alianças e movimentos de opinião favoráveis no seio da sociedade dominante a fim de contrabalançar a pressão dos interesses econômicos sobre suas terras”. (ALBERT, 2002a, p.240).

Paralelamente, a retórica indigenista dos aliados do movimento indígena (Igreja, ONGs, missionários, antropólogos, etc.) e a representação de suas lutas na mídia mundial tiveram um efeito catalisador decisivo, tanto no desenvolvimento quanto nas formas de expressão dessa autoafirmação étnica. Entretanto, Albert (2002a) chama a atenção para o fato de que seria um erro reduzir esse fenômeno apenas aos efeitos ideológicos que perpassam pelo discurso dos índios, como se eles fossem, “por natureza”, ventríloquos oportunistas. Na opinião do autor, o fenômeno dar-se-ia:

Ao contrário, nos interstício das formas canônicas da etnicidade, os novos representantes indígenas desenvolvem uma simbolização política complexa e original que passa ao largo do labirinto de imagens dos índios construídos tanto pela retórica indigenista do Estado quanto pela de seus próprios aliados. Mesmo estreitamente articulada ao referencial emblemático da indianidade genérica, essa simbolização nunca se reduz a ela, mantendo sempre a especificidade cultural de cada grupo indígena. Não esqueçamos também que, dentro de cada uma das sociedades que esses líderes representam, existem abordagens diferentes (variações regionais) ou até antagônicas (facções políticas, indivíduos bilíngües *versus* monolíngües, tradicionalistas *versus* “empresários”, líderes *versus* seguidores) quanto à maneira de analisar a situação de contato e reagir a elas (ALBERT, 2002a, p. 241 – Itálico no original).

Ainda para o autor, seria simplista considerar a gênese das etnicidades contemporâneas na Amazônia sob a luz de uma teatralidade alienada ou cínica. Elas resultariam de todo um processo político-cultural de adaptação criativa que gera as condições de possibilidade de um campo de

¹⁴⁷ Ao contrário das formas de resistência anteriores a esta fase de territorialização da fronteira (fuga, guerra ou messianismo).

negociação interétnica em que o discurso colonial possa ser contornado ou subvertido. Portanto, a intertextualidade cultural do contato nutre-se tanto dessa etnopolítica discursiva quanto das formas retóricas (negativas ou positivas) pelas quais os brancos constroem “os índios”. Porém, ela não se limita apenas às imagens recíprocas de índios e brancos. A autodefinição de cada protagonista alimenta-se não só da representação que constrói do outro, mas também da representação que esse outro faz dele: “[...] a auto-representação dos atores interétnicos constrói-se na encruzilhada da imagem que eles têm do outro e da sua própria imagem espelhada no outro” (ALBERT, 2002a, p. 241).

O discurso político reivindicatório dos Povos Indígenas a partir de sua “especificidade social” encontrou um Estado brasileiro em dificuldades para: “[...] definir o campo político no qual pode-se inserir a questão indígena” (DURHAM, [1982] 1983, p.12). Portanto, na avaliação de Durham, a relação dessas populações com o Estado nacional comporta algumas confusões quanto à natureza desses atores. Historicamente o indigenismo brasileiro estabeleceu um caráter paternalista, ao mesmo tempo em que o Estado assumiu decisões contrárias ao benefício dos seus tutelados. Por outro lado, examina a autora, as sociedades indígenas “perdem-se” entre a conjugação dos direitos particulares como sujeitos diferenciados e a demanda pelo direito universal, portanto, de cidadãos brasileiros. Tal situação deixa os indígenas sem um lugar específico dentro da sociedade nacional, transformando-os em “indigentes”, nos mais pobres entre os pobres, condição a partir da qual o Estado dialoga. Para Alcida Ramos (1998, p. 18): “[...] a insistência legal no status dos índios de relativamente incapazes deriva da noção de que os índios necessitam de proteção por serem mal-equipados para a vivência na sociedade moderna”. Ramos (1998) chega a caracterizar a política oficial brasileira em relação aos índios como "esquizofrênica", em virtude das disparidades observadas entre as instâncias executiva e legislativa. Destaca, de um lado, a sensibilidade dos legisladores para as diferenças culturais e étnicas, tendo produzido proteção legal para os direitos indígenas; de outro, agentes executivos, como os administradores da FUNAI, governadores, ministros e presidentes da República, têm tentado solapar os efeitos das leis pró-indígenas. Um caso ilustrativo de uma dessas tentativas é o decreto de emancipação do Ministro do Interior Rangel Reis, de 1978, que propunha a absorção dos índios na sociedade nacional. Ramos reúne evidências da época, mostrando que se tratava de uma tentativa de dar à FUNAI poder de pôr fim ao estatuto especial dos índios e, dessa forma, dismantelar o direito às reservas indígenas.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 originou avanços extremamente importantes para reconhecer o caráter pluriétnico da nação brasileira, garantindo-se aos povos indígenas - entre outras conquistas - o direito à terra como direito “histórico” (primário), e a necessidade de o Estado brasileiro substituir o discurso/prática paternalista e assimilacionista mantido junto a esses Povos, até então, por uma nova forma de visão e contato – dos “cidadãos etnicamente diferenciados” (BRAND, 2002, p. 31). Após duas décadas da promulgação da Carta Magna, esse diálogo vem sendo construído dentro de um contexto bastante particular, no qual as instituições debatem-se entre a eficácia do Estado – representada na lógica liberal de minimizá-lo – e a lógica de uma regulação democrática dos direitos sociais. Tal conjunção faz com que alguns dos critérios listados por Durham (1982) e Ramos (1998) continuem sendo válidos.

O novo contexto constantemente apresenta mudanças conjunturais que colocam para os Povos indígenas novas situações que necessariamente exigem respostas dos grupos. Assim, conforme se anotou acima, após cinco anos de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) pelos Distritos Sanitários (DSEIS/FUNASA) e instituições conveniadas, o Governo Federal, a partir de 2005, passou a responsabilizar também alguns municípios com repasses volumosos de recursos financeiros para desenvolverem ações e serviços de saúde junto aos usuários aldeados. Com isso, os líderes indígenas depararam-se com novos atores institucionais – prefeitos, vereadores, secretários e conselheiros de saúde municipal e estadual – com o propósito de construir diálogos e identificar possíveis alianças para determinar os rumos dos recursos recebidos. Os primeiros movimentos desse novo momento já foram realizados, conforme se apresenta a seguir.

3.3 – Os líderes indígenas e o exercício da política junto aos municípios: “conflitos”, “dilemas” e as “alianças possíveis”

De acordo com a legislação brasileira, a participação das lideranças indígenas para influenciar nos rumos da gestão dos recursos da saúde no âmbito dos municípios ocorre nas mesmas condições garantidas aos demais cidadãos do país. Conforme a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a “participação da comunidade” dentro do âmbito do Estado está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde, definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, compostos por diferentes grupos sociopolíticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. (BRASIL/MS, 1990).

Para Carvalho (1995; 1997), esses Conselhos de Saúde – municipal, regional, ou nacional – promovem a ampliação do espaço de comunicabilidade política e a incorporação ao âmbito estatal de diferentes grupos sociais, com o fim de assegurar políticas de saúde universais, e constituem espaços deliberativos, investidos de poder de governo. Ainda para a autora, esses espaços devem ser “[...] vistos como lócus institucionais capacitados a determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde” (CARVALHO, 1997, p. 104). Outro propósito defendido por Carvalho (1995) é de que o papel do controle social no setor de saúde deve ir além do forte caráter fiscalizatório gerado dentro do processo de (re)democratização do país. Dessa forma, os atores sociais envolvidos nesses espaços devem adquirir menos o papel de “impedir o Estado de transgredir” e mais induzi-lo na forma de gestão dos recursos públicos (CARVALHO, 1995, p. 28).

Na região do Xingu, as prefeituras que recebem os recursos do SAS/MS para a assistência à saúde das populações indígenas ainda não haviam incorporado esses atores sociais em seus Conselhos de Saúde. Em municípios como Gaúcha do Norte e Canarana, havia vagas reservadas especificamente a esses usuários, dentro do Conselho de Saúde. Contudo, a vaga de Gaúcha do Norte estava sendo ocupada por um funcionário da prefeitura que atua no apoio aos indígenas que demandam assistência à saúde. E no caso de Canarana, estava sendo ocupada por um funcionário do DSEI-Xingu, no caso, o próprio chefe do distrito sanitário especial indígena.

Em Gaúcha do Norte, o secretário de saúde chegou a argumentar que: *“Mesmo não sendo índio, nem morador de aldeia, o fato dele ser casado com uma índia, lhe garante toda a*

legitimidade para ocupar esse espaço [vaga de representação indígena no Conselho Municipal de Saúde]”.¹⁴⁸

Em Querência, Marcelândia e Sinop, os Conselhos de Saúde municipais não contam com assentos destinados aos Povos Indígenas. Contudo, os gestores de saúde dos municípios de Querência e Marcelândia foram enfáticos ao explicitar que, brevemente, os regimentos dos Conselhos serão alterados, permitindo incorporar os representantes dos grupos aldeados da região. Por outro lado, o secretário de saúde de Sinop declarou que não via a necessidade de que tivessem assento no Conselho.

Mesmo excluídos dos Conselhos de Saúde dos municípios, as lideranças indígenas, juntamente com os conselheiros de saúde aldeados, têm realizado, tanto na área indígena como também nas próprias sedes administrativas, reuniões com gestores das secretarias de saúde e do próprio executivo municipal.

Um dos objetivos dessas reuniões é “orientar” como os recursos oriundos da SAS/MS devem ser aplicados. Assim, um dos gestores municipais declarou que a decisão sobre as aquisições realizadas pela prefeitura: “[...] é feita com a solicitação dos caciques, entendeu, são feitas reuniões e eles, as lideranças, vão determinando quais são as prioridades. Então, eles fazem as prioridades, se querem um barco ou um rádio, um posto de saúde, então, são as lideranças que vão decidir”.¹⁴⁹

O período de permanência no campo permitiu perceber que alguns gestores municipais constroem alianças com as lideranças indígenas, inclusive com a preocupação de manter os repasses recebidos, ou mesmo com o propósito de ampliá-los. O município de Marcelândia, por exemplo, no decorrer do ano de 2005, recebeu um valor de aproximadamente R\$34.100,00 (trinta e quatro mil e cem reais) por mês para ser aplicado na melhoria da atenção à saúde dos povos indígenas aldeados na região, totalizando, ao final do ano, R\$409.200,00 (quatrocentos e nove mil e duzentos reais). No ano seguinte, esses repasses mensais permaneceram até abril, a partir de quando ocorreu um decréscimo significativo para o valor mensal de R\$15.500,00 (quinze mil e quinhentos reais)¹⁵⁰. O secretário de saúde explicou a redução dos recursos:

É que, através das próprias lideranças, que eles fizeram uma reunião e por uma maioria, porque tudo que eles fazem é através de consulta às lideranças e estas lideranças ficavam mais próximas de São José [do Xingu] e a minoria ficava no

¹⁴⁸ Secretário Municipal de Saúde de Gaúcha do Norte. Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁴⁹ Secretário municipal de Saúde de Gaúcha do Norte - Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵⁰ Fonte: BRASIL/MS (Ministério da Saúde - Fundo Nacional de Saúde) 2004 - 2007. Transferência fundo a fundo: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde para Secretarias Municipais, 2004; 2005; 2006; 2007.

município de Marcelândia. Então, eles pediram para que os recursos que viriam para Marcelândia deveriam ir para São José [do Xingu], porque ficava mais fácil para eles irem a São José [do Xingu]. Só que a minoria que ficava mais próxima a Marcelândia e nós passamos a receber três vezes menos, aí, essa minoria ficou prejudicada. E quando eles vinham aqui, nós começamos a colocar que, em alguns itens, nós não vamos mais atender vocês, porque vocês passaram para São José [do Xingu] atender. Aí, eles colocaram que ficou muito difícil pela distância que ficou. Aí, estas próprias lideranças mais próximas a Marcelândia fizeram uma reunião e fizeram uma ata e mandaram para a FUNASA, pedindo o retorno do convênio. Então, o convênio tinha sido suspenso com relação ao sistema de acesso. (Secretário municipal de saúde de Marcelândia).¹⁵¹

Na percepção de alguns líderes da região, esse “problema” ocorrido no município de Marcelândia foi positivo, pois, a partir do episódio, os gestores do município passaram a dar mais atenção aos encontros e reivindicação dos grupos aldeados. Segundo seu julgamento, foi uma demonstração de força política dos índios do Xingu¹⁵².

Ainda como consequência desse episódio, na avaliação de um informante militante do CONDISI-Xingu, os gestores do município de Marcelândia decidiram construir, às margens do Rio Suyá-Missú, algumas casas, com a finalidade de alojar os usuários indígenas que demandavam a assistência à saúde. Conforme o gestor municipal de saúde, essas casas resultaram de um convênio do município com o governo do estado de Mato Grosso e servem para a acomodação dos usuários indígenas. Também se realiza “[...] *consulta eletiva, onde pudesse fazer tipo uma pré-seleção, um pré-diagnóstico daqueles que teriam que vir para o hospital, só que atenderíamos lá*”.¹⁵³

A busca de construir alianças políticas com as populações aldeadas na TIX não era exclusividade dos gestores de Marcelândia. No município de Gaúcha do Norte, por exemplo, as proximidades entre o grupo político que administra a unidade da federação e as lideranças indígenas ocorrem desde o ano de 2004. Nesse período, a atual gestão do executivo municipal foi eleita com apoio dos grupos locais aldeados que, ao mesmo tempo, conseguiram eleger um vereador indígena oriundo da aldeia Mehinaku.

De fato, nessa região, os moldes de relacionamentos entre a gestão municipal de Gaúcha do Norte e os líderes alto-xinguanos fogem dos padrões observados em outros municípios. Observa-se, por exemplo, que as secretarias de saúde e educação dessa prefeitura contam com pessoas indicadas pelos indígenas para atuarem na elaboração e execução de políticas públicas.

¹⁵¹ Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵² Membro do CONDISI-XINGU - Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵³ Secretário municipal de Saúde de Marcelândia. Entrevista concedida em março de 2007.

A administração municipal conta, também, segundo a opinião dos conselheiros de saúde do Alto Xingu, com melhores avaliações sobre os serviços de saúde ofertados na região. Esses informantes descrevem, inclusive, como ocorre o atendimento e demais procedimentos ofertados aos grupos. Os agentes indígenas passam por rádio amador um recado para os profissionais de saúde da cidade, informando a necessidade de consulta e marcando o horário em que os usuários chegarão ao Porto do Rio Kuluene – distante aproximadamente duas horas de carro. Ao chegar ao Porto, são recebidos por dois funcionários da secretaria municipal de saúde, um indígena e um caraíba – casado com uma índia xinguanas e membro do Conselho Municipal de Saúde na vaga destinada aos indígenas. Depois são transportados em ambulância até o hospital e durante a permanência do paciente/familiares até o seu retorno ao Porto, obrigatoriamente os agentes da secretaria de saúde os acompanham para colaborar na tradução da língua e, ao mesmo tempo, nos trâmites necessários: seguir a consulta, a feitura de exames, a retirada dos medicamentos na farmácia hospitalar e, caso necessário, garantir a hospedagem e a alimentação.

Além dessas ações, alguns grupos receberam da secretaria municipal de saúde de Gaúcha do Norte: barco, motor de popa, rádios comunicadores, armários para armazenar medicamentos, inaladores, balanças de pesagem, medicamentos e também um prédio que sedia o posto de saúde dentro da aldeia Aweti.

Por outro lado, pareceu-nos que há municípios em que os líderes locais têm um reduzido poder de intervenção sobre a gestão dos incentivos destinados à assistência à saúde. É o caso do município de Canarana, que mantém, no Conselho de Saúde, na vaga destinada aos Povos Indígenas, o chefe do distrito sanitário do Xingu. O gestor de saúde afirmou que, nos dois anos de sua gestão à frente da secretaria, jamais havia dialogado com as lideranças xinguanas, ou mesmo participado de reunião promovida por esses grupos para discutir qualquer questão relacionada à saúde. Na entrevista que nos concedeu, o administrador demonstrou desconhecer, inclusive, o número de habitantes indígenas, ou mesmo os grupos étnicos aldeados no território de seu município.

Nesse contexto, além dos líderes indígenas, havia outros atores sociais que influenciaram na forma de aplicação dos recursos recebidos pelos municípios da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, entre eles os gestores do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Entre as reivindicações desse Distrito aos gestores municipais estava, principalmente, a contratação de servidores, posteriormente cedidos ao DSEI. Outras solicitações incluíam:

aquisição de combustível, passagens de ônibus de linha, medicamentos, serviços de ambulância, etc.

Contudo, mesmo sediados administrativamente na mesma cidade, Canarana, a Secretaria de Saúde e o DSEI do Xingu não contavam com ações conjuntas – educativas ou assistenciais – com os grupos indígenas locais. Nas palavras do gestor municipal de saúde:

Inclusive, eu acho que a secretaria [municipal de saúde] e o chefe do DSEI-Xingu precisam ter uma aproximação maior, eu sempre falo com ele, mas sempre é coisa relâmpago, um pede, resolve um problema aqui ou ali. Mas a gente nunca sentou para fazer uma estratégia de onde nós vamos atacar, quais os principais problemas. Então, eu acho que seria muito importante isto. A gente se fala, mas nunca sentamos para discutir a fundo a questão da saúde indígena. (Secretário municipal de saúde de Canarana).¹⁵⁴

Ao ser inquirido sobre possíveis parcerias com esse distrito sanitário, ele informou:

Com a FUNASA [DSEI-Xingu], nós temos uma parceria. A doutora [cedida ao DSEI/CASAI] é paga com esses recursos, e eu teria que pedir no recursos humanos da prefeitura [informações] porque tem muitas pessoas que atuam à disposição da FUNASA e são pagas com os recursos que nós recebemos da FUNASA nacional. Porque os recursos que recebemos da FUNASA para a prefeitura são exatamente para isso, para melhorar nossos espaços físicos, para melhorar a qualidade de nossos profissionais, a qualificação dos nossos profissionais e pagar os funcionários que prestam serviços para a FUNASA. Na próxima segunda-feira, a prefeitura provavelmente irá contratar mais uma profissional que, em parceria com a FUNASA, irá atuar no laboratório deles e será paga com o recurso da parceria com a FUNASA. (Secretário municipal de saúde de Canarana).¹⁵⁵

Diante da mesma indagação, o chefe do DSEI-Xingu opinou:

A gente tem uma parceria muito boa com os municípios que recebem esse incentivo da SAS, do convênio da SAS. Então, eles têm, tipo assim, em Canarana, os profissionais, todos que trabalham na CASAI são todos contratados com esse recurso. Em Gaúcha [município de Gaúcha do Norte] a maioria do pessoal da Gaúcha que atende no Polo Leonardo é todo contratado pela Gaúcha, os AIS, os AISAN, é tudo pago via recursos do SAS. E nos demais municípios também. Em Sinop, o município de Sinop paga esse pessoal todinho também que atende à Casa de Saúde lá. Inclusive, alguns funcionários que trabalham no escritório da UNIFESP, nos polos, nas aldeias, nos locais que têm os AIS e os AISAN, tudo é pago via, é recurso do SAS pelo município. (Chefe substituto do DSEI).¹⁵⁶

As “parcerias” realizadas entre esses órgãos governamentais limitam-se à cedência de servidores contratados pelas secretarias municipais, que recebem os recursos oriundos da SAS/MS para atuar nos órgãos ligados ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Por

¹⁵⁴ Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵⁵ Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵⁶ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

vezes, na avaliação dos gestores públicos atuantes nesse contexto, essas parcerias confirmam-se como “apoios” nas dificuldades cotidianas.

Outros grupos que também se beneficiam dessas “parcerias” são as organizações conveniadas junto à FUNASA para prestar serviços de atenção básica nas áreas indígenas. No caso, a EPM/UNIFESP, que atua na região do Baixo e Médio Xingu e a associação indígena IPEAX, responsável pelas ações de saúde na região do Alto Xingu.

Essas terceirizadas, com estratégias diversas, realizam acordos para desenvolver ações contíguas junto aos grupos aldeados. A EPM/UNIFESP, por exemplo, tem convênios com os gestores de saúde dos municípios de Sinop e Marcelândia.

Em um dos acordos firmados com o secretário de saúde de Sinop, combinou-se que os municípios compartilham a responsabilidade de administrar a Casa de Saúde do Índio com a EPM/UNIFESP, como também com o DSEI-Xingu. Cabe ainda à Universidade: manter o apoio à questão cultural (principalmente para colaborar na tradução da língua), adquirir alguns equipamentos e roupas para pacientes e contratar médicos que realizam atendimento nas áreas indígenas¹⁵⁷.

A EPM/UNIFESP firmou parcerias também com o município de Marcelândia, para que suas equipes atuem conjuntamente com alguns profissionais de saúde nas áreas indígenas. Segundo o gestor de saúde:

Através destas novas ações e desse novo convênio com a FUNASA [repasses recebido pela SAS/MS], a UNIFESP e a comunidade indígena, a gente vai fazer, levar a equipe completa. A gente pretende levar [para as aldeias] até mesmo o odontólogo. Não estou dizendo que é para fazer logo o tratamento, mas para fazer um diagnóstico e agendar com aquelas pessoas, principalmente as crianças que precisarem de um tratamento. (Secretário municipal de saúde de Marcelândia).¹⁵⁸

A conveniada da FUNASA (EPM/UNIFESP) é uma instituição de ensino superior reconhecida nacionalmente por suas produções intelectuais e científicas, entre outras. Segundo alguns líderes locais, em razão dessa condição a terceirizada goza de maior aceitação para realizar “parcerias” junto aos municípios.

No entanto, mesmo sem tais predicados, o IPEAX, por ser uma organização administrada por indígenas e, conseqüentemente, contar com o apoio desses grupos para “pressionar” os gestores municipais de saúde, também conta com importantes “acordos” junto aos municípios que recebem o fator de incentivo para a assistência à saúde através da SAS/MS.

¹⁵⁷ Secretário municipal de saúde de Sinop - Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁵⁸ Entrevista concedida em março de 2007.

Conforme o gestor municipal de saúde de Gaúcha do Norte:

Agora existe o IPEAX, que é uma associação indígena que eles estão diretamente ligados à saúde, e hoje, ela foi criada para tratar exclusivamente da saúde indígena. Então, quer dizer, ela é quem vai nos fiscalizar, que vai fiscalizar a Escola Paulista de Medicina [UNIFESP]. E outros órgãos técnicos que vierem a atender a saúde dos índios, vão ter que dar satisfação ao IPEAX. Pois o IPEAX vai estar vigiando, vai estar sempre cobrando esse atendimento. Então, são eles que fazem toda a cobrança para a saúde indígena e o acompanhamento dos gastos dos recursos. (Secretário municipal de saúde de Gaúcha do Norte).¹⁵⁹

Nesse discurso, o gestor municipal reconhece a organização administrada pelas lideranças indígenas, o IPEAX – que atualmente presta serviços terceirizados para a FUNASA – como um órgão fiscalizador dos recursos repassados pela SAS/MS. Talvez essa “confusão” ocorra porque alguns dirigentes da associação, até recentemente, exerceram o papel de conselheiros de saúde no DSEI-Xingu.

As “parcerias” executadas entre os atuais administradores do município de Gaúcha do Norte e a conveniada IPEAX assemelham-se às demais observadas no contexto, ou seja, a contratação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Sanitários (AISAN). Contudo, o gestor municipal propôs contratar um médico para atuar na área indígena, no caso, no Polo-Base Leonardo Villas Bôas, sob a autoridade do IPEAX. A oferta ocorreu em março de 2007, na reunião do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu – mesmo período de minha permanência em campo – e possibilitou-me não só observar os desfechos da proposta, como também perceber como os caciques de maiores influências dialogam e negociam com os demais membros do cacicado alto-xinguano e os membros do Conselho Local de Saúde. Sobretudo, ajudou-me a entender como esses líderes constroem “acordos” e “alianças” com gestores públicos que lidam com recursos direcionados à saúde desses grupos.

Logo após chegar à cidade de Canarana (MT) - para iniciar aquela que seria a minha segunda entrada em área indígena – e visitar alguns informantes na organização indígena IPEAX, fui convidado pela coordenadora técnica de saúde da ONG para acompanhar a reunião do Conselho Local de Saúde. Segundo a interlocutora, o evento reuniria pessoas interessantes para eu conversar e entender melhor “sobre as coisas de saúde no Alto Xingu”. Contudo, minha

¹⁵⁹ Entrevista concedida em março de 2007.

entrada em área no período devia-se também à expectativa de participar do encontro. Assim, de imediato, após confirmação da sua realização, buscou-se conversar com o diretor executivo do IPEAX, com o propósito de receber a “autorização” para acompanhar e realizar entrevistas junto aos líderes que se fariam presentes na reunião. Em resposta, o dirigente, além de conceder a solicitação, ofereceu-me carona na aeronave que levaria sua equipe para o Polo Leonardo Villas Bôas - oferta prontamente aceita.

O evento, organizado semestralmente pelos conselheiros locais de saúde da região do Alto Xingu, havia sido programado inicialmente para ocorrer nos primeiros dias do mês de janeiro de 2007. Contudo, segundo seus organizadores, por falta de estrutura (alimentação), foi adiado para o início de março do mesmo ano.

No dia da viagem, aproximadamente às 06h da manhã, embarquei, juntamente com a equipe do IPEAX, em um avião monomotor. Após a decolagem, fui informado que passaríamos na cidade de Gaúcha do Norte para apanhar o prefeito e o secretário de saúde e administrativo da cidade – convidados para o evento.

Ao desembarcarmos no Polo, após aproximadamente duas horas de viagem, fomos direto para o local do encontro, um grande salão circular, sem paredes e coberto por capim, nos mesmos moldes das casas tradicionais da região. Lá se encontravam aproximadamente cem pessoas, oriundas das 27 aldeias xinguanas: caciques, pajés, membros do Conselho Distrital e do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu, Agentes Indígenas de Saúde e Sanitários, funcionários da organização IPEAX – em sua maioria atuantes na equipe de saúde de área indígena (chefe de equipe de saúde, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem), dispostos em uma grande roda.

Com a nossa chegada, a reunião foi aberta pelo presidente do Conselho Local de Saúde, compondo-se a mesa para conduzir as discussões: o presidente do Conselho, o cacique geral do Xingu e também coordenador geral do IPEAX e o coordenador executivo da organização indígena. Logo após iniciar a exposição dos temas a serem debatidos, o presidente virou-se para o meu lado e questionou-me publicamente com a seguinte frase: *“o que essa pessoa estaria fazendo ali?”*. Em resposta, expliquei sobre a pesquisa que a “equipe da UFSCar” realizava na região, sob a coordenação da professora Marina Cardoso. Para fazer com que os presentes “compreendessem melhor o meu trabalho”, contou-se com a importante colaboração dos caciques e dirigentes do IPEAX, que expressaram publicamente o “apoio ao nosso trabalho”.

Após as devidas explicações, iniciou-se a reunião com a descrição dos pontos de pautas a serem discutidos no decorrer dos cinco dias de evento: *a) definição da referência (hospitais) – a ser demandada pelos pacientes alto-xinguanos (Canarana, Goiânia, Brasília, Cuiabá e São Paulo); b) definição sobre a utilização das CASAIs localizadas em Goiânia, Brasília, Cuiabá e São Paulo; c) transporte e armazenamento adequado de medicamentos; d) definição sobre papéis, competências e responsabilidades do DSEI, CASAI, IPEAX, municípios e UNIFESP; e) contratação de médico para o polo Leonardo; f) uso dos recursos repassados pela SAS para os municípios e os beneficiados.*

A discussão decorrida sobre os primeiros pontos da pauta – *“definição dos hospitais (e cidades) de referência aos pacientes que demandassem atenção médica de maior complexidade e a utilização das CASAIs localizadas em Canarana, Cuiabá, Goiânia, Brasília e São Paulo”* – possibilitou aos presentes o relato das dificuldades de atendimento, locomoção e conflitos com os profissionais de saúde. Contudo, as reclamações concentravam-se especialmente na dificuldade de os usuários permanecerem nas Casas de Saúde Indígenas, junto com outros indígenas não xinguanos, em especial os Xavante. Nos relatos, vez por outra, ouviram-se histórias da época em que os aldeados da região eram deslocados para São Paulo e Brasília e não dividiam alojamentos com nenhum outro grupo. Em Brasília, por exemplo, havia uma chácara localizada no Guará II só para alojar os xinguanos.

Em outro ponto da pauta: *“transporte e armazenamento adequado de medicamentos”*, após a explanação dos profissionais de saúde atuantes no IPEAX sobre os cuidados a serem tomados para a conservação de alguns medicamentos distribuídos pelos AIS demais profissionais nas aldeias – evitar exposição ao sol, chuva, calor de fogueiras, umidade, etc., os caciques relataram que, por desconhecimento, haviam “desperdiçado” muito remédio. Em um dos depoimentos, o cacique geral do Xingu revelou aos presentes, em tom de constrangimento e emoção, sobre as inúmeras vezes em que havia deixado o barco lotado com medicamentos à beira do barranco do rio, tomando sol por dias e dias. E, concluiu – passando as mãos nos olhos cheios de lágrimas: *“eu acho que já dei muito remédio ruim pro meu povo por não saber que não podia pegar sol”*¹⁶⁰.

Ao final do dia, após o encerramento dos trabalhos, conseguiu-se cumprimentar de forma mais “tranquila” os Kalapalo, antes que retornassem para a aldeia Aiha e, assim, marcar uma

¹⁶⁰ Cacique geral da Terra Xingu e presidente do IPEAX – Discurso realizado em março de 2007.

visita que seria realizada dias depois. À noite, alojado na casa construída pelos Villas Boas, esclareceram-se algumas dúvidas percebidas no decorrer do encontro junto a alguns conselheiros de saúde que permaneceram no Polo. Na oportunidade, os interlocutores alertaram que as discussões pautadas para os dois dias seguintes seriam tensas (“*Uso dos recursos do SAS e os beneficiados; e contratação de médico para o polo Leonardo*”), em decorrência da falta de médico no Polo e das possíveis cobranças sobre a associação IPEAX – responsável pela contratação do profissional. Seriam tensas também por ser do conhecimento da maioria dos líderes, antes mesmo de iniciar o encontro, que a prefeitura municipal de Gaúcha do Norte havia ofertado a contratação de um médico para permanecer 20 dias em área indígena e dez de folga, e que tal proposta contaria com o apoio dos dirigentes da conveniada indígena.

As desconfianças de possíveis tensões e conflitos decorriam do fato de haver, até então, uma resolução do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu (CONDISI) proibindo a atuação de profissionais de saúde contratados por municípios dentro do Território Xingu. A única exceção havia sido a contratação de alguns AISs (Agentes Indígenas de Saúde) e AISANs (Agentes Sanitários), mesmo assim, sob os auspícios dos caciques e conselheiros de saúde.

Pela legislação contida na PNASPI, os Conselhos Locais devem submeter-se às resoluções do Conselho Distrital de Saúde. Contudo, com a alegação que o colegiado mais amplo não se reunira no intervalo de aproximadamente três anos (2004-2007), os conselheiros do Alto Xingu e os caciques decidiram “encaminhar por si mesmos a questão”. Desse modo, o cenário das discussões a serem empreendidas no encontro colocava em lados opostos etnias que, de certa forma, rivalizam-se nas disputas sobre o controle político dos bens e serviços ofertados pelo Estado aos grupos aldeados. De um lado, os principais líderes Kamayurá que, no decorrer do ano de 2004 até o início de 2005, foram os responsáveis, através de uma ONG chamada Mavutsinin, pelos serviços de assistência à saúde na região, através de convênio com a FUNASA e que atualmente controlam o CONDISI-Xingu. Do outro lado, os membros da etnia Yawalapiti que, por meio da Associação IPEAX, sucederam a organização Mavutsinin junto à FUNASA e, conseqüentemente, assumiram as ações assistenciais de saúde no Alto Xingu. O grupo étnico detém ainda a hegemonia na direção do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu¹⁶¹.

¹⁶¹ Cabe anotar que o coordenador executivo do IPEAX – segundo cargo na hierarquia dessa organização – é um líder da etnia Kamayurá. Contudo, os caciques e demais líderes dessa etnia não o reconhecem como representante do grupo na direção da organização indígena. Esse dirigente, em conversa informal, contou que aos cinco anos foi adotado por um médico do Rio de Janeiro e permaneceu nessa cidade até os 20 anos de idade. Ao retornar ao Território do Xingu, suas relações com os Yawalapiti

No dia seguinte, os primeiros discursos da manhã foram dos administradores municipais da cidade de Gaúcha do Norte (prefeito e secretário de saúde/administração), que expuseram os esforços daquela administração para incluir os aldeados como beneficiários das políticas públicas municipais. Afirmaram, ainda, que estariam dispostos “*a fazer mais pelos indígenas do Alto Xingu*”, ofertando a contratação de um médico generalista para atuar permanentemente na área indígena, junto com os profissionais de saúde que ali permaneciam, sob a gerência da organização IPEAX.

Ao tomar a palavra, o coordenador executivo do IPEAX, em quase uma hora, historiou a formação do IPEAX, destacando a sua composição – formada por indígenas alto-xinguanos – e os esforços realizados por todos para assumir a prestação de serviços de saúde junto às aldeias daquela região. Expôs, ainda, em tom de desabafo, as dificuldades em prestar contas para o TCU (Tribunal de Contas da União) dos recursos recebidos pelo convênio com a FUNASA, citando os nomes de algumas organizações indígenas localizadas em outras regiões do país que não conseguiram manter seus convênios junto a essa autarquia. Ainda em seu discurso, o administrador relatou aos presentes as dificuldades de contratação do profissional médico para atuar no polo e nas aldeias adjacentes. Entre os argumentos, identificou a não elevação do teto orçamentário do convênio renovado no final de 2006 com a FUNASA e a falta de interesse de profissionais médicos em trabalhar no Polo Leonardo por salário mensal de aproximadamente R\$8.000,00 (oito mil reais).

Ao concluir sua fala, informou que os próprios gestores da FUNASA, ao negarem a elevação do teto orçamentário da associação no convênio 2007/2008, sugeriram que a terceirizada realizasse parcerias com as prefeituras da região que recebem os repasses de incentivo à assistência à saúde indígena através da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde e defendeu veementemente a aceitação da proposta apresentada pelo município de Gaúcha do Norte. Nas palavras do dirigente:

Se nós queremos contratar um médico rápido, então vamos oferecer R\$25.000,00 (vinte e cinco mil reais), é o que a prefeitura de Gaúcha do Norte paga. Então, a prefeitura de Gaúcha vai contratar um médico, e ele vai ficar à disposição nossa, aqui. Ele é nosso, de nossa equipe e é nós que vamos controlar. Então, é o coordenador técnico do IPEAX que irá coordenar em um acordo com a prefeitura de Gaúcha, ou nós vamos esperar pelo IPEAX quando os recursos do convênio [aumentarem]. Então, nós vamos discutir aqui se a prefeitura vai pegar um pouquinho do recurso do SAS para contratar rápido um médico para ficar aqui no Leonardo ou vamos

estreitaram-se e, na sua avaliação, a condição de cunhado do cacique geral do Xingu (líder da etnia) o favoreceu para ter a confiança do grupo.

aguardar o dinheiro chegar no IPEAX para ele contratar um médico daqui, não sei quando. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX)¹⁶²

Logo após, o presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu toma a fala e também se posiciona favoravelmente:

Eu, aqui, como presidente do Conselho, eu vou dizer o seguinte: vamos experimentar com o município, vamos experimentar. Se não funcionar, a gente volta para o IPEAX. Então, se não funcionou, a gente volta para o IPEAX. Então, esta é a minha proposta, esta já é minha proposta de votar para o município, para a gente experimentar como vai ser o trabalho através desse município. E tem outras pessoas aqui no meio que são contra e não tem problema, e que tenham argumentos para isso. (Liderança Mehinaku, professor e presidente do Conselho Local de Saúde).¹⁶³

Mesmo com aproximadamente 20 meses sem a presença de um profissional médico atuando no Polo-Base Leonardo Villas Bôas, observou-se, após as explanações dos defensores da proposição da prefeitura de Gaúcha do Norte, que havia, entre as aproximadamente cem pessoas presentes ao encontro, enormes resistências em aceitá-la.

Para o cacique da etnia Aweti, resistente à aceitação desse modelo de contratação:

Então, nossa preocupação agora das lideranças, né, eu ouvi aqui sentado, que a preocupação maior que vai ser contratado pelo município este médico, e IPEAX, então, a gente está tirando a força do IPEAX, é isto, eu via assim, tem isso aí. A gente está tirando a força do IPEAX e a gente vamos valorizar o município, eu penso assim, é por isso que nós temos que conversar bem. (Cacique indígena Aweti).¹⁶⁴

Com um posicionamento semelhante, a liderança Yawalapiti se expressou:

Agora o IPEAX, que assumiu a saúde e de novo eu estou vendo a dificuldade do IPEAX, que está jogando tudo para o município. [...] Porque, se a prefeitura vai contratar médico, então, ele não é nosso, ele de contrato não assim, fixo. Esse médico que a gente ver coisa errada aqui, nós não vamos ter o direito de reclamar. Se o IPEAX contratar, aí nós temos o direito de reclamar para ele, porque ele é contratado. Então, eu acho que a incompetência do IPEAX é a seguinte, eles têm medo de contratar e não quer pagar o INSS, e não quer pagar, aquela velha história. Eu acho que recurso que entra é para buscar médico, aqui precisa de ginecologista, tem muito problema de mulher aqui, tem que ter ginecologista, eu já falei. (Liderança indígena Yawalapiti).¹⁶⁵

Opinião similar emitiu o líder Kamayurá e presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu:

Sim, eu acho que nesta condição do próprio IPEAX contratar, é porque o IPEAX tomou a responsabilidade de contratação da equipe, em ter. Então, quando você diz que abre a mão disso aí, e fica lotado fora do IPEAX, a coisa fica estranha. Então, eu acho que teria que manter, sim, a contratação do médico pelo IPEAX, por mais que

¹⁶² Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

¹⁶³ Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

¹⁶⁴ Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

¹⁶⁵ Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

acontece estes encargos, estes descontos. Há de se achar um médico que aceite de vir aqui para a gente poder acompanhar. Era esse o desejo do pessoal, e como vai abrir a mão agora, depois destes processos? Então, eu senti um pouco confuso de acompanhamento, de avaliação, como vai ficar a nossa autonomia como gestor, se vai contratar pela prefeitura e não pelo IPEAX? Como vai se posicionar a respeito disto? A boa vontade é outra, a boa vontade do gestor municipal, é claro que neste momento está fluindo bem e, no momento que não está, que vem contra o vento, como nós vamos fazer? Então, eu acho que tinha que garantir a contratação do médico pelo IPEAX, para manter mais firme esta questão. (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).¹⁶⁶

Para muitos dos presentes ao encontro, a aceitação de contratação pela prefeitura de Gaúcha do Norte de um profissional da saúde para atuar na área indígena colocaria em risco a própria permanência das conveniadas. Dessa forma, a associação indígena IPEAX, que possibilita a muitos desses líderes o controle direto dos recursos destinados à saúde indígena e, conseqüentemente, de todos os profissionais contratados, estaria também correndo riscos. Contudo, além dos discursos demonstrando preocupações em solucionar um “problema” que colocaria em risco a “própria autonomia gestionária” desses grupos sobre os recursos da saúde, havia também as falas das principais lideranças Kamayurá, insistindo que cabia somente ao IPEAX a contratação de médicos e demais profissionais de saúde para atuar no Polo-Base e nas aldeias adjacentes.

Nos discursos desses líderes, além das críticas pela falta de médicos, ouvia-se comumente que se arrependiam por terem aceitado a saída da conveniada EPM/UNIFESP daquela região no ano de 2004. Em tom acusatório – sem citar nomes de pessoas ou grupos – afirmaram que foram “iludidos e enganados” ao acreditar que, com os índios administrando o dinheiro repassado pelo Governo Federal, os serviços de saúde melhorariam. Expressaram, inclusive, o anseio pelo retorno dos profissionais ligados à EPM/UNIFESP:

Porque eu quero a Escola Paulista de novo aqui. Eu vou falar porque estou muito chateada, não tem nem médico aqui, já está fazendo três anos aqui sem médico, lá no Pavuru tem uma médica, no Diauarum também tem, no Suyá. Nós estamos chorando [reclamando] por causa do médico só, não estou chorando por causa do dinheiro não, estou chorando só para ter médico, eu não estou querendo recurso, estou morando aqui na minha aldeia e tô comendo biju. Quem mora na cidade precisa de dinheiro pra pagar luz, água, eu sei que lá é caro, meu pensamento, assim, eu quero só melhorar saúde. (Liderança indígena Kamayurá – Pajé e a única mulher conselheira de saúde do Alto Xingu e do CONDISI)¹⁶⁷

No entanto, as críticas mais contundentes, inclusive com insinuações de desvios de recursos, foram realizadas em falas reservadas. Conforme esta conselheira de saúde:

¹⁶⁶ Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁶⁷ Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

Eu falei para o coordenador executivo do IPEAX e ele me falou que o dinheiro está guardado, não sei onde que foi ou ele usou. Porque eu falava para ele: tem que andar rápido, que nós não tem médico. Eu falei para ele que tem de contratar médico e ele falou que iria contratar e já está dois anos sem médico. [...] Então, como a gente assumiu saúde agora, na mão do índio agora, então, na hora que falava o branco roubar demais que aproveita e agora, então. Agora saúde para mim como que fala, piorou tudo para mim, tudo, não tem remédio, tudo tem que ir para médico e aqui quase não tem nada, não tem hospital. [...]. Eu sempre fala, né, aqui não tem nem médico, nem nada, nem remédio. É a mesma coisa do pajé, se o pessoal for contratar pajé, a mesma coisa ele iria cobrar [muito dinheiro] também e médico não trabalha de escravo não, você sabe, falei assim, para o coordenador executivo do IPEAX e falei para todos. (Liderança indígena Kamayurá – Pajé e a única mulher conselheira de saúde do Alto Xingu e do CONDISI)¹⁶⁸

Para outro líder da etnia Kamayurá:

Não sei quando vai melhorar a nossa saúde eu não sei, nós estamos votando agora para a UNIFESP, para que eles vem prestar o trabalho aqui, vamos ver se eles podem colocar médicos aqui para nós, porque estamos pensando nisto, este tipo de coisa. Tem muita gente que está falando pra mim: o pessoal branco vai sacanear de novo, não vai, porque entre nós os índios já está sendo sacaneado. Não, eu não quero mais não. Lá no IPEAX tem mais de 20 pessoas, lá tem um peão¹⁶⁹, outro peão, tem outro peão, e não faz nada, cara. A gente conseguiu dinheiro pra contratar enfermeira e médicos só, e lá contrata um monte de peão. Tem 20, só funcionários, nada de saber como enfermeiro, eu fico chateado com isto. Nós estamos jogando dinheiro fora, era para ter as nossas coisas certo aqui, pela nossa saúde aqui para a nossa população, para as nossas etnias. (Cacique indígena Kamayurá)¹⁷⁰

Mesmo não expressando essas questões publicamente, algumas falas mais exaltadas tornavam a reunião do Conselho tensa, expondo diferenças e conflitos entre os grupos.

Os discursos eram proferidos em português, mas, vez por outra, na própria língua do grupo e, posteriormente, traduzida aos presentes em português pelos mais jovens da mesma etnia. Contudo, em alguns casos, tal tradução era realizada pelo cacique geral do Xingu e também presidente do IPEAX – único entre os presentes a dominar, além do português, os quatro idiomas falados no Alto Xingu: aruaque, tupi, caribe e mais a língua dos índios Trumai (considerada isolada). Ocorreu, inclusive, por duas ocasiões, de o dirigente retirar-se da roda de discussão juntamente com algumas lideranças Kalapalo e Nahukuá, argumentando a necessidade de “esclarecer” algumas dúvidas surgidas pelo não entendimento da língua.

Com olhar atento à dinâmica da reunião, viu-se que o líder e outros gestores do IPEAX negociaram o espaço permanentemente junto aos caciques locais. Assim, “controlavam” o tempo

¹⁶⁸ Entrevista concedida em março de 2007.

¹⁶⁹ Figueiredo (2006:02/03) esclarece que os Aweti distinguem “lideranças” (*morekwát*) e “peões”. Para a autora, o primeiro desses termos (*amulaw*, em Yawalapití, *amunaw*, Waurá, *anetu*, em Kuikuro, por exemplo) é normalmente traduzido por “chefe”, às vezes por “nobre” ou “aristocrata”. Seu recíproco “peão” parece estar ausente dos léxicos nativos; ele existiria apenas na língua do contato, nos termos “camará” ou “camaga”, derivados do português “camarada”.

¹⁷⁰ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

de discussão de cada tema da pauta e mesmo as formas dos encaminhamentos e votações. Às vezes, o almoço e os lanches a serem servidos eram retardados, alegando-se a necessidade de concluir a pauta. Por outro lado, “coincidentemente” após discursos mais exaltados pela falta de médico na área indígena - tanto por parte de usuários como de profissionais caraíbas atuantes na EMSI - os debates eram suspensos, alegando-se “hora do lanche”, quando ainda não estava pronto.

No contexto, os discursos proferidos, na maioria, apresentavam estruturas semelhantes: iniciavam recordando a atuação da EPM/UNIFESP e alguns méritos obtidos ao longo dos anos: campanha de vacinação; visitas nas aldeias para realização de exames e pesagem das crianças; os cursos de formação para Agentes de Saúde Indígena (AIS). Em seguida, teciam árduas críticas à instituição, por falta de profissionais de saúde na área, principalmente médicos; escassez de medicamentos; falta de transporte (carro, barcos e avião) e combustível para remoção de pacientes; e o fato de os médicos oriundos da EPM/UNIFESP serem estagiários e “não saberem as coisas de doenças e de medicina ainda, sem experiência”. Nessa última observação, os exemplos apresentados diziam respeito principalmente à recusa dos profissionais em fazer intervenções medicamentosas. Os discursos encerravam expressando demandas para a saúde dentro da área indígena: contratação de um profissional de medicina; construção de um hospital no polo Leonardo e postos de saúde nas aldeias; aquisição de equipamentos: aparelho de raios-x e ultrassom; farmácias abastecidas; combustível, barcos, carros e horas/voo para o transporte rápido e com qualidade dos casos considerados graves.

Em discursos proferidos pelos Yawalapiti, ouvia-se permanentemente que os líderes da etnia recebiam informações elogiosas sobre a atuação da EPM/UNIFESP na região do Médio e Baixo Xingu. Por outro lado, havia também declarações de líderes ligados ao IPEAX afirmando que usuários do sistema de saúde dessas regiões expressavam o anseio “*de um dia também receberem os serviços da organização indígena*”.¹⁷¹

Contudo, os discursos que chamavam mais a atenção eram os direcionados aos membros do executivo municipal de Gaúcha do Norte, em que a palavra “parceria”, sugerindo a “aliança”, dava os rumos dos posicionamentos políticos expressados. Todavia, por diversas vezes, ouvia-se uma ou outra liderança anunciar que o rompimento daquelas pactuações que estavam sendo

¹⁷¹Discurso proferido na reunião do Conselho Local de Saúde, realizada no Polo Leonardo, em março de 2007.

construídas coletivamente os obrigaria a pedir a suspensão dos repasses do fator de incentivo junto ao Ministério da Saúde e à FUNASA.

Ao final do dia - após o encerramento dos trabalhos, fui convidado pelo presidente do Conselho Local de Saúde e o coordenador executivo do IPEAX para falar sobre os repasses realizados pela Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde) aos municípios localizados no entorno da Terra Indígena do Xingu¹⁷².

Na manhã seguinte, em breve apresentação, mostraram-se os valores que as prefeituras xinguanas recebiam por mês – através de repasses fundo a fundo do Governo Federal e como os recursos poderiam ser utilizados pelos administradores municipais.

Segundo alguns presentes, os dados apresentados “esclareceram” algumas dúvidas que ainda persistiam. Por outro lado, possibilitaram-me “conquistar a confiança” de alguns informantes considerados estratégicos/essenciais. Também me inseriram de imediato no jogo político daquele cenário. Dessa forma, já no intervalo do almoço fui abordado por alguns conselheiros de saúde, oriundos da etnia Kuikuro e atuantes na condição de AIS, que reservadamente buscavam desqualificar as críticas realizadas pelos Kamayurá à gestão do IPEAX, justificando que reclamavam porque queriam voltar a ter o controle político-administrativo sobre a ONG que executa as ações e serviços de saúde. Antes de retornar às discussões do período da tarde, um cacique Kamayurá abordou-me questionando: “*o que estava achando do encontro?*”. Em seguida, explicou que ele e seu povo estavam conscientes de que perderiam a votação sobre a questão da contratação do médico. Na opinião do líder, a maioria dos caciques ali presentes era contra, também, mas eles não se manifestavam, especialmente na frente dos gestores governamentais, pois a atitude colocaria os administradores do IPEAX em situação “difícil”. Nas palavras dele: “*todo mundo sabe que a responsabilidade de contratar o médico é do IPEAX, mas como o cacique de todo o Xingu é o presidente, todo mundo respeita ele, então, ninguém quer falar*”.¹⁷³

O arqueólogo e etnógrafo Heckenberger (2006), ao estudar o conjunto multiétnico do Alto Xingu, sugere que na região haveria uma *unidade* política integrada e, portanto, passível de ser (mesmo que não necessariamente) hierarquicamente organizada sob um poder regional

¹⁷² Ao solicitar a autorização para acompanhar o encontro do Conselho Local de Saúde junto à direção da associação do IPEAX, havia dito ao coordenador executivo dessa organização que eu estava percorrendo as prefeituras da região da Terra Xingu para conhecer como os recursos recebidos da SAS/Ministério da Saúde para a assistência dos grupos aldeados eram aplicados. Nessa oportunidade, esse dirigente me falou que talvez solicitaria a minha “ajuda” no decorrer do encontro para repassar tais informações para as lideranças e conselheiros.

¹⁷³ Cacique indígena Kamayurá – informação pessoal, março de 2007.

centralizado. Heckenberger conjectura que, no passado, as relações no Alto Xingu se expressavam pela ordenação das aldeias sob o modelo "galáctico", com aldeias satélite vizinhas a uma grande praça central. Atualmente, se expressam pela subordinação de uma aldeia criada por fissão à sua aldeia-mãe, até que a nova aldeia passe a enterrar seus mortos na praça, isto é, constitua sua história e seus ancestrais (HECKENBERGER, 2005). Ainda para o autor, no presente, relações hierárquicas entre os grupos xinguanos seriam evidentes pela predominância de certos chefes sobre os chefes de outras aldeias como representantes do conjunto xinguanos, em face de grupos não-xinguanos (os brasileiros, por exemplo).

Contudo, cabe registrar que a operação de relações hierárquicas em níveis diversos entre os grupos xinguanos, presente nos trabalhos de Heckenberger, foi rechaçada nos trabalhos recentes realizados por Figueiredo (2006;2010). A autora apresenta os questionamentos do que seria uma imagem do Alto Xingu pré-estatal projetada pelas interpretações de Heckenberger (2000; 2005), ressaltando que

[...] a ênfase do autor nos mecanismos de acumulação de prestígio, de crescente distinção hierárquica e estratificação social, sua comparação do sistema político xinguanos às chefaturas polinésias (onde princípios de descendência parecem ter sido realmente operantes, o que não pode ser comprovado a respeito do Alto Xingu do passado, e absolutamente não se verifica hoje) e sobretudo as inferências que faz do que poderia ter sido o Alto Xingu não fosse o contato, me motivaram a procurar descrever os mecanismos contrários que podem explicar como as distinções hierárquicas e a concentração de poder podem ser limitados, a meu ver, por razões inerentes ao universo em questão, e serem apenas creditadas a aspectos contingenciais (HECKENBERGER, 2010, p.11).

Não é propósito deste trabalho aprofundar a questão. Entretanto, conforme será observado mais à frente no texto (item 3.4), a organização indígena IPEAX, ao realizar convênios com a FUNASA que envolvem repasses de aproximadamente R\$2.230.000,00 (dois milhões e duzentos e trinta mil reais) para a execução de serviços de saúde na região, possibilitou aos seus dirigentes uma condição privilegiada no jogo político do cenário.

Ao retornar os trabalhos no período da tarde, logo após a reabertura, a pauta foi suspensa pela coordenação da mesa, alegando-se haver outro tema considerado mais urgente. Em seguida, chamou-se à frente o governador do polo Leonardo Villas Bôas (irmão do cacique geral da TIX e presidente do IPEAX) para discursar aos presentes¹⁷⁴. Emocionado, o dirigente comunicou que após quase 13 anos administrando o Polo na condição de servidor da FUNAI e indicado pelas

¹⁷⁴ O polo Leonardo Villas Bôas é também um posto de administração da FUNAI. E, o gerente desse espaço é chamado pelos xinguanos de governador.

lideranças, exonerar-se-á do cargo a partir daquela data. Sem citar nomes de pessoas ou grupos, relatou que o acusaram de desfavorecer algumas etnias e aldeias na partilha dos bens disponibilizados pela FUNAI. De imediato, após seu pronunciamento, diversos caciques de diferentes grupos étnicos começaram a elogiar a administração do servidor e manifestarem favoravelmente à sua permanência. Eu busquei junto a um informante entender “o que estava acontecendo?”. Em resposta, o interlocutor afirmou que as “reclamações” partiram dos líderes Kamayurá.

Entre os vários discursos, um dos que mereceram maior atenção dos presentes foi o de um pajé da etnia – bem idoso e considerado por alguns informantes como uma “pessoa muito respeitada”. Em seu pronunciamento na língua tupi, opinou que “*o médico, para atuar dentro do polo Leonardo, teria que ser contratado pelo IPEAX, e não por prefeitura, pois esse médico tem que obedecer aos coordenadores do IPEAX*”¹⁷⁵. Em seguida, elogiou a administração do polo Leonardo, afirmando que seu Povo “*sempre gostou do trabalho daquele governador*”. E concluiu solicitando a sua permanência. Mesmo diante da fala do líder Kamayurá, a reunião continuou tensa, pois os elogios ao administrador do Polo, seguidos de pedidos de sua permanência, não o demoveram da ideia de entregar o cargo. Assim, os coordenadores da reunião iniciaram um processo de escolha do novo administrador do posto, a partir da votação aberta com os caciques presentes na reunião¹⁷⁶. Em alguns minutos, já se contavam aproximadamente 15 candidatos dispostos ao cargo – na maioria, jovens indicados pelos presentes e outros por manifesto pessoal.

Os jovens, inclusive, eram a maioria absoluta no encontro na condição de conselheiros. Em suas aldeias exercem a função de agentes de saúde, agentes sanitários, professores, técnicos da FUNAI, entre outros. Tais cargos e funções, que em sua maioria, resultaram da indicação dos caciques. No decorrer da reunião do Conselho, são poucos os que se aventuram a falar. Quando muito são solicitados a dar esclarecimentos ou mesmo a realizar tradução da língua. Contudo, a condição de funcionários da saúde e conhecedores das dificuldades para implementar os serviços assistenciais faz com que alguns exerçam “pressões” sobre os gestores públicos e as conveniadas. Também influenciam na cobrança aos conselhos de saúde de uma atitude mais reguladora com relação à prestação dos serviços e à destinação dos recursos. Sua atuação reforça a ideia de um

¹⁷⁵ Pajé Kamayurá – discurso proferido em março de 2007.

¹⁷⁶ Este procedimento possibilitou que algumas etnias tivessem pesos diferentes na votação. Por exemplo, os Kamayurá contaram com quatro votantes, por outro lado, os Kalapalo por ter apenas um cacique presente àquela reunião só votou uma vez.

controle social “[...] enquanto ferramenta política das organizações em busca da obtenção, junto as instituições gestoras das políticas sanitárias, de espaços de poder a serem utilizados não apenas nas lutas pelo direito à saúde, mas também no contexto geral das relações interétnicas”. (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 312).

O domínio da língua e das estratégias de funcionamento da política “oficial”, em contraposição às lideranças tradicionais, faz com que um grande número de jovens busque ocupar os cargos representativos, ou mesmo outros existentes a partir da presença das diversas agências em seus territórios. O movimento representa: “[...] um processo valorizado por eles próprios por facilitar sua “ascensão” a uma posição de status diferenciado no contexto das relações mais formais com o Estado” (NOVO, 2008, p. 42). Ainda que os “novos líderes” possuam um status diferenciado dos caciques – sua situação é peculiar e, em alguns casos, pouco decisivas, pois na maioria são indicações das lideranças tradicionais e fazem parte das redes de parentelas dos caciques – percebe-se que sua atuação imprime a emergência de novos códigos nas relações políticas inter e intra-aldeia¹⁷⁷.

Antes de começar a votação, já era possível contar aproximadamente 130 pessoas no encontro, inclusive muitas mulheres e crianças oriundas principalmente da etnia Kamayurá. Elas ficavam dispostas do lado de fora do círculo de discussão, sentadas no chão. Também impressionava como os discursos proferidos sem nenhum recurso de aparelhagem sonora eram facilmente ouvidos por todos.

A eleição foi aberta e rápida, manifestando-se publicamente o nome do escolhido. Em alguns minutos tinha-se o eleito. Pertencia à etnia Kamayurá, mas morava na aldeia Morená (Médio Xingu) com as suas esposas e exercia a presidência do Conselho Distrital de Saúde – CONDISI-Xingu. Os votos manifestos a esse líder somaram quase 60% do sufrágio. No entanto, o líder comunicou aos presentes que não aceitaria o cargo, agradecendo aos que lhe haviam depositado a confiança. No mesmo momento, a mesa do encontro anunciou que o segundo colocado, que obteve em torno de 15% dos votos, assumiria a função de administrador do Polo. Este, oriundo da etnia Kuikuro, aceitou prontamente e agradeceu pela confiança dos caciques¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Para maior entendimento do papel dos jovens indígenas no contexto, indica-se a dissertação de NOVO, M. P. 2008, “Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu”. Em outro contexto, indica-se: ALBERT, B. 1995. O Ouro Canibal e a Queda do Céu. Uma Crítica Xamânica da Economia Política da Natureza, *Série Antropologia*, n° 174. Brasília: Université de Brasília (Département d'Anthropologie).

¹⁷⁸ Contudo, após retornar ao Polo dez meses depois (janeiro de 2008), fui informado que o atual governador permaneceu no cargo e, conseqüentemente, o eleito não pôde ser empossado.

Em seguida, a coordenação da reunião reabriu a discussão com a pauta original, anunciando que a prefeitura de Gaúcha do Norte havia ampliado sua oferta: além de disponibilizarem um médico generalista atuando permanentemente em área indígena, cederiam mais dois profissionais da medicina (ginecologista e ortopedista), que ficariam por três dias seguidos de cada mês atendendo no polo Leonardo. Com a divulgação da nova proposta, notou-se que os discursos dos dirigentes do IPEAX tornaram-se mais incisivos em manifestar a necessidade de confirmar a “parceria” com essa administração municipal. Nas palavras do coordenador executivo da organização:

Quero lembrar que os recursos do convênio não aumentaram para este ano, assim, nós não vamos contratar esse médico se não aceitarmos o de Gaúcha. Porque se o médico cobrar R\$15.000,00 (quinze mil reais) do IPEAX, ele no final vai custar R\$30.000,00 (trinta mil reais) por mês, porque temos que pagar com carteira assinada. Aí tem férias, fundo de garantia, tem o 13º e aí vira uma bolada. [...] Senão, pessoal, nós só vamos ficar com R\$2.200.000,00 (dois milhões e duzentos mil reais), e aí vai apertar, e vamos ter que tirar do combustível, dos medicamentos para continuar pagando este mesmo salário para as pessoas [profissionais de saúde contratados]. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX)

Ao concluir sua fala, o dirigente sugeriu “uma outra saída”: dispensar parte dos profissionais lotados no IPEAX – atuantes na área indígena, incluindo-se os AISs e AISANs – para em seguida serem contratados pela prefeitura de Gaúcha do Norte. Ainda na elaboração da sugestão, o coordenador da conveniada reconheceu que a atitude representava uma desvalorização dos trabalhadores da saúde, pois os contratos da prefeitura não garantiam direitos trabalhistas.

Após outros discursos, inclusive do cacique geral do Xingu e presidente do IPEAX, sugerindo “*experimental para ver se vai dar certo essa parceria*” com a administração municipal, iniciou-se a votação, nos moldes semelhantes da votação em que se escolheu o novo administrador do polo Leonardo. Entretanto, além dos caciques, os conselheiros de saúde também votaram. Em poucos minutos a proposição do município de Gaúcha do Norte foi acolhida por ampla maioria – 83% favoráveis e 17% contra.

Não obstante, quando retornei ao campo após aproximadamente 10 meses da realização do encontro (janeiro de 2008), a contratação do médico para atuar no Polo-Base Leonardo Villas Bôas ainda não havia se efetivado. Ao ser indagado sobre as razões da “demora”, o coordenador executivo do IPEAX explicou: “*Isso [contratação do médico] não foi para frente, não avançou.*

Não avançou porque ninguém deu procedimento e não ficou em cima cobrando. Eu acho que foi falta de contato e, como ninguém cobra, as coisas não andam”.¹⁷⁹

Apesar de o encaminhamento aprovado em reunião de Conselho não ter vigorado, percebe-se que a contratação de servidores pelas prefeituras que recebem os recursos da SAS/MS, colocando-os posteriormente sob o comando administrativo das conveniadas junto à FUNASA, é uma prática rotineira na região. Entre os contratados estão, principalmente, técnicos de enfermagem, AISs e AISANs.

O procedimento também interessa aos administradores municipais. Impedidos pelo Conselho Distrital de Saúde do Xingu, no início de 2006, de colocar equipes de saúde dentro das áreas indígenas, passaram a formar equipes com médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde para atuar somente na cidade. Muitos desses gestores de saúde argumentam que as equipes também atendem aos indígenas quando demandam a assistência à saúde na área urbana. Porém, o fator de incentivo à assistência à saúde indígena repassado às prefeituras mensalmente é um recurso que criou a expectativa nos gestores do DESAI/FUNASA, conforme dito acima, mas, principalmente, entre as lideranças indígenas, de que sua aplicação ocorreria nos serviços de assistência à saúde que beneficiariam diretamente os grupos aldeados.

Desse modo, contratar servidores e depois colocá-los à disposição dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde nas áreas indígenas, neste caso, o DSEI-Xingu e as conveniadas EPM/UNIFESP e o IPEAX, foi uma das “saídas” encontradas pelos gestores municipais para reduzir possíveis tensões e conflitos com as líderes locais. A medida afasta também possíveis sanções dos órgãos fiscalizatórios junto a esses municípios, caso não aplicassem ao menos uma parte dos repasses em ações diretas de assistência à saúde dos grupos indígenas.

Na avaliação dos dirigentes das conveniadas atuantes no cenário, a maioria dos administradores municipais possivelmente têm dificuldade de criar equipes de saúde que permaneçam por longos períodos dentro das áreas indígenas, o que demanda, inclusive, a aquisição de uma grande infraestrutura logística. Para os informantes, os municípios propõem-se no máximo a prestar a assistência à saúde dos grupos indígenas nos mesmos moldes dos ofertados às comunidades rurais, ou seja, com a formação de equipes volantes para visitas breves e esporádicas.

¹⁷⁹ Liderança Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX - Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Por outro lado, há, também, por parte dos dirigentes das conveniadas e de alguns líderes indígenas, o temor de que os gestores municipais não invistam os recursos da SAS/MS em serviços de assistência nas comunidades aldeadas. Em contextos semelhantes, foi constatado que alguns administradores se utilizam dos repasses para formar “saldo” em seus fundos municipais de saúde, ou para fins diferentes do previsto pelos gestores da FUNASA e do Ministério da Saúde – a contratação de equipes multidisciplinares. Desse modo, foi observado que “[...] não há transparência à destinação de tais “saldos”. [...] Em alguns casos, parece haver evidências que os recursos não têm sido nem mesmo destinados à saúde indígena”. (CEBRAP, 2009, p.155)

Os dilemas deparados na região do Alto Xingu pelos líderes locais sobre o papel das secretarias municipais de saúde em suas áreas encontram-se também presentes na agenda política dos encontros e fóruns nacionais do movimento indígena. O vice-presidente do Fórum Permanente dos Presidentes dos CONDISI, por exemplo, defende que os municípios devem desenvolver ações de saúde diretamente junto às populações aldeadas.

Nas palavras do líder Terena:

Uma outra bandeira que a gente tem levado é de que cada aldeia, ela está dentro do território de um município e cada cidadão, cada índio, ele é munícipe deste município e a política nacional do Sistema Único de Saúde fala que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, responsabilidade do Estado. E aí, a gente se vê também como membro e parte desse município. E a própria lei do Subsistema fala que os municípios devem entrar com ações complementares. E a gente vê e ouve em quase todas as instâncias que o problema do índio quem resolve é a FUNAI e a FUNASA. Então, a gente quer romper com esse conceito, que o problema de índios não é apenas para a FUNASA e FUNAI, é também do município, do Estado, da sociedade civil organizada, que tem que desenvolver [ações] com estas especificidades. (Liderança indígena Terena, presidente do CONDISI/MS e vice-presidente do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena).¹⁸⁰

O militante acredita que o aumento dos recursos financeiros repassados mensalmente pelo Governo Federal para os municípios brasileiros não representa uma tentativa de municipalização da saúde indígena, como afirmam alguns líderes indígenas e indigenistas. Em seus argumentos, pondera:

A saúde indígena, hoje, ela é de responsabilidade do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, devendo ser executada pela FUNASA, isto é lei. E a lei não se muda da noite para o dia; é um direito assegurado e garantido. Então, a gente não teme nessa questão da municipalização por conta disso. É uma lei que fala que a saúde do índio é responsabilidade do Governo Federal, através do Ministério da Saúde e executada pela FUNASA hoje. Isso foi, além de ser uma lei, foi deliberada na 4ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que é uma instância máxima de controle social, tem esta deliberação, tem esta proposta de encaminhamento.

¹⁸⁰ Entrevista concedida em outubro de 2007.

Então, não tem o que temer. [...] o movimento indígena ligado à saúde está atento a isto [uma possível municipalização]. Também a gente tem cobrado, tem acompanhado todos os passos das decisões políticas sobre a saúde indígena e a gente tem marcado a presença para que isso não aconteça. Então, é mínimo, é muito remota. (Liderança indígena Terena, presidente do CONDISI/MS. e vice-presidente do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena).¹⁸¹

No entanto, há posições adversas aos repasses realizados pela SAS/MS para os municípios executarem ações de assistência à saúde dos grupos aldeados. Para o líder Apurinã e presidente da COIAB:

Agora, colocar a saúde dos povos indígenas e sua gestão na mão de uma prefeitura, eu acho que isso é colocar a morte, o facão, no pescoço dos povos indígenas. Não acho certo, está errado também. Eu acho que o distrito pode assumir esse papel, pode ter uma parceria com o município sim, pode ter. Mas ficar este recurso diretamente lá e quando tem o recurso, se contrata, ou muitas vezes não se contrata, e muitas vezes gasta-se o recurso com outra coisa, isso a gente tem visto na Amazônia brasileira. [...] Agora, não dá é para colocar essa responsabilidade na mão de uma prefeitura, na mão de um estado, na mão de um terceiro, porque não vai dar certo. Acho que o Governo Federal tem que assumir suas responsabilidades, buscando parcerias com essas ações, aí sim, acreditamos que dá certo. Então, a expectativa é ruim demais, se continuar assim não vai dar certo e vai continuar os problemas e índios morrendo por aí. (Liderança indígena Apurinã – Amazônia e Presidente da COIAB).¹⁸²

Opinião semelhante manifestou o líder Truká, coordenador da CISI e membro do Conselho Nacional de Saúde.

Eu acho que a FUNASA tem pecado muito sobre isso [repasses fundo a fundo para os municípios] e o Ministério da Saúde mais ainda, eles não conhecem a realidade da saúde dos povos indígenas, é feita a pactuação dos municípios com a SAS e via FUNASA por interesse político, sem usar os critérios de número populacional dos povos indígenas. Esta pactuação não tem a participação das lideranças indígenas para que eles tenham conhecimento de como é feita esta pactuação. Ela é feita de forma autoritária, desorganizada, passando longe da realidade dos povos indígenas, tanto dos municípios e FUNASA. [...] Porque não se trata de você mandar montantes volumosos de recurso para municípios aonde você sabe que não tem um único profissional trabalhando ou, pior ainda, nós temos municípios na região norte que está recebendo sem ter em seu território nenhuma população indígena, é pior ainda, é mais escandaloso ainda. (Liderança Indígena Truká – Pernambuco, Coordenador da CISI e, Membro do CNS).¹⁸³

Partes das denúncias apontadas por esse informante no início do ano de 2007 foi confirmada pelos próprios gestores da FUNASA e do Ministério da Saúde alguns meses depois. Assim, em outubro do mesmo ano, no evento de lançamento da Portaria Ministerial 2556/2007 (BRASIL/MS, 2007), que regulamentou a forma de aplicação, pelos gestores municipais, do “Fator de Incentivo de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas”, repassado pelo

¹⁸¹ Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹⁸² Entrevista concedida em julho de 2010.

¹⁸³ Entrevista concedida em março de 2007.

Ministério da Saúde para as secretarias municipais de saúde, o presidente da FUNASA, após apresentar alguns dados de valores das transferências ocorridas fundo a fundo – um total de aproximadamente R\$175.000.000,00 (cento e setenta e cinco milhões de reais), entre outras palavras, manifestou-se:

Foi uma luta difícil e trabalhosa, porque nós tínhamos a compreensão de que o volume dos recursos que eram repassados fundo a fundo para as prefeituras municipais eram significativos, e que nós não tínhamos um controle preciso sobre essa aplicação e, muitas vezes, também é, os parâmetros usados nessa distribuição destes recursos, eles se davam de forma desuniformemente. Às vezes, tem município com mais índios e tinham menos recurso e tinha municípios com menos índios e que recebiam mais recurso. (Presidente da FUNASA).¹⁸⁴

Discurso semelhante proferiu o Ministro da Saúde, na mesma oportunidade, ao defender a importância da implementação da Portaria 2556/2007 (BRASIL/MS - 2007):

A portaria também avança, quando ela cria critérios claros e transparentes para a distribuição dos recursos, saindo do casuísmo e trabalhando no sentido de corrigir distorções estruturais históricas e melhorando, reduzindo, as iniquidades entre as regiões e entre os diferentes povos. Também, ela vai permitir fiscalizar melhor o controle dos recursos, seja do ponto de vista institucional de governo, seja do ponto de vista dos beneficiados por essa ação. Quero destacar, também, que a portaria respeita as diversidades regionais, quando ela cria critérios diferenciados de alocação na partilha *per capita* nacional, onde nós estamos acrescentando as variações regionais que vão beneficiar principalmente as regiões norte e nordeste do país dentro dessas políticas. (Ministro da Saúde)¹⁸⁵

Mesmo contando com o apoio de algumas lideranças indígenas – principalmente dos dirigentes do Fórum Permanente dos Presidentes dos CONDISIs, a Portaria assinada por esses governantes foi motivo de protestos em várias regiões do país. Ocorreram, inclusive, ocupações de prédios públicos e “detenção” de servidores da FUNASA dentro das áreas indígenas.

Na avaliação de algumas organizações do movimento indígena, ou mesmo indigenista, a assinatura da Portaria Ministerial 2556/2007 representou um passo do Governo Federal para municipalizar a assistência à saúde dos povos indígenas.

A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), por exemplo, encaminhou, nesse período, uma carta intitulada “*desaprovação e repúdio*” ao Ministro da Saúde. Segundo o documento:

A Municipalização do Subsistema de Saúde Indígena significa, para nós, Povos Indígenas do Brasil, engrossar as filas dos postos municipais de saúde e disputar com os não indígenas uma vaga na vala comum do esquecimento; os recursos humanos disponíveis nos municípios na área da saúde não são qualificados para lidar com os indígenas, suas especificidades, línguas e tradições culturais, além de não terem

¹⁸⁴ Discurso proferido em 17 de outubro de 2007 no lançamento da Portaria MS 5665/2007 - Plenário do Ministério da Saúde.

¹⁸⁵ Discurso proferido em 17 de outubro de 2007, no lançamento da Portaria MS 5665/2007 - Plenário do Ministério da Saúde.

nenhum compromisso com esse trabalho; a municipalização da saúde indígena colocará os Povos Indígenas à mercê das oscilações políticas locais. Permite o uso inadequado e indevido dos recursos da saúde para fins eleitoreiros; haverá a descontinuidade ou atraso das ações de saúde indígena na mudança de governantes municipais; a municipalização enfraquecerá a participação dos Distritos Sanitários, contrariando sua proposta de criação como espaço interétnico de atendimento qualificado à saúde dos Povos Indígenas; a municipalização, enfim, constitui um desrespeito total aos direitos dos povos indígenas, e revela a falta de palavra, de ética e de verdade das autoridades envolvidas com essa questão. Estas são as razões pelas quais não aceitamos a municipalização da saúde indígena. Os Povos Indígenas do Brasil não são coadjuvantes, são protagonistas de seu próprio destino com seus direitos constitucionalmente assegurados, para reivindicar dignidade e atendimento de qualidade. (Trechos da Carta intitulada “*desaprovação e repúdio*”, enviada ao Ministro da Saúde no dia 19 de outubro de 2007 pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB).¹⁸⁶

Também manifestou posição contrária à Portaria o Fórum Paiter Suruí – organização indígena da região norte do país, formada por Povos indígenas de Rondônia, noroeste do Mato Grosso Sul, Mato Grosso e sul do Amazonas. Em Carta Aberta, os militantes anunciaram:

Ao tomarmos conhecimento do teor da portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, externamos a nossa preocupação com as mudanças que irão ocorrer. [...] Com os recursos sendo repassados para a prefeitura, o atendimento só tende a piorar, pois haverá diminuição dos valores e conseqüentemente a qualidade do serviço prestado irá cair. Será que o governo federal quer acabar com a população indígena? Será que antes de ser tomada tal atitude, foi feita uma pesquisa junto as prefeituras do Brasil, verificando o potencial das mesmas se têm ou não condições de receber tal demanda? E a pergunta mais importante: será que as prefeituras querem tal responsabilidade? A impressão que o governo nos dá é que simplesmente as prefeituras não têm escolha, e aí surge o velho chavão “se virem!” [...] Atualmente o preconceito que nós indígenas vivemos é o de que já somos “civilizados”, que já estamos plenamente inteirados na sociedade envolvente, mas somente nós indígenas que convivemos nas nossas aldeias, conhecemos a realidade dos nossos velhos, mulheres e crianças que ainda não dominam a Língua Portuguesa, necessitando dos agentes de saúde indígena para falarem o que sentem aos profissionais da saúde. Não é permitida a permanência de acompanhantes dentro dos hospitais, não há espaço para que um índio mais estudado acompanhe um doente mais velho, ou de uma mulher que não fala a língua portuguesa, no período de sua internação. *Um dos princípios do SUS a Equidade*: É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A rede de assistência à saúde dos municípios da Amazônia não está preparada para receber o indígena respeitando suas diferenças culturais, lingüística, sociais, sendo que esta mediação é realizada pela FUNASA através dos DSEI’s. [...] Queremos aqui manifestar nosso repúdio com relação a este ato de irresponsabilidade do Ministério da Saúde para com as populações indígenas, e pedir o apoio de todas as instituições e pessoas que se sentirem solidárias a essa manifestação contra essa atitude do governo, que desconsidera a Lei 8.080 de 19

¹⁸⁶ COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, 2007.

de setembro de 1990, no artigo 8º, que dispõe sobre a organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. [...] Devemos lembrar ainda o Decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999, Parágrafo Único do Artigo II, diz que a organização das atividades de atenção à Saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DESI's, ficando assegurado o serviço de atendimento básico no âmbito das terras indígenas. (Trechos da Carta de repúdio à portaria que dispõe sobre as responsabilidades no atendimento à saúde indígena – itálico e aspas no original).¹⁸⁷

Nesse mesmo período, após a divulgação da Portaria 2556/2007, os Povos Xinguanos, reunidos no Polo-Base Pavuru, resolveram, como forma de protesto à assinatura do documento, “deter” 12 funcionários do DSEI/FUNASA. Eles ficaram “arrestados” por aproximadamente oito dias, sendo liberados após o diretor CORE/FUNASA de Mato Grosso ir pessoalmente até o polo-base e “dar as devidas explicações”, tanto sobre os impactos da Portaria Ministerial como também sobre a exoneração do chefe do DSEI/Xingu.

Em nota explicativa divulgada após a “visita” realizada ao Polo Pavuru, o coordenador regional da FUNASA (MT) comentou que os líderes indígenas queriam obter informações detalhadas sobre a nova legislação: “[...] *Eles reclamaram que recebem melhor atendimento dos servidores da FUNASA do que o prestado pelos municípios. Os índios também criticam a queda no valor dos repasses, prevista em alguns estados pela nova Portaria*”.¹⁸⁸

Além das “informações e esclarecimentos”, acordou-se também, no encontro, a criação de um grupo de trabalho composto por indígenas e técnicos da FUNASA para levantar e discutir os impactos vindouros da implantação da Portaria 2665/2007.

Entre as temeridades citadas em discursos públicos proferidos pelos conselheiros de saúde e demais líderes locais sobre a vigência da nova Portaria Ministerial, estava a possibilidade de os usuários indígenas passarem a usufruir do sistema público de saúde nas mesmas condições ofertadas aos demais cidadãos brasileiros. Houve outras preocupações, expressas com menos ênfase para a imprensa mas, certamente, não menos importante para os atores sociais. Primeiro, o risco de o Conselho Distrital Indígena não ser mais o fórum decisório, apenas consultivo. Conforme palavras do líder Kamayurá e coordenador executivo do IPEAX:

A coisa gritante que nós verificamos [Portaria MS 2556/2007] e eu pude ver lá, é que o conselho distrital não é o mais importante na hora de decidir, ou seja, o conselho seria apenas consultado se fosse o caso, tem a frase assim. Então, quando fosse discutir os assuntos relativos à questão da área de abrangência que os conselhos

¹⁸⁷ FÓRUM PAITER SURUÍ – Carta divulgada em 25 de outubro de 2007.

¹⁸⁸ Coordenador da CORE/FUNASA – Mato Grosso - FUNASA, 2007a.

distrital seria ouvido se fosse o caso, quem decidiria isto é o conselho estadual. Então, quer dizer, quebra o poder decisório do conselho e delega para um não índio, quer dizer, se tiver um índio dentro do conselho [estadual], um para o controle lá, mas a maioria é não índio. Então, a gente ver claro que, dependendo da interpretação [sobre a Portaria MS 2556/2007], ele pode, o conselho, o prefeito, o conselho municipal, ele pode determinar do jeito que ele quer. Não vai, ele vai ouvir o conselho distrital, mas o conselho não pode determinar, não, isto aqui nós não queremos, porque a decisão está lá em cima [fora das instâncias indígenas]. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX).

Para alguns líderes, há uma série de obstáculos para o exercício do controle social sobre a PNASPI a partir dos conselhos distritais indígenas. Porém, avaliam que o espaço ainda é melhor que os conselhos municipal e estadual de saúde, onde se fazem presentes diversos interesses e disputas, e os grupos aldeados contam com um número reduzidíssimo de representantes. Por exemplo, ao compor um conselho municipal de saúde com aproximadamente 17 assentos, apenas 2 representantes serão indígenas.

Segundo, a possibilidade de as conveniadas da FUNASA terem seus contratos rompidos, uma vez que a Portaria 2556/2007 define os papéis de cada instituição envolvida na implementação da PNASPI, mas não menciona como as organizações terceirizadas junto à FUNASA devem atuar no novo contexto. Conforme palavras dessa liderança:

Porque, uma vez estes recursos vindos para as prefeituras que decide sobre estes recursos, o prefeito, o conselho [municipal], o conselho distrital vai estar junto e, por outro lado, não se fala nenhuma vez na necessidade de conveniadas, entendeu, o recurso está lá, mas nem se toca. Porque na outra portaria [revogada] falava-se de conveniadas, então, eles lá interpretaram [líderes da região do Médio e Baixo Xingu] e nós interpretamos que, se não havia a necessidade de conveniadas, futuramente não precisaria mais ter equipe lá dentro da aldeia, o próprio município contrataria e faria o atendimento fora, ou em um polo ou no próprio município. Então, todo aquele, os tratamentos específicos, a saúde específica acabaria. O índio estaria todo no sistema que já existe hoje, nas dependências do SUS. Então, não teria assim, um avião para buscar o [paciente], isto foi interpretado lá entre nós. Não ter um avião para buscar o doente, você está doente, você pega o barco e vai se tratar na rede do SUS. Então, por todos estes fatores detectados, o pessoal não aprovou. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX).

Por outro lado, os formuladores da Portaria 2556/2007 alegam que, além de criar critérios mais justos na distribuição dos recursos entre as regiões do país, o documento

[...] obriga os municípios a prestar informação de todo o sistema de informação ao Ministério da Saúde, que é o número de mortalidade, número de nascidos vivos, informando os agravos, a notificação dos agravos e arquivo da produção também. E outra coisa que a portaria regulamenta, também, é a questão do controle social. Vai ter que ter um pacto, vai ter que fazer um pacto da forma que vai ser aplicado aquele recurso e, neste pacto, tem que ter necessariamente a presença do presidente do conselho distrital, a presença do conselho local. Então, vai ter a presença do usuário

indígena, além da FUNASA, além da secretaria de saúde do município. (Ex-presidente do DSEI-Mato Grosso do Sul e atual diretor do DESAI/FUNASA).¹⁸⁹

Ainda de acordo com o diretor do DESAI/FUNASA, um grande número dos municípios que recebem todo mês esse “*agrado*”, esse “*plus*”, nas palavras dele, não desenvolveu a assistência devida aos grupos aldeados. Para ele, a busca de sensibilizar os executivos municipais não obteve o êxito esperado pelo ordenador dos repasses, o Ministério da Saúde. Desse modo, havia a necessidade de “mudarem-se as regras do jogo”¹⁹⁰.

Esse gestor avalia que: “*o município tem responsabilidades com os povos indígenas, [...] mas, a questão é conflituosa*”¹⁹¹. Ele pondera, também, que a publicação da Portaria (2556/2007) exige um compromisso dos executivos municipais. No entanto, em seu juízo, o movimento não representa a municipalização da saúde indígena, conforme apontam alguns líderes indígenas e indigenistas:

O discurso que o pessoal falar, vai dizer que estamos municipalizando a questão da saúde indígena, não é? Porque nós já utilizamos do laboratório do município, do posto do laboratório, precisando a vacina sai do município que vem via Ministério da Saúde e via estado. Então, há um fluxo de descentralização, nós não vamos montar uma estrutura de câmara fria, por exemplo, para manter. Então, é um custo a mais, é um dispêndio a mais, é complexo o acompanhamento. Então, fica tudo no município, tem um posto aqui, tem a vacina. Essa população está vinculada aqui, mora na aldeia, mas pega esta vacina e vacinamos e não deu problema aqui, e damos conta. Então, o município tem responsabilidade sim, porque o índio mora lá. Mas não quer dizer que seja a municipalização da saúde indígena. [...] E aí, nas reuniões dos indígenas, aí, no Conselho [Nacional de Saúde] colocaram que nós estamos municipalizando, não estou. Porque esse dinheiro, independente da portaria vigorar ou não, se sair uma portaria ou não, ele vai continuar e eles [municípios] vão continuar todo mês, no dia dois vai estar recebendo. E eu falei, vocês, índios, não têm, não têm nem o conhecimento, não têm nem o poder de discutir lá. Agora, com a portaria sim, mas é o mesmo dinheiro. (Ex-presidente do DSEI – Mato Grosso do Sul e atual diretor do DESAI/FUNASA).¹⁹²

Entretanto, diante das “pressões” realizadas por diversos atores envolvidos na implementação da política sanitária (líderes indígenas, gestores de instituições terceirizadas, prefeitos, indigenistas, entre outros), até o final de 2009 a Portaria Ministerial 2556, promulgada em outubro de 2007, ainda não vinha sendo cumprida. (CEBRAP, 2009).

De fato, ao repassar aos municípios – que historicamente desenvolvem os serviços de atenção básica no país – em torno de 30% dos recursos orçados para a saúde indígena no ano de 2007, aproximadamente R\$175.000.000,00 (cento e setenta e cinco milhões de reais), o Governo

¹⁸⁹Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹⁹⁰ Ex-presidente do DSEI–Mato Grosso do Sul e atual diretor do DESAI/FUNASA - Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹⁹¹ Ex-presidente do DSEI–Mato Grosso do Sul e atual diretor do DESAI/FUNASA - Entrevista concedida em outubro de 2007.

¹⁹²Entrevista concedida em outubro de 2007.

Federal, através Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, colocou os municípios no centro das políticas públicas de saúde dos povos indígenas.

Cabe ressaltar que os municípios brasileiros receberam legislações de orientação ao SUS aprovadas na Constituição de 1988, com a responsabilidade da gestão e execução das atividades relacionadas à saúde em seu território. Adverte-se, ainda, que a descentralização do sistema de saúde é um componente do processo da Reforma Sanitária. Conforme afirma Tobar (1991), “[...] no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a descentralização é um princípio organizativo formulado para atingir princípios anteriores e superiores a ela: universalidade e integralidade e, equidade dos serviços de saúde”. (TOBAR, 1991, p.42).

Na Carta Magna de 1988, reconheceu-se aos Povos indígenas “[...] sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”. Para garantir esses direitos, a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas realizada em 1993 – parte da IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano anterior – concluiu que a municipalização que estava em processo de implementação era insuficiente para garantir os direitos constitucionais aos Povos Indígenas. Assim, apontou-se a necessidade da criação de um novo modelo de saúde indígena, alicerçado em um subsistema de atenção diferenciada integrado ao SUS, a ser executado pela União Federal através da FUNASA, organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, considerando-se as especificidades étnico-culturais, a formação populacional e a demarcação geográfico-territorial, entre outros.

Mesmo com esses tópicos aprovados nas Conferências Nacionais de Saúde e reconhecidos como legítimos pelo próprio Estado, que regulamenta as reivindicações através de legislação federal, o Governo Federal, ao repassar para os municípios os montantes de recursos na expectativa de executarem tais políticas, se contradisse em relação ao que havia proposto anteriormente.

Os municípios, pelo menos alguns visitados na pesquisa de campo (e, possivelmente, haveria pelo país muitos outros), apresentam sérias dificuldades em garantir estruturas médico-hospitalares para os próprios municípios das áreas urbanas. As secretarias de saúde caracterizam-se pela falta de estrutura física e logística, mas, principalmente pela falta de recursos humanos para atuar em níveis de atenção primária, secundária, ou mesmo de maior complexidade.

Conforme estabelecido acima, há nitidamente, na implementação da PNASPI pelo DSEI-Xingu, a fragmentação das ações entre o órgão federal e a prefeitura. Muitas vezes, na prática, as ações não se concretizam, pois os mecanismos de articulação entre o gestor local (as secretarias de saúde) e o Distrito Sanitário são frágeis, e, sobretudo desarticulados, provocando complicações no entendimento sobre a responsabilidade sanitária. Athias (2005), ao discutir os desafios relacionados à implementação da PNASPI nos DSEIs, adverte que o quadro se repete em diversos DSEIs espalhados pelo país. (ATHIAS 2005 apud CEBRAP, 2009)

Acrescenta-se a essas limitações, observadas na região da Terra Indígena do Xingu, uma outra. Na avaliação de alguns líderes indígenas locais – e a experiência de campo reforça tal ideia – há, por grande parte dos gestores municipais, uma grande animosidade para com as populações aldeadas. Essa postura decorre, principalmente, do perfil dos administradores executivos, em sua maioria fazendeiros que historicamente ocupam o entorno das Terras Indígenas do Xingu, realizando desmatamento e formando grandes fazendas de criação agropecuária ou de agricultura. Nesse contexto, a história das dinâmicas sociopolíticas envolvendo povos nativos e a chamada “sociedade envolvente” mantém-se majoritariamente mediada pela noção genérica de “índio” como sinônimo “do atraso” a ser superado no país. A política de colonização e expansão territorial no Brasil que data desde o século XVI retrata amplamente uma elite política que impõe seus interesses com determinação e, desde então, sempre manifestou com clareza a ausência de alteridade (ATHIAS, 2005 apud CEBRAP, 2009).

A animosidade confirma-se em parte, uma vez que, mesmo recebendo volumosos repasses do Governo Federal para os serviços de saúde aos grupos aldeados, os municípios persistem em não manter, em seu quadro de servidores, profissionais habilitados tecnicamente (antropólogos, educadores, assistentes sociais), ou mesmo sem essa formação, para atuarem como “referência” no apoio aos usuários indígenas que precisam da assistência na área urbana. A única exceção encontrada foi na cidade de Gaúcha do Norte, que conta com um indígena e um caraíba para executarem esse papel.

Como se observou, os cinco municípios que receberam os repasses do SAS/MS, visitados por este pesquisador, não incorporaram os representantes desses grupos nos Conselhos de Saúde Municipal. Tal realidade se faz presente também em outras regiões do país, envolvendo outros grupos étnicos. Isso decorre, na avaliação de um líder indígena Truká, de:

Eles [prefeitos] não querem fazer alterações na lei porque acham que os índios não têm necessidade de ficar discutindo uma política de atenção à saúde dentro dos

conselhos. E isto, para mim, é discriminação. Então, a gente só vai conseguir mudar isto quando a gente tiver o Conselho Nacional interagindo diretamente, mais junto com o controle social nos estados e municípios, para garantir o que determina a lei, o que determina a lei 8.142, o que determina a lei 9.136, o que determina a resolução 333 do Conselho Nacional, que os índios têm o direito à sua representação em todas as instâncias de controle social. (Liderança indígena Truká – Pernambuco, coordenador da CISI e membro do CNS).¹⁹³

Tal discriminação dificulta, para alguns gestores municipais, a execução de ações políticas que beneficiam os grupos aldeados no Território do Xingu. Dessa maneira, conforme a descrição de um informante indígena, após uma intensa negociação entre lideranças e conselheiros de saúde aldeados no Xingu com o prefeito de São José do Xingu (MT), acordou-se que parte dos recursos repassados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) no ano de 2006 seria utilizada para a construção de uma CASAI, reformas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em postos de saúde nas áreas indígenas. Contudo, para a execução das obras, o executivo municipal necessitava da aprovação da câmara de vereadores.

Ao colocar em votação a mensagem do gestor municipal solicitando a autorização, o legislativo teve suas galerias “tomadas” por conselheiros municipais de saúde. Com posicionamentos contrários ao projeto do executivo, argumentavam, principalmente, que a maioria dos municípios não seria beneficiada por tais construções. Diante da pressão exercida por esses cidadãos, a maioria dos vereadores posicionou-se contra o projeto.

Posteriormente a essa negativa, os líderes xinguanos mobilizaram-se novamente e, através de reuniões com os conselheiros de saúde do município e vereadores, conseguiram acordar que com os recursos já recebidos em 2006 pelo executivo municipal seriam realizadas obras somente na área urbana. Os recursos a serem repassados nos anos seguintes pela Secretaria de Atenção à Saúde (MS) garantiriam as demandas já acordadas com o executivo municipal.

No segundo semestre de 2007, parte destas obras começou a ser construída dentro das aldeias e polos-base do Xingu. Porém, algumas das obras corriam o risco de ser interditadas judicialmente, entre elas, a reforma da Unidade Básica de Saúde (UBS), no Polo-Base Pavuru. Segundo um informante, essa ameaça de embargo judicial decorreu do fato de que as reformas e construções estavam acontecendo fora do município de São José do Xingu. A UBS do Polo-Base Pavuru, por exemplo, localiza-se no município de Feliz Natal.

Desse modo, “diálogos” e “alianças” entre gestores municipais e lideranças indígenas envolvendo, inclusive, outros atores sociais – os conselheiros de saúde e vereadores do município

¹⁹³Entrevista concedida em março de 2007.

de São José do Xingu – não significam que as reivindicações dos grupos aldeados serão atendidas. Nesse caso, por exemplo, a burocracia estatal é que poderá impedir a consolidação dos acordos firmados.

No contexto, os conselheiros de saúde aldeados e demais lideranças indígenas encontram uma série de dificuldades que impossibilitam qualquer forma de acompanhamento fiscalizatório dos repasses – conforme previram os administradores da FUNASA e do Ministério da Saúde em discursos proferidos no lançamento da Portaria 2665/2007.

O líder Mehinaku e presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu expôs essas dificuldades:

Até agora, a gente nunca conseguiu dialogar com os prefeitos ou secretários de saúde municipal, a gente não tem diálogo, a gente não tem conversa. Porque a gente precisa saber como que estão gastando os recursos, se realmente está atendendo a gente, se realmente está indo recurso, se não está entrando o recurso, a gente tem que ver se está entrando, a gente tem que conversar. Se eles estão gastando o recurso direitinho e preocupando com a saúde indígena. A gente precisa negociar né? (Liderança Mehinaku e presidente do Conselho Local do Alto Xingu).

As principais limitações citadas pelos conselheiros de saúde e lideranças xinguanas para acompanhar as formas de aplicação dos recursos – além da própria postura dos gestores das pastas executivas, em sua maioria pouco afeitos a prestarem contas dos recursos públicos que administram – estão na dificuldade de entender relatórios, dados e informações burocráticas, muito em razão de não terem recebido qualquer formação/capacitação, além da falta de estrutura logística (transporte, alimentação e hospedagem) para irem até as cidades. No entanto, a pesquisa de campo revela que tais empecilhos não impedem a reivindicação de assento nos conselhos municipais de saúde. Tal demanda foi apresentada pelos indígenas xinguanos em todos os municípios pesquisados. Porém, ocupar esses espaços parece não ser a principal estratégia desses grupos para influir nas formas de gastos dos recursos considerados da saúde indígena.

Desse modo, percebe-se que “pressionar” os gestores municipais, a partir de reuniões organizadas na área indígena ou na própria sede dos governos, é o caminho mais utilizado pelas lideranças.

O movimento da Região Indígena do Xingu tem sido organizado, principalmente, pelos conselheiros de saúde e demais líderes aldeados. Todavia, identifica-se que, em alguns casos, o próprio cacique de uma determinada aldeia sente-se legitimado a procurar as autoridades municipais e solicitar – quase sempre – bens materiais para seu grupo (alimentos, roupas,

combustível; passagem de ônibus; material de pesca; lonas; peças para carro, barco e trator; e conserto dos veículos).

A busca em construir diálogos e algumas “alianças” para determinar os encaminhamentos para os recursos recebidos pelas prefeituras dessa região é considerada, pela maioria das lideranças xinguanas, como um movimento legítimo. Todavia, para alguns conselheiros de saúde local, a ação possibilita às prefeituras a ocupação de espaços nas áreas indígenas, seja através das contratações cedidas às conveniadas, seja com a oferta de construções de edifícios como Unidades Básicas de Saúde, postos de saúde e alojamentos (CASAs).

Os líderes avaliam que, “*com o tempo, o Governo Federal convencerá à sociedade que a secretarias de saúde municipal estão capacitadas para trabalhar com a saúde indígena*”¹⁹⁴. Nas palavras do militante Kamayurá e presidente do CONDISI do Xingu:

Olha, esse movimento do governo é muito, como que eu falo, é o vento forte que vai colocar a gente entre paredes, encostar na parede. E a gente não tem como optar, eu vou fazer essa comparação. É muito perigoso, sabe. [...] Recursos da SAS é uma onda muito forte e muito perigoso para nós, e se a gente se deixar levar do jeito que está essa questão, vai fugir do nosso controle, o tão sonhado autonomia do povo [indígena] mesmo. Nós gerenciarmos o próprio recurso, fazer gestão, o controle do recurso da saúde pelos próprios índios, essa é a nossa palavra certa. Mas, ultimamente, né, os ventos têm mudado de rumo e está indo mais para os municípios e não é nós que damos base para isto, que é uma onda fortíssima mesmo do governo, que eu acho, a gente fica bastante preocupado, esta é a minha opinião. (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).¹⁹⁵

Ainda para o conselheiro:

Tem vez que o gestor municipal vai mostrar que beneficia mesmo [os indígenas], os recursos da SAS. E, diretamente, já está beneficiando e estruturando a questão do atendimento de estrutura do município. Ao invés do sonhado, vamos ampliar a UBS, talvez, aumentar a resolutividade da UBS, das nossas referências. A gente fala muito isto, e aí, depois, quando vem a questão da SAS a gente esquece de falar sobre isso. Então, eu acho que tem que ter uma chamada sério mesmo, para esta questão de esclarecer o que nós vamos seguir realmente. Vamos defender a autonomia do distrito, que trabalhasse realmente com o nosso povo aqui dentro, como vai ser. Ou então, se a gente não se mexer politicamente, ou então, um movimento grande mesmo dos povos indígenas para manifestar sobre isso, a gente está rumando para a municipalização da saúde indígena, esta é minha opinião. (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).¹⁹⁶

Para o líder indígena, a maioria dos seus pares tem visto esses repasses como mais uma possibilidade de alcançar antigas reivindicações demandadas junto ao DSEI/FUNASA sem êxito. Como por exemplo: construções e reformas de UBSs, postos de saúde, casa de saúde; aquisições

¹⁹⁴Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI - Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹⁹⁵Entrevista concedida em janeiro de 2008.

¹⁹⁶Entrevista concedida em janeiro de 2008.

de barco, motor de popa, rádio amador, equipamentos de saúde e até mesmo empréstimos de veículos.

Esse dilema, entre outros observados no cenário, resulta das contradições encontradas na nova conjuntura criada pelo Governo Federal que, através do Ministério da Saúde, adotou a postura de aumentar os repasses do fator de incentivo para assistência à saúde indígena para diversas prefeituras municipais possibilitando, assim, uma nova configuração dentro das políticas públicas de saúde para os Povos Indígenas. No Território do Xingu, por exemplo, além da estrutura de saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), através das conveniadas EPM/UNIFESP e a organização indígena IPEAX, há, agora, mais oito modelos de gestão política de saúde, com a execução de serviços de saúde organizados nos municípios do entorno dos grupos aldeados. Esses modelos podem ser alterados a cada quatro anos, com os processos eleitorais.

Tal conjuntura favorece enormemente a des-responsabilização de todos os entes do cenário em prestar assistência de saúde aos grupos indígenas. O processo, inclusive, é muito semelhante ao vivenciado pelos povos indígenas no Brasil nos anos 1990, quando a FUNAI e a FUNASA dividiam as responsabilidades de assistência à saúde nas aldeias. Contudo, o momento parece mais complexo, uma vez que, agora, são várias agências apontadas como responsáveis por implantar uma política pública com diretrizes de integralidade e equidade. Por outro lado, a pesquisa de campo revela que os grupos aldeados no Xingu têm procurado dialogar, interferir e, principalmente, construir “alianças” com as administrações públicas municipais, com o objetivo de verem suas reivindicações atendidas, mesmo que, para alguns líderes locais, isso significa abrir mão da “autonomia gestonária” e dos “direitos” dos Povos Indígenas conquistados na Constituição de 1988, posteriormente reafirmados nas legislações que regulamentam a PNASPI.

Portanto, foi na política sanitária ofertada aos Povos Indígenas que o Estado brasileiro buscou inicialmente efetivar esses “direitos” e “conquistas”. Assim, procurou substituir o discurso/prática paternalista e assimilacionista mantido junto a esses Povos historicamente e propôs-se a reconhecê-los como “cidadãos etnicamente diferenciados”. Argumenta-se, para tanto, que a garantia do direito indígena de atenção integral e diferenciada decorre das especificidades e da situação de vulnerabilidade desse segmento sociocultural (LANGDON, 2001). Contudo, as alterações nos códigos legais não se traduzem necessariamente em mudanças nas práticas administrativas. Tem sido bastante frequente o descompasso entre o texto das leis e as políticas

implementadas nas comunidades. Isso indica que a chamada “questão indígena” ocupa um espaço secundário na cena política brasileira, frequentemente subordinada a outros problemas considerados política e economicamente mais significativos: a questão agrária, o problema estratégico das fronteiras e a questão ambiental.

Conclui-se, assim, que na atuação do Estado na implementação de políticas sanitárias junto aos Povos aldeados, “[...] os indígenas continuam transitando entre a aplicabilidade dos direitos com uma visão diferenciada e do direito entanto valor universal, mas também porque, em função disso nem o Estado nem os atores indígenas assumem uma posição unívoca”. (MEZA, 2003, p. 22). Para Meza: aplicada à noção dos direitos, tanto no plano da universalidade quanto da diferença, entende-se essa condição “(...) se considerarmos que o contrário da “igualdade” não se contrapõe à diferença, mas à “desigualdade”, não obstante esse dilema comporta na prática algumas armadilhas observadas no desenho de políticas públicas. (2003, p.22)

O Estado brasileiro, influenciado pelos organismos internacionais (OIT, ONU, OEA, etc.), sob “pressões” internas colocadas por indigenistas e, principalmente, pelo movimento social indígena, busca efetivar políticas sociais junto a esses Povos. Por conseguinte, através de decretos, o Estado reconhece os direitos à livre determinação almejada pelos líderes aldeados, mas apenas se sujeita à estrutura da regulação estatal. Reconhece-se, assim, “[...] o exercício da identidade indígena entanto seja um direito vinculado ao indivíduo e não a estrutura coletiva da qual pertence, dilemas que concretizam a armadilha que a diferença comporta, quando colocada na dimensão oposta à noção da igualdade” (MEZA, 2003, p. 24). Os conteúdos dos decretos governamentais dos últimos anos – inclusive os que regulamentam políticas públicas ofertadas a esses grupos – revelam os matizes do novo manejo do Estado à questão da autodeterminação étnica cujo projeto revela, de fato, claras incompatibilidades entre os interesses locais (grupos étnicos regionais) e os da sociedade global (Estado). Portanto, o regime de autonomia étnica seria realizável como projeto de vida político-jurídico dos Estados, mas apenas nas condições específicas nas quais pelo menos o interesse local fosse, em parte, compatível com os interesses globais (MEZA, 2003).

Essas incongruências são facilmente notadas em avaliação de programas de políticas públicas como a PNASPI ofertada aos indígenas desde 1999. Essa política, construída sob a influência das conferências de saúde, foi implantada em contexto denominado redução do “tamanho” do Estado, sob a articulação de um novo discurso oficial para se referir ao desenho

das políticas sociais dirigidas às populações aldeadas. Portanto, a nova relação entre o Estado e as sociedades indígenas ocorreu em um contexto bastante particular, no qual as instituições se debatem entre a eficácia do Estado – representada pela lógica liberal de minimizá-lo – e a lógica de uma regulação democrática dos direitos sociais. Busca-se, assim, confluir duas lógicas – a política e a econômica – aparentemente conflitantes, por possuírem dimensões que requerem a existência de espaços públicos participativos, marcados pelo desenho de uma relação de gestão compartilhada (ou cogestão), explicada por Dagnino (2002) na figura de uma confluência perversa entre os interesses instrumentais (por assim dizer) do Estado, que persegue o sucesso do modelo neoliberal de compactação e do projeto participativo da sociedade civil para a extensão da cidadania¹⁹⁷.

Sobre o movimento, a implementação de políticas sanitárias como a PNASPI, planejadas a partir de mecanismos deliberativos e participativos, com objetivos universais, essa “[...] lógica aparentemente ambígua expressa-se na convivência do lucro aferido pelo sistema privado de atendimento com a dinâmica democrática refletida no atendimento público e universal e ao alargamento das responsabilidades de co-gestão” (MEZA, 2003, p. 44). Trata-se dos signos de uma nova racionalidade política, que se traduzem no encontro da tendência descentralizadora do Estado com as demandas participativas da sociedade civil, configurando a marca do denominado “Estado Moderno”, uma vez que inclui a democratização, a autonomização e a participação popular (COHN, 1992).

É dentro dessa lógica que caciques e demais líderes das aldeias do Alto Xingu organizam associações e buscam, através de convênios, construir “parcerias” com o Estado, tornando-se, desse modo, prestadores de serviços de saúde dentro de suas áreas de moradia. Entender as razões que motivaram o movimento dos líderes locais e os dilemas e contradições geradas por tal decisão constitui tarefa do item exposto a seguir.

¹⁹⁷ A perversidade é percebida por Dagnino no fato de ambos os projetos apresentarem direções opostas e até antagônicas, pois requerem uma sociedade civil ativa e propositiva. (DAGNINO, 2002).

3.4 – A organização do IPEAX como parte do *modus operandi* da política pelos líderes locais frente ao novo contexto

Desde a implantação da PNASPI em 1999 até o ano de 2004, através do Projeto Xingu, a Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), foi a única organização a atuar na execução dos serviços de saúde na Terra Indígena do Xingu. No entanto, em março de 2004, alguns líderes alto-xinguanos, por estarem “[...] descontentes com o modelo e a qualidade dos serviços de saúde ofertados pela EPM/UNIFESP e, também, com a forma com que esta instituição administrava os recursos desta política pública” (ARAÚJO, 2007, p. 07), resolveram “expulsar” a conveniada de seu Território. Outro agravante para a consumação desse movimento foi o falecimento de um líder Yawalapiti - pai do Cacique Geral do Xingu. Na avaliação de alguns aldeados, faltou, por parte dos administradores e profissionais de saúde da EPM/UNIFESP, maior qualidade no atendimento a esse líder por ocasião do seu adoecimento. Por isso atribuem aos membros da instituição a culpa pela sua morte.

Com o afastamento da EPM/UNIFESP, os próprios líderes locais assumiram, através da Associação Indígena Mavutsinin e, posteriormente, do IPEAX, a responsabilidade pela execução dos serviços de saúde dentro de uma determinada região desse Território.

Diante de tal decisão, o DSEI-Xingu, que mantém funcionando uma Casa de Saúde do Índio em Canarana (MT) e outra em Sinop (MT), ambas em parceria com as prefeituras locais e com as próprias conveniadas IPEAX e o Projeto Xingu EPM/UNIFESP)¹⁹⁸ para oferecer hospedagem e apoio aos pacientes em tratamento e seus acompanhantes, passou a contar com duas conveniadas responsáveis pela execução dos serviços na área da saúde: a EPM/UNIFESP, com a responsabilidade sobre as populações das aldeias do Médio e Baixo Xingu, ligadas ao Polo Pavurú, ao Polo Diauarum e, mais recentemente, ao Polo Ngoiwere, e a Associação Indígena Mavutsinin, com a responsabilidade de executar os serviços de saúde na região compreendida como Alto Xingu – tendo como polo-base o Posto Indígena Leonardo Villas Bôas.

Esta última, fundada em março de 2000 por lideranças indígenas da etnia Kamayurá, tinha como missão institucional “implementar a autonomia das comunidades xinguanas nos projetos

¹⁹⁸A CASAI, localizada na cidade de Sinop, por exemplo, de acordo com o gestor da secretaria municipal de saúde, seria responsável por garantir médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipes de limpeza na casa de saúde, cabendo-lhe ainda, quando necessário, garantir o transporte de pacientes entre a unidade de saúde e os hospitais conveniados nas cidades polos, como Cuiabá (MT), Goiânia (GO) e São Paulo (SP). Para a EPM/UNIFESP, coube a responsabilidade de definir quem deve ser atendido na unidade de saúde e como deve ser o transporte no percurso aldeia - cidade, incluindo-se os gastos. Já para o DSEI-Xingu ficou a responsabilidade de administrar a Casa e garantir os medicamentos necessários aos pacientes atendidos. (Entrevista realizada em abril de 2007).

econômicos, sociais, educacionais e ambientais em parceria com entidades governamentais”¹⁹⁹ e passou, então, de uma organização que gerenciava pequenos projetos em parceria com setores do Estado a “organizar e operacionalizar os serviços visando à atenção integral à saúde da população indígena do Alto Xingu”²⁰⁰, recebendo, para isso, aproximadamente R\$2.230,000,00 (dois milhões e duzentos e trinta mil reais).

De acordo com um dos coordenadores da organização:

Ao assumirmos a saúde com a Associação Mavutsinin, o primeiro ano foi bastante difícil né. A equipe, no primeiro ano, tinha pouquíssimas pessoas, muita gente não sabia ainda lidar com o SISCON²⁰¹ e SIASE²⁰², a prestação de conta foi bastante difícil. [...] Então, nos nove meses seguintes, foi muito difícil. A partir daí, começa a estabilizar e chega no final do convênio bem mais experiente. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e atual coordenador executivo do IPEAX).²⁰³

A associação, segundo esse mesmo informante, ficou 12 meses como responsável pelo cumprimento do convênio. No entanto, ao término do primeiro ano de atuação, as lideranças indígenas alto-xinguanas decidiram formar outra associação – com o controle político e administrativo das lideranças pertencentes à etnia Yawalapiti – chamada IPEAX (Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu), que substituiria a Associação Mavutsinin e suas responsabilidades.²⁰⁴

A decisão desses líderes locais de assumir, a partir de 2004, o “controle” sobre a gestão e a execução dos serviços de saúde para as suas populações aldeadas fazia parte de um movimento que ocorreu em diversos outros DSEIs instalados no país. De acordo com Garnelo e Sampaio (2003), de 2000 para 2002 o número de ONGs indígenas conveniadas com a FUNASA saltou de quatro para 19.

Esse movimento – conforme se observou acima – contou com o incentivo da direção do DESAI/FUNASA. Nas aldeias localizadas na região do Alto Xingu não foi diferente. As

¹⁹⁹ ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUTSININ, 2000, p. 01.

²⁰⁰ Plano operacional de ações da Associação Indígena Mavutsinin apresentado à FUNASA em janeiro de 2004. (ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUTSINI, 2004).

²⁰¹ SISCON – Sistema de Convênios firmados junto à FUNASA, observando as Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios do Ministério da Saúde e a Portaria FUNASA n.º 1, de 02/01/02. (consultado em setembro de 2001 em: <http://www.funasa.gov.br>)

²⁰² SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – através de dados informatizados, propõe-se a monitorar e aprimorar o acompanhamento da situação da saúde dos índios e agilizar a tomada de decisões sobre ações de combate, controle e prevenção de doenças. (consultado em setembro de 2001 em: <http://www.funasa.gov.br>)

²⁰³ Entrevista realizada em julho de 2006.

²⁰⁴ De acordo com esse mesmo informante, essa “troca” ocorreu devido a problemas gerados especialmente porque alguns diretores da Associação Indígena Mavutsinin, envolvidos com outros projetos da entidade, começaram a “misturar os recursos” direcionados à saúde, utilizando-os para outras finalidades, como a aquisição de alimentos, combustível, barcos, etc. E também problemas com cheques sem fundo, colocando em risco a continuação do convênio com a FUNASA. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX - entrevista realizada em julho de 2006).

lideranças que estiveram à frente do processo de rompimento com a organização EPM/UNIFESP e, posteriormente, da construção do projeto para assumir a execução dos serviços de saúde junto a seus grupos, contaram com o “apoio” da direção do DESAI/FUNASA e, principalmente, dos administradores do DSEI-Xingu.

Por outro lado, segundo um dos dirigentes do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP – instituição aliçada de continuar as ações de saúde nas aldeias localizadas na região, o que ocorreu foi: “[...] no meu ponto de vista, uma grande interferência, uma ingerência, da FUNASA nessa decisão, com certeza. Falaram [para as lideranças indígenas] vamos fazer que a gente ajuda, e tal”²⁰⁵.

Já na percepção da coordenadora dos programas de saúde do “Projeto Xingu”, o rompimento entre os líderes alto-xinguanos e os dirigentes da EPM/UNIFESP resultou de outros fatores:

Eu acredito que um desencontro de expectativas na questão de lidar com a saúde. [...] Se eu te responder do ponto de vista do atendimento, do cuidado com o doente, tem diferença de expectativas sim, do que a gente oferecia e do que eles queriam. E isso ficou claro em várias situações e isso é interessante. Por exemplo, quando houve um dos momentos mais próximos da ruptura, da saída da UNIFESP em que eles, uma das propostas em uma reunião do Conselho [Distrital] foi que eles fizessem uma dramatização de como era o atendimento e quais eram os problemas na região do Alto, do Médio e do Baixo Xingu, mostrando o que estava bom e o que estava ruim na saúde. E foi super interessante, que uma das cenas que eles [conselheiros do Alto Xingu] representaram na dramatização foi o atendimento de uma gestante que veio da aldeia e que um médico, que seria o médico da UNIFESP, atendeu, acompanhou e examinou a paciente e disse que ela precisava ficar ali em observação, que ela tinha que ficar ali, que ele não iria dar o medicamento, que ele teria antes de observar os sinais dela. E isso foi colocado como uma coisa ruim, porque, segundo eles, o médico teria que ter dado o medicamento, interferido e tirado da área. Então, se você olha com um olhar de quem é do Sistema Único de Saúde e que tem uma visão da saúde pública, você acharia que a denotação estava excelente, o atendimento. Só que, para o olhar deles, não, eles queriam uma intervenção medicamentosa ou de saída de área. Hoje está mais claro para mim, é uma diferença ideológica, inclusive, de como lidar com a questão da saúde e com o sistema de saúde. (Ex-consultora do Projeto PNUD/PRODEAGRO e coordenadora dos Programas de Saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP).²⁰⁶

Questionamentos semelhantes foram observados em algumas reuniões públicas. Em um dos encontros, um cacique Mehinaku, por exemplo, proferiu o seguinte comentário:

Porque a UNIFESP então, os profissionais [...], isto a gente achou muito errado, onde eles falavam quando o índio adoece eles falavam toma suco de pequi, toma água, toma banho, isso, eles receitavam mais isto, aonde o índio morria mais, por isso as

²⁰⁵ Entrevista concedida em outubro de 2006 – Anota-se que as “suspeitas” levantadas pelo coordenador em parte foram confirmadas por ex-gestores do DSEI e DESAI ao assegurarem que haveria, por parte da FUNASA, a intenção deliberada de firmar convênios com organizações indígenas.

²⁰⁶ Entrevista concedida em outubro de 2006.

lideranças tomaram a decisão e pediram o afastamento da Escola Paulista da UNIFESP²⁰⁷.

No contexto alto-xinguano, espaço considerado de intermedicalidade (NOVO, 2008), as lideranças indígenas, ao incorporar os serviços de saúde ofertados pelo Estado, partiram de uma “lógica complementar” aos demais modelos terapêuticos nativos (CARDOSO, 2004). Todavia, essa etnografia revela “desencontros” entre as perspectivas dos usuários indígenas para com os serviços de saúde estatal - um modelo que contaria com serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas dentro das áreas indígenas – e o executado pelos profissionais da EPM/UNIFESP, que priorizou ações de promoção e prevenção em saúde preconizada pelo SUS²⁰⁸.

A coordenadora técnica da EPM/UNIFESP revela, ainda, que os líderes alto-xinguanos, desde o início dos anos 1990, não queriam a formação de agentes de saúde indígenas. Suas reivindicações direcionavam para garantir a permanência de profissionais de saúde caraíbas nas aldeias. Narra a técnica: *“para eles, era como se fosse uma paga [pagamento] da nossa sociedade, que deveria ter branco para cuidar da saúde deles”*²⁰⁹. Ainda para a interlocutora ligada ao “Projeto Xingu”:

[...] Os caciques não conseguiam ver no próprio índio a capacidade de entender o conhecimento do branco e aplicar lá, eles não davam esta legitimidade para os próprios índios, eles não legitimavam o trabalho dos agentes. E isso era difícilimo, imagina esses garotos vão dar agora remédio para os índios, então, eles não acreditavam nisso. E outra coisa que eles queriam era ter alguém de fato para dar remédios, ter alguém que desse conta de dar remédios, que desse conta de tirar quando fosse preciso para a cidade para uma maior intervenção, então, isso era bem nítido, entre eles. A nossa posição, desde essa época, era saber que o único jeito de você ter garantia de se ter uma boa qualidade de saúde e controle das doenças e de uma intervenção eficaz do ponto de vista da saúde, seria formar os próprios índios para isso. Isso, em todos os níveis a nossa grande posição foi essa, a gente vai formá-los em todos os níveis, até chegar a médicos, e é o único jeito de eles garantirem a continuidade do processo sob o controle da saúde, que eles assumissem. (Ex-consultora do Projeto PNUD/PRODEAGRO e coordenadora dos Programas de Saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP).²¹⁰

No contexto, a presença de um profissional caraíba na aldeia vincula-se ao papel político desempenhando pelos caciques e demais líderes dentro do sistema alto-xinguano, reforçando o princípio difundido entre as lideranças de que o controle e a posse de bens auxiliam na garantia

²⁰⁷ Cacique Mehinaku e Administrador do Parque Indígena do Xingu pela FUNAI – entrevista concedida em março de 2007.

²⁰⁸ Alguns desses desencontros foram observados anteriormente por CARDOSO, 2004; 2005; 2007a; e NOVO, 2008; 2009.

²⁰⁹ Ex-consultora do Projeto PNUD/PRODEAGRO e coordenadora dos Programas de Saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP - Entrevista concedida em outubro de 2006.

²¹⁰ Entrevista concedida em outubro de 2006.

de legitimidade e poder – não só dentro das aldeias, mas também nas relações com os não índios. “Possuir” um profissional na aldeia é uma das maneiras de as lideranças exercerem não só o papel de “provedores” nas aldeias, já que há uma ideia difundida entre os alto-xinguanos de que são eles que “conseguem” os profissionais através de suas relações pessoais. Portanto, o trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde nas aldeias “[...] é apropriado muito mais como elemento político de acesso a bens e serviços e de legitimação da posição do cacique, contrastando com uma visão que privilegia mais a questão técnica dos atendimentos e da rede hierarquizada de serviços” (NOVO, 2008, p. 70).

Gallois (2002), ao estudar os Waiãpi, chama atenção para as longas listas de demandas apresentadas por esse grupo às autoridades locais e regionais – motosserra, motor de popa, espingarda, chumbo, panela, enfermeiro, professora, etc. – e explicita que as demandas não relacionam apenas bens que se tornaram necessários ou são desejados, representam essencialmente a manipulação, por via das coisas, da interação com o branco. Segundo a autora:

É a resposta à relação instituída pelos agentes de contato, na qual a distribuição de presentes e promessas de assistência tornam-se duas facetas de uma mesma barganha; de acordo como os índios, uma vez aceita a convivência, o fluxo de mercadorias e cuidados com a saúde deve continuar (GALLOIS, 2002, p. 217).

Outra diferença importante, anotada pela coordenadora dos programas de saúde da EPM/UNIFESP, diz respeito ao modelo assistencial ofertado aos usuários indígenas. Nas palavras da interlocutora:

A nossa Instituição pautou-se historicamente nos princípios da reforma sanitária, buscando-se garantir um Sistema Único de Saúde para todos, que tivesse acesso para todos de equidade, universalidade. Isso foi uma luta imensa e em função de um ideal e você, de fato, garantir acesso para todo mundo [...]. Quando a gente assumiu o sistema de saúde dentro do Xingu, obviamente você teria que trabalhar o acesso em todas as aldeias. Então, a gente lidava com isto de uma maneira muito, por exemplo, com uma liderança do Aweti, ou do Mehinaku ou do Kuikuro, assim como dos Kaiabi ou dos Yudjá, de uma maneira muito igualitária com todo mundo. Olha, como nós vamos distribuir esses recursos, esses equipamentos, nós temos que pensar. Por exemplo, os Aweti não têm um barco, não têm um motor, então, nós temos que atendê-los nisso, a equipe tem que ir atender em todas as aldeias. [...] Isso também feriu um outro jogo de poder, que é clássico entre os alto-xinguanos, que quem tem o poder são algumas pessoas, eles é que têm que dizer para onde vai o barco, dependendo das suas alianças políticas. Então, é uma questão ideológica, muito diferente, muito distinta e a gente não soube lidar com isso. A gente não soube escutar essa questão da composição do poder e dialogar de uma maneira mais clara, por exemplo. Eu tenho a impressão que se a gente tivesse trabalhado com as lideranças que detinham o poder de uma outra maneira, talvez a gente teria tido uma

outra abordagem, a gente teria um outro desenrolar das coisas. (Coordenadora dos Programas de Saúde do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP).²¹¹

Conforme se verifica acima, entre os grupos xinguanos as relações hierárquicas evidenciam-se “[...] pela predominância de certos chefes sobre os chefes de outras aldeias como representantes do conjunto xinguanos, em face de grupos não-xinguanos (os brasileiros, por exemplo)” (HECKENBERGER, 2005, p. 241). Portanto, para os líderes locais, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico adicional e necessário (particularmente, para se protegerem das “doenças dos caraíbas”, cujo impacto epidemiológico foi e tem sido significativo)²¹², mas também propriamente político: trata-se de um “bem de consumo”, que tende a ser incorporado de acordo com a dinâmica societária e política que é própria a essas sociedades (CARDOSO, 2004a).

No contexto, parte das lideranças demanda, na área de saúde, a construção de hospitais e centros de saúde locais, reproduzindo

[...] o que eles consideram o modelo “caraíba” de assistência médica poderia ser adequadamente compreendido sob essa forma: igualdade de tratamento e acesso aos serviços de saúde e, por meio dessas “conquistas”, a reafirmação do “fazer política” alto-xinguanos, centrado na capacidade de seus líderes de incorporarem determinados tipos de benefícios para suas comunidades. Os conflitos internos (referentes às disputas por poder local) e externos (derivados da relação de algumas comunidades e lideranças alto-xinguanas com as organizações encarregadas de levar a cabo os programas de saúde e educação no Parque do Xingu) referem-se aqui às formas de assistência ou aos projetos propostos e a autonomia dessas comunidades para deliberação sobre os mesmos, inclusive sobre a gestão dos recursos alocados para a sua realização (CARDOSO, 2004, p. 13 – aspas no original).

Ainda para Cardoso:

[...] a forma da relação e do usufruto dos princípios constitucionais que asseguram às comunidades indígenas ao mesmo tempo *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas), permanece presa à uma inexorável contradição, que só pode ser adequadamente “negociada” no campo político tanto interno à organização dessas comunidades quanto externo, de acordo com suas relações com as instituições, governamentais ou não, que elaboram e gerenciam os projetos assistenciais que lhes são dirigidos. (CARDOSO, 2004a, p. 13 - itálico e aspas no original)

Assim, os Povos aldeados nessa região apropriam-se do espaço “da saúde” como forma de garantir participação política no contexto nacional, e mais do que isso: como forma de reforçar

²¹¹ Entrevista concedida em outubro de 2006.

²¹² Sobre esse ponto, ver a coletânea organizada por Santos e Coimbra Jr. (1994), que contém artigos que demonstram que os perfis epidemiológicos dessas populações estão relacionados com as dinâmicas socioculturais que determinam tanto a sua “vulnerabilidade” às doenças quanto a sua *significação* no contexto das práticas sociais às quais estão sujeitas.

sua legitimidade dentro do sistema alto-xinguano – uma vez que assumem o controle de acesso a bens e serviços provenientes das ações biomédicas – equacionando uma utilização concomitante dos serviços biomédicos e das terapêuticas tradicionais (NOVO, 2008).

Mesmo nesse curto período de aproximadamente cinco anos de convênio entre a organização indígena Mavutsinin/IPEAX e o DSEI-Xingu (FUNASA), a pesquisa de campo revela que a relação é marcada por ambiguidades e consequências.

Ao aceitar a execução de políticas públicas em saúde, das quais “[...] os projetos teriam sido formulados dentro do ideário de um modelo integral e ampliado de atenção à saúde pela própria racionalidade técnica que é inerente quer à forma de organização e prestação dos serviços, quer à execução das ações preventivas e curativas” (CARDOSO, 2004a, p. 11), os líderes locais passaram a lidar com as imposições do DSEI (FUNASA) para o cumprimento de programações, metas, prazos e orçamentos definidos em planos distritais que em nada se assemelham às suas rotinas administrativas prévias. (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Dessa maneira, ao assumir recursos e responsabilidades do Estado, as organizações indígenas conveniadas passaram a lidar com um dilema ético: “[...] a partilhar a rigidez burocrática das estruturas de governo e as contradições do neoliberalismo, que forçou a adoção de modelos de atenção à saúde contrários aos princípios de universalização e de publicização do SUS”. (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1218). Além dessa paradoxal relação entre o DSEI/FUNASA e as conveniadas, que tenderam a moldar a forma de atuação na execução de políticas de interesses do Estado, gerando um atrelamento a prioridades políticas definidas em espaços exteriores aos grupos étnicos (ibid.), ocorreram também dois outros fatores que colocavam em risco a própria autonomia e legitimidade do movimento. O primeiro diz respeito à mudança do perfil dos dirigentes das associações indígenas, que aceitaram fazer convênios com o Estado. No caso do DSEI-Xingu, por exemplo, os principais quadros políticos do Conselho Distrital de Saúde²¹³ tornaram-se dirigentes da associação que assumiu o papel de conveniada – a Associação Indígena Mavutsinin que, posteriormente, foi substituída pela Associação IPEAX. Situações como esta redefiniram o caráter das associações indígenas, criando novos papéis que geraram contradições em sua militância política: “Pois se, por um lado, elas desenvolvem lutas pela garantia de direitos civis – como o direito à saúde – por outro, se tornam prestadoras de

²¹³Cabe ao Conselho Distrital de Saúde Indígena “Aprovar e acompanhar a execução do Plano Distrital de Saúde Indígena; acompanhar as ações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; e exercer o controle social das atividades de atenção a saúde indígena” (BRASIL/MS, Portaria 070/2004, p. 03). No caso do Xingu, o conselho é formado por pessoas indicadas pelas diversas aldeias - pertencentes a uma mesma sub-região administrada pelo DSEI (FUNASA) – e também pelos caciques.

serviços, assumindo a peculiar atribuição de cobrar e fiscalizar seu próprio desempenho”. (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p.1218-1219).

O segundo trata de uma relação que impõe “dependência” e “troca” entre as organizações indígenas e, conseqüentemente, suas lideranças com os agentes dirigentes dos órgãos governamentais responsáveis por elaborar, implantar, executar e fiscalizar as políticas públicas de saúde ofertadas às populações indígenas, no caso o DSEI/FUNASA.

Essa situação evidenciou-se, especialmente, nos fóruns de avaliação da política de saúde ofertada às populações indígenas, tais como as reuniões do Conselho Local de Saúde. Conforme se observou – através de entrevistas, diálogos informais e discursos proferidos nos fóruns internos as aldeias – há um movimento intenso de discordância e críticas por parte dos caciques, lideranças e conselheiros de saúde sobre a fórmula que a atual direção do DSEI-Xingu (FUNASA) adota para gerenciar as políticas e os recursos direcionados à saúde indígena.

No entanto, nas reuniões em que esses dirigentes se fazem presentes, a tônica das discussões passa a ser a importância das parcerias entre o Governo Federal e a população indígena. Essa mudança de conduta explica-se especialmente porque a renovação dos convênios de prestação de serviço entre a Associação Indígena IPEAX e o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (FUNASA) depende da apreciação/aprovação desses gestores locais.

Mesmo após a assinatura dos contratos, essa dependência persiste, porque é muito comum o Governo Federal atrasar os repasses de recursos acordados nos convênios. Garnele e Brandão (2003) anotam que as razões desses atrasos se devem a dois fatos principais, que se retroalimentam.

Inicialmente, não há repasse mensal automático de recursos, como ocorre no sistema fundo-a-fundo do SUS. No caso dos convênios, a legislação prevê que, após o repasse de duas parcelas do total dos recursos pactuados para o ano, deve ser feita a prestação de contas do montante já aplicado, a fim de fazer jus à nova parcela de recursos. Como fato adicional, não apenas as ONGs encontram dificuldades em organizar prestações de contas de forma ágil e precisa, mas também a própria FUNASA se mostra morosa em analisar e aprovar (ou reprovar) as contas enviadas e liberar as parcelas subseqüentes. (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 241).

Os autores sugerem, ainda, que os atrasos são inerentes ao modelo de convênios e “impedem a adequada continuidade das atividades comprometendo a eficiência e a eficácia do sistema.” (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 241).

Diante desse quadro na relação entre a conveniada e Governo Federal, o “empenho” dos gestores locais para “agilizar essa liberação” torna-se fundamental. Além disso, percebeu-se, que no cotidiano dessa conveniada ocorrem constantes solicitações feitas ao Distrito (FUNASA) por combustível, medicamentos, locação de horas/voo, etc.²¹⁴

Em troca desses “favores”, as lideranças indígenas evitam discutir nos fóruns mais amplos problemas como a inexistência de parcerias entre o DSEI (FUNASA) e a Associação Indígena IPEAX; o distanciamento e às vezes a ausência dos gestores governamentais no acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência; o não empenho em garantir para a população indígena a saúde diferenciada, que reconhece suas especificidades étnicas e culturais; e, por último, por não colaborar com os Conselhos de Saúde para exercerem o controle social.

Entender as razões que motivaram os caciques e as demais lideranças das aldeias do Alto Xingu a tomarem essa decisão política constitui um dos objetivos deste texto. Para tanto, apreendeu-se, através da observação dos discursos dos líderes locais – e também dos gestores da conveniada EPM/UNIFESP, que existe um desencontro entre o modelo de saúde demandado por essas populações, que almejam: ter médico próximo às suas comunidades; uma estrutura hospitalar com aparelho de raios-x e ultrassom; farmácias abastecidas; barcos e horas/voo que possibilitem o transporte rápido e com qualidade dos casos considerados graves; tratamento diferenciado nos hospitais públicos ou conveniados, como, por exemplo, o direito de receber a visita de um pajé quando solicitado ou de não ter no cardápio uma alimentação que culturalmente não seja recomendada e o modelo ofertado pelo Estado (no caso do Xingu, executado até recentemente pela EPM/UNIFESP), que historicamente caracterizou-se, de acordo com as informações das lideranças alto-xinguanas, por ter a presença de médicos de forma esporádica nas áreas indígenas (um modelo campanhista); a realização dos exames de ultrassom e radiografia nos hospitais das cidades polos; medicamentos insuficientes; lentidão na retirada de pacientes graves; e, por último, dar entrada nos hospitais públicos ou conveniados das cidades polos e serem tratados como mais um cidadão/usuário a procurar o sistema público de saúde.

Para um líder alto-xinguano, assumir a execução dos serviços de saúde talvez não modifique essa realidade, mas possibilita, em sua opinião, o direito de os próprios índios escolherem o que deve ser priorizado.

²¹⁴ Tal fato ocorre devido às mudanças embutidas na Portaria 070/2004 do Ministério da Saúde, conforme anotado anteriormente.

Assim se manifesta o informante Mehinaku:

Se nós trabalharmos a saúde dentro da nossa organização, na verdade não é qualquer um que trabalha com essa saúde, a pessoa é que tem que trabalhar com a saúde indígena, seja ele branco ou índio, ele tem que ter amplo conhecimento dentro do seu povo, dentro daquela sociedade. Se não conhece, se não é aquela pessoa que preocupa que estar lá diante como coordenador e o operador das ações não consegue também, não muda nada. E eu só posso dizer que é importante porque, a partir do momento que os índios começam a cuidar da sua saúde, aí é que eles vão ver as dificuldades, ou então, aí eles vão ver que isto aqui é melhor ou isto aqui não é melhor. Então, é dentro dos índios assumirem uma responsabilidade na área de saúde na sua mão, gerenciar, é que ele vai saber o que realmente precisa. Tentar fazer o mínimo possível dentro da sua realidade. Então, ele vai considerar essa realidade como uma coisa importante e ele vai priorizar. Então, isto é o que eu vejo, que as pessoas que trabalham dentro de uma organização têm que saber, não adianta também colocar uma pessoa que não conhece e que não preocupa, que não tem amplo conhecimento, também não resolve também. Então, tem que realmente ter pessoas preparadas para isso. (Liderança Indígena Mehinaku, professor e, ex-presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu).²¹⁵

Apesar de ser demasiadamente arriscada para algumas lideranças indígenas, a terceirização tem representado a possibilidade de garantir a autonomia gestonária sobre essas políticas públicas e de buscar a resolução de problemas e propostas de transformação da sociedade através da própria iniciativa indígena, em face do descrédito da capacidade, do Estado ou da própria conveniada EPM/UNIFESP – administrada por caraíbas.

Em estudos realizados no estado do Amazonas, nos DSEIs de Manaus e o do Rio Negro, Garnelo e Sampaio (2005) observaram movimentos semelhantes ao anotados neste trabalho junto aos alto-xinguanos, ou seja, de vários grupos étnicos aldeados assumirem junto à FUNASA o papel de executores dos serviços de atenção nas áreas indígenas. Entre as razões listadas para os líderes indígenas dessas regiões aceitarem a pactuação, “[...] deve, principalmente, à busca do protagonismo político negado pela política indigenista e ao desejo de responder às necessidades formuladas por suas bases políticas, boa parte das quais são demandas de interiorização de políticas de governo nas áreas indígenas”. (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p.1220).

Mais à frente, os autores sugerem que:

Apesar de arriscada e problemática, a terceirização apresenta, aos olhos das lideranças, potencialidades para a ocupação de novos espaços de poder e para buscar a resolução de problemas e propostas de transformação da sociedade através da própria iniciativa indígena, face ao descrédito da capacidade, ou vontade, do Estado em fazê-lo. Tal decisão implica igualmente em mudança nas formas de intervenção social desses agentes sociais, que expressam propósitos de assumir o protagonismo na condução de políticas públicas. Parte desse esforço se

²¹⁵ Entrevista realizada em março de 2007.

traduz na apropriação de conceitos e propósitos do SUS e da racionalidade tecnoburocrática exigida para o manejo de programas e projetos do setor público. O cenário gerado pela terceirização da saúde indígena é ambíguo e contraditório. Por um lado, a participação propiciada pelo subsistema de saúde indígena enquadra as entidades etnopolíticas em propostas e finalidades preestabelecidas, que não necessariamente favorecem a autonomia e a autogestão e que induzem os dirigentes indígenas a investir no aprendizado da linguagem e de estratégias da tecnoburocracia, em detrimento da lógica e de formas próprias de atuação dos movimentos sociais. Aos dirigentes indígenas é facultado apenas planejar, gerir e executar as ações de saúde que se restrinjam aos limites de sua realidade local/distrital e implementar políticas de governo cuja concepção não foram chamados a participar. Cabe-lhes, ainda, atender as disposições legais que regulamentam a implantação de serviços, com baixa sensibilidade às especificidades culturais das etnias a eles adscritas (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1222).

Garnelo e Sampaio (2005) explicitam, ainda, que é inegável que a distritalização propiciou uma interação mais respeitosa entre o Estado brasileiro e as minorias étnicas, havendo, ainda, o fortalecimento institucional e administrativo das entidades indígenas para o manejo de políticas públicas e a apropriação, por seus líderes, de conceitos e propósitos da reforma sanitária que são indispensáveis à busca da desejada equidade no acesso aos serviços de saúde. Contudo, como bem destacaram esses autores, ao aceitarem o papel de executores das políticas públicas em saúde dentro das suas comunidades, os dirigentes indígenas adotaram “Uma opção de alto risco político para o movimento indígena em, aceitar uma interface tão profunda e complementar com instituições de um poder de Estado, contra qual sua história tem se configurado de modo contrastivo”. (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1220).

No Alto Xingu, mesmo que a experiência de exercerem o “controle” sobre a gestão e a execução dos serviços de saúde junto às suas populações aldeadas seja ainda recente, os dados etnográficos têm indicado transformações importantes na relação construída historicamente entre o Estado e os grupos locais.

Por um lado, percebeu-se que, ao assumirem o papel de executores da política de saúde em suas aldeias, as lideranças xinguanas passaram a ter um controle maior sobre a destinação dos recursos a serem aplicados e, conseqüentemente, a ver algumas de suas prioridades na área de saúde – formuladas por suas bases políticas – atendidas. Por outro lado, têm-se todas as contradições criadas nesse novo cenário, pois se anteriormente esses militantes desenvolviam lutas pela garantia de direitos civis entre eles, o direito à saúde, agora – como bem observaram Garnelo e Sampaio (2005) – vivenciam o papel de prestadores de serviço do Estado, em uma

relação de pactuação, que os coloca na peculiar atribuição de cobrar e fiscalizar o seu próprio desempenho.

Na região do Alto Xingu, essas incongruências não envolvem somente alguns ex-militantes do movimento social indígena que, atualmente, estão incumbidos de exercer o papel de prestadores de serviços ao Estado. Elas abarcam a maioria dos líderes locais que, de alguma forma, participam das discussões sobre a implementação das políticas públicas junto aos grupos aldeados. Dessa forma, a partir dos fóruns e encontros realizados pelos conselheiros de saúde, com a presença dos usuários, trabalhadores da saúde, entre eles os AISs, os AISANs e lideranças, ocorre um movimento organizado pelos administradores da Associação IPEAX para responsabilizar toda a comunidade pelo sucesso ou possível fracasso da organização indígena. Uma das estratégias utilizadas pelos dirigentes da Associação é o reforço da identidade étnica, não somente indígena, mas também alto-xinguana.

Como alertou o líder Kamayurá e coordenador executivo do IPEAX em uma reunião do Conselho Local de Saúde:

Porque a gente tem que ter muito cuidado também, porque o IPEAX, o presidente do IPEAX é indígena, é nosso parente, e um dos mais famosos índios do Xingu, como é que a gente vai sujar o nome dele, não pode. Então, por isso mais ainda, a gente anda na ponta dos pés, assim, para não errar, porque se a gente errar, sobra para ele [cacique geral da Terra Xingu], sobra para todos nós. E aí, todo mundo vai dizer que a organização dos índios do Alto [Xingu] está péssimo, não serve. E aí, vão trazer os brancos de novo, então, é grande responsabilidade. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e atual coordenador executivo do IPEAX).²¹⁶

Para Clastres ([1962] 1974, p.45): “A opulência do chefe é o sonho acordado do grupo”. O inverso também se opera, portanto sua derrocada é responsabilidade de todos. O desafio mencionado pelo dirigente do IPEAX e por outras lideranças indígenas, de que os povos indígenas “*não podem errar*” senão “*vão trazer os brancos de novo*”, assumindo responsabilidades e enfrentando problemas de dimensões até então desconhecidas, na realidade consiste na necessidade de consolidar (ou mesmo formar) um grupo étnico²¹⁷, a fim de se fortalecer e poder enfrentá-los. Dessa forma, a etnia e, conseqüentemente, a identidade étnica²¹⁸,

²¹⁶ Entrevista realizada em julho de 2006.

²¹⁷ Assim como fez Abner Cohen (1969; 1974), emprega-se aqui a expressão grupo étnico no seu sentido político, ou seja, como um grupo de interesse.

²¹⁸ Para Carneiro da Cunha (1985), a identidade étnica é construída de forma situacional contrastiva, constituindo-se uma resposta política a uma conjuntura e uma resposta articulada a outras identidades com as quais forma um sistema. Para Carneiro da Cunha, a identidade faz das diferenças sinais diacríticos, pois se constrói pela tomada de consciência das diferenças e não pelas diferenças em si. Refere-se a algo específico, a uma origem histórica que se afirma através da cultura. Nesse contexto, segundo a autora, o que há de mais importante é que a história é uma caução para aquilo que marca a identidade étnica, ou seja, a “tradição”

são considerados elementos centrais, seja para compreender a dinâmica interna desses grupos, seja a sua articulação com a sociedade mais abrangente.

Ao estudar a organização de uma associação formada por lideranças indígenas que procuram apropriar-se de forma protagonista no processo de implementação de políticas públicas resultantes de mobilização política reivindicatória construída anteriormente, percebe-se que essas lideranças, para a construção de um grupo étnico no seu sentido organizacional, seja para se colocar no espaço social, seja para fazer reivindicações ou para executar serviços, configuram-se como um grupo de interesse, ainda que o objetivo principal do movimento seja a melhoria da qualidade de atenção à saúde em suas comunidades, ou mesmo o controle político sobre os bens e serviços constantes na política pública. Esse processo envolve a construção de uma identidade coletiva e das fronteiras da “comunidade” e, conseqüentemente, uma contínua escolha das características utilizadas para definir a etnia indígena, que se coloca, ou quer se colocar, contrastivamente perante o branco, no caso os caribbas que, através do Projeto Xingu EPM/UNIFESP, continuam a implementar as ações de assistência à saúde dos “parentes”²¹⁹ localizados no Médio e Baixo Xingu.

Salienta-se, ainda, que a etnicidade deve ser considerada como uma forma de interação entre os grupos culturais, operando dentro de contextos sociais comuns, à medida que essas lideranças indígenas dialogam ou tentam dialogar com a sociedade, como portadora de uma cultura própria. No decorrer desse processo, há uma contínua conscientização de um “nós”, em oposição a um “outro” e, portanto, o fortalecimento de uma identidade étnico-racial, bem como de uma cultura indígena alto-xinguana. É uma concepção que também enfatiza o que Cardoso de Oliveira (1976) denominou uma ideologia da etnicidade ou ideologia étnica, o conjunto de representações elaboradas pelos grupos étnicos, a respeito de suas respectivas situações de contato, nesse processo de interação. No entender do autor, é essa ideologia étnica que fornece a base para o surgimento de movimentos sociais.

ou a “cultura”. (CARNEIRO DA CUNHA, 1985). Ainda para autora, nesse processo, ao mesmo tempo em que há a formação de uma cultura, há também a constituição simultânea da comunidade que se utiliza desta cultura. E, ao finalizar tal discussão, Carneiro da Cunha afirma que os estudos de etnicidade colocam em causa a noção de cultura, pelo menos na sua acepção tradicional, uma vez que essa cultura, que a autora denomina “*cultura da diáspora*”, é resultado de uma seleção elaborada de traços culturais (Ibid, p. 40).

²¹⁹ Os alto-xinguanos referem-se aos indígenas de outras etnias como parentes.

Nesse contexto, a administração da Associação IPEAX pelas lideranças indígenas representa uma ferramenta política na relação direta que se estabelece com os organismos estatais. Deste modo, ainda que as lideranças não participem diretamente das decisões tomadas pelo IPEAX – o que se observa principalmente nas reuniões do Conselho, havendo priorização de outras lógicas de negociação – o fato de que a entidade é coordenada por um representante indígena faz com que o princípio de autogestão de ações e recursos se torne mais acessível. “A delegação desta representatividade a uma liderança “autenticamente xinguana” – em detrimento da representação através de ‘instituições de branco’, como era a UNIFESP, por exemplo – lhes garante a posição de *atores políticos* efetivamente”. (NOVO, 2008, p. 44 – aspas e itálico no original).

Nesse contexto, a associação indígena IPEAX aparece como um importante elemento político alto-xinguano, sendo utilizado pelas lideranças nas relações que estabelecem com o Estado Nacional, com a intenção de garantir um espaço legitimado por políticas governamentais de acesso a bens e serviços considerados importantes. Porém, ao mesmo tempo, a organização opera como um elemento de caráter contrastivo da identidade étnica, que consiste na afirmação do nós – membros da organização indígena IPEAX, diante dos outros – caraíbas que compõem a prestadora de serviço EPM/UNIFESP.

Portanto, a concretização desse elemento político aglutinador dá-se pela efetivação daquilo que foi garantido aos Povos aldeados na Carta Constitucional de 1988 e reafirmado nas legislações que orientam a PNASPI, que é a autonomia gestonária desse grupo sobre essa política pública.

No item seguinte, apresentam-se, a partir da permanência nas áreas indígenas, observações pontuais sobre a rotina da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e usuários que demandam os serviços de saúde. São mencionadas algumas dificuldades, como também desencontros e conflitos ocorridos entre os diferentes atores sociais do cenário. No entanto, este trabalho não avalia os serviços de assistência à saúde organizados nas áreas

indígenas, por falta de critérios para tal²²⁰ e por não ser objetivo da pesquisa. Procura-se, assim, apontar como as ações de assistenciais em saúde estruturadas a partir das normas contidas na PNASPI estão permeadas de deficiências e contradições.

²²⁰ Para Buchillet (2004, p. 56): “A avaliação do estado de saúde de uma sociedade ou comunidade é geralmente feita por meio da coleta de indicadores socioeconômicos, ambientais, demográficos e epidemiológicos: natalidade, mortalidade geral, infantil e materna, número de nascidos vivos/nascidos mortos, morbidade, esperança ou expectativa de vida, estatísticas relativas à demanda por serviços de saúde, entre outros”.

3.5 - O modelo assistencial em saúde operacionalizado nas áreas indígenas do Alto Xingu: “dificuldades”, “conflitos” e “desencontros”

No Polo-Base Leonardo Villas Bôas–Terra Indígena do Xingu, 22 de janeiro de 2008, segunda-feira, às 8h30min, ouve-se no rádio comunicador da saúde:

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Polo Leonardo chamando Nahukuá, câmbio, responda Nahukuá, câmbio.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Câmbio, Nahukuá na escuta, bom dia.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Bom dia, tudo bem? Alguma novidade para nós hoje?

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Sim, temos um paciente aqui que desde anteontem de manhã está sentindo dores na barriga e não tem melhorado. O nome dele é [...] e tem uns 55 anos de idade.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - E o que ele tem?

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Bem, ele disse que sente muitas dores na barriga, mas não está com diarreia nem nada assim. Não vomitou, mas está sentindo muitas dores.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Então pede para ele vir aqui agora pela manhã para que eu possa examinar.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Olha, eu já havia dito a ele que talvez eu o levaria aí, mas, ele disse que não quer ir para o Polo Leonardo não, ele quer ir para Canarana.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Mas ele precisa ser examinado pela gente primeiro, aqui, e somente depois, se precisar, é que vamos mandar ele para Canarana no barco ou no avião, se for o caso.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Ele disse que quer ir para Canarana e que também não aguenta ir de barco, não, que tá sentindo muitas dores e precisa ir para o médico.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Está bem, então. Hoje tem um avião que deve vir aqui no polo para retirar outro paciente, então, vou pedir para ele pousar aí e retirar esse paciente também para Canarana. Aí, você diz que ele poderá ter um acompanhante que irá no barco que vai sair amanhã cedo para Canarana.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Entendido, então, câmbio e desligo.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo:- Câmbio, desligo.

Pelo menos meia hora antes do início do “horário da saúde na aldeia” já havia iniciado mais um dia de trabalho da equipe de multidisciplinar de saúde no Território Xingu²²¹. Pelo menos no Polo-Base Leonardo, tal rotina iniciou-se com a abertura da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o atendimento aos pacientes indígenas oriundos de diversas aldeias. No período matutino são atendidos em torno de dez pacientes e no vespertino, mais dez. Ocorre nesse mesmo espaço o atendimento odontológico, com uma média diária de 12 pacientes.

Paralelo ao início dos trabalhos nessa unidade básica de saúde, em todas as aldeias do entorno, os Agentes Indígenas de Saúde foram orientados pela chefe de equipe a realizar visitas domiciliares, levantando os possíveis pacientes com problemas considerados mais graves e que necessitariam ser transportados ao polo, ou mesmo para a área urbana. Desse modo, quando a coordenadora da equipe de saúde via o radiograma, realizava o chamado “horário da saúde nas aldeias”. Os Agentes, de imediato, passavam-lhe um quadro contendo informações sobre a situação de cada aldeia.

A remoção de pacientes/familiares ocorre via barco ou avião. A retirada por barco é realizada pelos próprios AISs. Já a remoção via aérea necessita ser articulada pela chefe de equipe de saúde do polo junto ao DSEI-Xingu, localizado na cidade de Canarana (MT).

Além de realizar o atendimento na unidade básica de saúde do Polo-Base Leonardo, parte dessa equipe multidisciplinar, neste caso, formada por enfermeiros, odontólogos, técnicos em enfermagem e agentes de saúde indígenas, visitam as aldeias circunvizinhas – em alguns casos localizadas a aproximadamente seis horas de distância via fluvial (barco - com motor de popa HP/40)²²². Quanto às atividades de saúde realizadas no decorrer dessas visitas, seguem-se as Normas Operacionais Básicas do SUS, dentro dos programas de saúde pública, que englobam: saúde da mulher e da criança, do idoso, das doenças crônico-degenerativas, das doenças transmissíveis (DSTs), entre outras. Todas as atividades têm programas de execução, com ações e metas a serem alcançadas durante um ano.

²²¹ As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) seguem diretrizes da PNASPI que estão plenamente tratadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “orienta-se pelo princípio da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” BRASIL/MS, 2002a. Sua atuação não difere muito da Estratégia Saúde da Família já que “atua sobre um território (população adstrita) executando ações pactuadas com a população; deve realizar atividades de acordo com planejamento e programação com base em diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de desenvolvimento de cidadania”. (CEBRAP, 2009, p. 90).

²²²Horse-Power (HP), termo inglês que significa força-cavalo.

Contudo, a coordenadora dessa equipe salienta que, para os atendimentos no Polo, ou mesmo nas aldeias, não há horário fixo, atende-se 24 horas. Recorda, inclusive, que a maioria dos partos ocorre pela madrugada e são realizados nas próprias aldeias²²³.

Conforme preconizado pela PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL/MS, 2002a), o fluxo de serviços de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deve iniciar-se na aldeia, por meio da atenção prestada pelos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, nos postos de saúde, e periodicamente, por meio de visitas das equipes multidisciplinares, previamente programadas. Na região do Alto Xingu, em 2006, havia 27 aldeias²²⁴. A maioria contava com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), também chamada de postinho, onde são realizados os atendimentos e, ao mesmo tempo, armazenam-se medicamentos e outros equipamentos como luvas, algodão, seringas, etc. Todavia, em apenas três aldeias – Kuikuro, Aweti e Kamayurá, esses espaços foram construídos em alvenaria. Nos demais, as construções estão nos moldes das outras casas, ou seja, são construções de pau a pique com cobertura de capim ou palha de palmeira. De acordo com a coordenadora da EMSI/Xingu, isso tem sido um problema, pois, com o tempo, algumas dessas casas começam a deteriorar-se e os medicamentos e os demais materiais da farmácia básica ficam expostos às ações da chuva, do sol e dos ventos.

Segundo Novo (2008), que observou essa mesma realidade recentemente, não se tem muito claro nessas aldeias de quem é a responsabilidade pela manutenção das Unidades de Saúde. Comenta a pesquisadora:

Os AIS freqüentemente reclamam que “*o postinho é da comunidade, mas a comunidade não cuida*” e a “*comunidade*” considera que é dever do AIS cuidar do “*espaço da saúde*”. A ONG conveniada também não assume a responsabilidade por esta manutenção, afirmando que “*a responsabilidade por construções definitivas é da FUNASA*”, e que “*a comunidade tem que ajudar a cuidar do postinho*”. A FUNASA, por sua vez, afirma que não possui verbas suficientes para construir os espaços definitivos e responsabiliza a conveniada pela falta de manutenção dos espaços provisórios. (NOVO, 2008, p.36 – Aspas e itálico no texto original.)

Desse modo, é comum ouvir nos discursos das lideranças indígenas que os postos de saúde atualmente construídos nos moldes tradicionais não servem e que todos deveriam ser de alvenaria, conforme ocorreu em algumas poucas aldeias. Assim, uma das reivindicações mais

²²³ Chefe de equipe de saúde do Polo Leonardo - Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²²⁴ Dados fornecidos pelo IPEAX – referentes ao ano de 2006.

citadas nos encontros do Conselho Local de Saúde é a necessidade de construção de postos de saúde nas aldeias. Tal reivindicação também é reforçada pelo coordenador da conveniada IPEAX. Em suas palavras:

Então, eu tive olhando, e estes postos estão em condições inadequadas, sem condições de trabalho. Não tem local para guardar os medicamentos, às vezes é na própria casa do AIS. Sabe, isto é uma situação, eu acho que nós temos de lutar para que possamos construir estes postinhos, isto é uma competência da FUNASA, construção é competência da FUNASA. E a gente não vê, a médio e longo prazo, apesar dos planos, a gente faz o plano distrital, mas não acontece. Não acontece e vai diminuindo a qualidade de trabalho (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX).²²⁵

Esse mesmo informante alerta que algumas aldeias da região não contam nem mesmo com esse espaço provisório. Assim, os atendimentos de saúde e o armazenamento dos medicamentos ocorrem na residência de um dos AISs da aldeia. Todavia, o dirigente assegura que há a previsão da construção de postos de saúde em todas as aldeias localizada no Alto Xingu, onde serão guardados medicamentos e os profissionais de saúde desenvolverão suas atividades²²⁶. Relata ainda que as legislações da PNASPI deixam explícito que a responsabilidade de construir esses espaços reservados à saúde em cada aldeia seria da FUNASA. Desse modo, nas suas palavras, sua organização (IPEAX) juntamente com as lideranças indígenas têm pressionado os gestores da autarquia para tomar a frente nessa ação.

Além dessa pequena estrutura destinada à saúde, todas as aldeias do Alto Xingu contam com pelo menos um Agente de Saúde Indígena. Em alguns casos, há até quatro AISs numa mesma comunidade. Além desses profissionais, pode-se encontrar um Agente Indígena de Saneamento (AISAN), ou mesmo um auxiliar de enfermagem. No caso, todos esses agentes citados são indígenas. Porém, o coordenador geral do IPEAX informa que duas aldeias (Kuikuro e Aweti) contam com a presença permanente de técnicos de enfermagem ou enfermeiros “caraíbas”. E um dos propósitos futuros de sua associação é garantir que todas as aldeias tenham a presença desses profissionais brancos.

Ainda pelas legislações contidas na PNASPI, o segundo nível dos serviços ofertados às populações indígenas está constituído nos polos-base, com uma UBS, onde atuam as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena – EMSIs. Os polos-base são a primeira referência para os

²²⁵ Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX - Entrevista concedida em julho de 2006.

²²⁶ Entrevista concedida em julho de 2006.

Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. No caso da região do Alto Xingu, esse polo-base localiza-se no Posto Indígena Leonardo Villas Bôas – administrado pela FUNAI.

Nesse polo, a UBS funciona em uma pequena casa de alvenaria, com aparência de edificação recente em comparação às demais construções de tijolos localizadas nesse posto. Há seis pequenas salas, sendo duas para consultas médicas, que contam com um pequeno suporte de equipamentos, tais como maca, mesa ginecológica, uma pia com balcão e balança. Em outra, realizam-se as atividades de tratamento odontológico. Há ainda duas salas para a farmácia, com medicamentos, luvas e seringas e uma sala estruturada com computadores e armários utilizados no controle dos medicamentos da UBS. Esse mesmo espaço também é utilizado pelos profissionais de saúde para a feitura de relatórios e pequenas reuniões de equipe. Na parte externa da casa, há uma pequena varanda, com bancos de madeira designados aos pacientes que aguardam o atendimento.

Na análise da enfermeira chefe da equipe de saúde no Polo Leonardo, a estrutura ofertada para a atuação dos profissionais de saúde é mínima, à exceção dos medicamentos, que são satisfatórios. Porém, faltam alguns equipamentos considerados de baixa densidade e custo, como por exemplo, o aspirador de via aérea, utilizado em possíveis sangramentos na garganta. Essa interlocutora lembra que até recentemente essa unidade de saúde não tinha um aparelho de medir o nível de glicemia dos pacientes. Ela considera que essas deficiências são decorrentes de questões burocráticas da estrutura do Estado²²⁷.

Além dessa UBS, tem-se nesse polo uma Casa de Saúde do Índio, construída dentro dos moldes “tradicionais” de casa alto-xinguanas, ou seja, de pau a pique com cobertura de sapé. Esse espaço destina-se a alojar os pacientes em trânsito para remoção até a cidade de Canarana (MT), ou mesmo para consultas no próprio polo. Para Novo (2008), que recentemente realizou uma etnografia nesse mesmo contexto, a construção representa um “descompasso” de expectativas:

Quando as entidades responsáveis pelos atendimentos (IPEAX e DSEI) propõem e constroem uma casa para abrigar os pacientes que estão em tratamento no Posto Leonardo nesses moldes, há uma clara pretensão de “reforçar as tradições”, deixando de lado, entretanto, uma série de fatores considerados de extrema importância pelos alto-xinguanos, sendo este local considerado inapropriado por diversas razões. Uma das questões vistas como um problema pelos pacientes são as noites frias, especialmente durante os meses de maio a setembro, não havendo uma estrutura apropriada (como há nas casas nas aldeias) para a confecção de fogueiras, em função da quantidade de pessoas ali hospedadas e do fato de abrigar muitos pacientes com problemas nas vias respiratórias, sendo impedidos pelos

²²⁷ Chefe de equipe de saúde na área do Polo-Base Leonardo Entrevista concedida em janeiro de 2008.

profissionais de saúde de fazerem tais fogueiras para “não piorar a situação da saúde”. Uma das soluções encontradas pelos pacientes foi, contrariando as indicações dos enfermeiros, arrancar as madeiras que serviam de paredes da CASAI para fazer fogueiras, tendo seu comportamento interpretado pelos profissionais da EMSI como ‘vandalismo’ ou ‘depredação’ – como se simplesmente os indígenas não valorizassem o “patrimônio que possuem” (NOVO, 2008, p. 53 – aspas no original).

Além dessas duas estruturas destinadas à atenção básica dos pacientes na região do Polo Leonardo, há ainda uma casa cedida pelos administradores da FUNAI para “moradia” dos profissionais de saúde que atuam no polo. Em janeiro de 2008, essa Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) estava formada por cinco enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, três auxiliares indígenas de enfermagem, dois odontólogos, 53 Agentes Indígenas de Saúde (AISs) e 13 Agentes Indígenas de Saneamento (AISANs). Todos esses profissionais de saúde são contratados pela organização indígena IPEAX.

Essa associação recebeu, no ano de 2008, o montante de R\$2.230.000,00 (dois milhões duzentos e trinta mil reais). Além dos profissionais de saúde atuantes na área indígena, o IPEAX conta também, em seu escritório sediado na cidade de Canarana, com um coordenador geral, uma coordenadora técnica de saúde, dois coordenadores administrativos, três secretárias, quatro auxiliares administrativos, dois motoristas, entre outros profissionais.

Seguindo-se o fluxo – conforme legislações PNASPI (BRASIL/MS, 2002) – as demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos-Base podem ser resolvidas de acordo com a realidade local e a disponibilidade de oferta de serviço de saúde na região. No caso do Alto Xingu, esses pacientes são transportados para as cidades de Canarana (MT) e Água Boa (MT), que contam com hospitais especializados em média complexidade e resolução. Todavia, na necessidade de atendimento em hospital de médio porte de alta complexidade e resolução (clínicas básicas, clínicas especializadas, terapias e diagnósticos mais complexos) ou hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade, os encaminhamentos devem ser feitos às cidades de Cuiabá (MT), Goiânia (GO), Brasília (DF) e São Paulo (SP).

Esse modelo de organização de atendimento à saúde hierarquizado pretende resolver grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e nos polos-base, evitando a evolução de doenças para formas severas, uma vez que o serviço próximo à população permite a detecção e a resolução dos casos de modo precoce e mais eficiente. Com isso, pretende-se significativa redução de gastos com transportes para a remoção de pacientes e com tratamentos de maior

complexidade. Todavia, no decorrer de aproximadamente 20 meses de visitas intercaladas na região do Alto Xingu, essas determinações não foram seguidas. Nesse mesmo período, coincidiu de a equipe multidisciplinar de saúde do Polo-Base Leonardo não contar com a presença de um profissional médico. Assim, de acordo com a descrição desses trabalhadores da saúde, era comum alguns pacientes serem transportados – via aérea – para a cidade de Canarana (MT) sem a devida necessidade.

Ao chegar a Canarana, os pacientes são encaminhados, na maioria, para receber os primeiros atendimentos médicos na Casa de Saúde do Índio - CASAI²²⁸. Segundo a PNASPI, essas Casas foram readaptadas considerando-se as especificidades da saúde indígena, facilitando-se, assim, o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS. (BRASIL/MS, 2002a).

Essa Casa de Saúde encontra-se ligada diretamente ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI-Xingu), uma unidade administrativa e descentralizada da Coordenação Regional da FUNASA – Mato Grosso. Tal estrutura tem como função dar apoio e prestar assistência à saúde das populações indígenas, cabendo à sua gerência “[...] a responsabilidade sanitária no seu território indígena de abrangência e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social” (BRASIL/MS, 2002a, p. 31).

A CASAI de Canarana foi implantada na mesma época da formação do DSEI – Xingu, em 1999. Esse Distrito Sanitário é responsável, também, pela administração direta da Casa de Saúde do Índio da cidade de Sinop (MT), construída e inaugurada em 2007. Em ambas as unidades de saúde, o DSEI-Xingu conta com a atuação de servidores cedidos por meio de pactuações com os municípios que recebem recursos da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) para prestar a assistência à saúde dos povos indígenas.

Em janeiro de 2008, a unidade do DSEI-Xingu contava com seis profissionais pertencentes ao quadro permanente da FUNASA, entre os quais: um coordenador administrativo, um coordenador operacional, um agente sanitário, um antropólogo, uma auxiliar de farmácia e um auxiliar de saneamento. Além desses, havia outros servidores atuantes no distrito, cedidos

²²⁸Em Canarana, a Casa de Saúde do Índio localiza-se provisoriamente em uma área a 3 km da zona urbana - denominada Chácara Tuiuiu. Conforme o Plano Distrital 2005 – 2007, uma sede definitiva será construída em breve. Inclusive o terreno para a obra já foi doado pela prefeitura da cidade e sua construção está aguardando a licitação por parte da Coordenação Regional da FUNASA - Mato Grosso.

temporariamente por prefeituras, ou mesmo por empresas terceirizadas pela Coordenação Regional do Estado de Mato Grosso (CORE/FUNASA – MT).²²⁹

De acordo com a legislação da PNASPI, cabiam ainda a esses Distritos as responsabilidades de articular-se com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que participam da rede de serviços do DSEI, visando à articulação das ações do DSEI ao SUS, por intermédio da Coordenação Regional; acompanhar e supervisionar o desempenho das organizações que celebraram convênios com a FUNASA para executar a atenção básica de saúde na área de abrangência do DSEI; conduzir a elaboração do Plano Distrital de Saúde e submeter à aprovação do Conselho Distrital de Saúde Indígena; coordenar, controlar, supervisionar e avaliar a execução das ações previstas no Plano de Saúde Distrital; viabilizar reunião mensal do Plano à CORE/FUNASA (MT) e às organizações conveniadas, relatórios de avaliação do Plano Distrital; viabilizar Planos de Trabalho para as CASAs e supervisioná-las; articular junto às secretarias estaduais e municipais os mecanismos de referência e contrarreferência; pagar incentivo hospitalar/ambulatorial e Tratamento Fora do Domicílio (TFD); emitir parecer técnico administrativo sobre prestação de contas de convênio; conduzir o processo de capacitação e educação continuada da equipe de saúde do DSEI; realizar ações de controle de endemias nas aldeias; gerenciar, acompanhar e supervisionar a alimentação de dados no SIASI (Sistema de Informação de Saúde Indígena), e realizar a supervisão técnica nos polos-base (BRASIL/MS, 1999b).

Em 2007, o DSEI-Xingu teve a responsabilidade de acompanhar as ações de atenção à saúde de aproximadamente 5.028 indígenas aldeados, distribuídos em 65 aldeias, dentro de uma área de aproximadamente 2.750.002 hectares. O Distrito conta, para a realização da atenção básica dessas populações, com duas instituições conveniadas: o Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, que atende às áreas de abrangência dos Polos-Base Pavuru, Diauaurum e Ngoiwere, situados no Médio e Baixo Xingu, cuja população corresponde a 2.312 habitantes distribuídos em 38 aldeias²³⁰, e a organização indígena IPEAX, que atende à área de abrangência do Polo-Base

²²⁹ Essas informações foram colhidas do Plano Distrital do DSEI-Xingu: 2005/2007. No entanto, no período de permanência em área – aproximadamente 20 meses – não consegui encontrar alguns destes profissionais atuando no DSEI, principalmente o antropólogo. De acordo com informações prestadas por funcionários desse distrito, alguns servidores estavam à disposição da Coordenação Regional da FUNASA em Cuiabá – distante 850 km.

²³⁰ O Médio e Baixo Xingu, localizados ao norte da Terra Indígena do Xingu, contam com aldeias de etnias que se distinguem culturalmente entre si e não compõem um sistema cultural em relação aos grupos vizinhos ao sul. Contudo, aspectos culturais do Alto Xingu acarretam em influências significativas nestes grupos. Suas relações geralmente são de hostilidade, excetuando-se os Trumai. As outras etnias são: Suyá, ou Kisêdjê, de família linguística jê; Ikpeng, também conhecidos como Txikão, de língua karib, subgrupo arara, distinta do karib alto-xinguano; Yudja, mais conhecidos como Juruna, do tronco linguístico tupi; e Kayabi,

Leonardo Villas Bôas, situado no Alto Xingu, cuja população corresponde a 2.716 habitantes distribuídos em 27 aldeias²³¹.

Mesmo havendo duas casas destinadas a garantir a assistência à saúde dos Povos aldeados no Xingu, os grupos alto-xinguanos demandavam apenas a CASAI de Canarana, por razões que serão expostas neste texto. Nessa Casa de Saúde, além de alojamentos para os pacientes em convalescença e seus familiares acompanhantes, mantinha-se, também, uma UBS – Unidade Básica de Saúde, onde eram realizados atendimentos clínicos por uma profissional médica e profissionais de enfermagem. Nessa unidade, além de profissionais atuantes na assistência à saúde (médica, enfermeiras, técnico de enfermagem), contava-se também com: gerente de unidade, coordenação de assistência à saúde, cozinheiras, motoristas e agentes de serviços gerais. Sua estrutura física constava de: dois quartos grandes utilizados para alojar pacientes, duas salas para o atendimento clínico, uma farmácia com medicamentos armazenados e uma pequena sala destinada à administração. Havia, ainda, cozinha, refeitório e banheiros. Espalhadas pelo terreno no entorno da Casa, encontravam-se pequenas cabanas feitas de madeira e cobertas de lona preta. No seu interior, diversas redes alojavam os familiares dos pacientes, quase sempre com um grande número de crianças.

A execução do atendimento médico-assistencial na própria Casa de Saúde do Índio é algo não previsto na legislação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. De acordo com essa política pública, a Casa deveria ser utilizada para alojar pacientes que se deslocam de suas aldeias para serem atendidos na rede de serviços ofertados pelo SUS nos municípios considerados referências (BRASIL/2002a). A legislação propõe ainda que essas Casas: “[...] deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades”. (BRASIL/FUNASA, 2009, p.02)

Ainda conforme essa Política:

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. São locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/polo-base. Ela tem como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamentos especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam português e

os mais populosos da TIX, falantes de uma língua tupi- guarani. Os alto-xinguanos classificam esses Povos como estrangeiros. (MENGET, 1993; MENEZES, 2000; 2001)

²³¹ Dados retirados do Plano Distrital do DSEI-Xingu: 2005/2007.

viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI. (BRASIL/FUNASA, 2009, p.02).

Contudo, o chefe do distrito sanitário que administrava a Casa justificou tal prática em reunião do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu, alegando que:

A Casa de Saúde não funciona como ambulatório, embora nós temos a presença do médico, nós temos o consultório, mas é porque vocês são muito especiais e tem isso gente. Mas não pode funcionar como ambulatório e sim como casa de apoio ao paciente, casa de saúde, casa de apoio ao paciente indígena que chega e tem que seguir para a frente, para uma referência maior. E se vocês forem perguntar para mim: e esse tanto de gente que tem lá? Está errado, e a gente vai acabar não tendo condições de dar o atendimento necessário nem ao paciente e nem ao acompanhante. (Chefe do DSEI-Xingu)²³²

A “superlotação” desse espaço era tema constante nas reuniões de lideranças. Os profissionais de saúde que atuavam na área indígena, na CASAI e administradores do DSEI-Xingu atribuíam aos próprios índios a responsabilidade por essa situação, opinando que muitos pacientes indígenas estavam alojados na Casa sem a “devida necessidade”. Chegaram a dizer que muitos acompanhantes estariam ali com o único objetivo de “passar” na cidade. No contexto, observou-se, ainda, o chefe do DSEI-Xingu, a partir de reuniões do Conselho Local de Saúde, repreender os representantes indígenas por não ajudarem a “impedir” a saída dos pacientes. Em seu discurso, o dirigente estatal sugeriu inclusive a possibilidade de faltarem transportes e leitos para os usuários, em razão da “utilização desorganizada e desnecessária” e responsabilizou os conselheiros pela situação.

Há, portanto, uma condição de “controle às avessas”, na qual o Estado controla a capacidade de os conselheiros indígenas controlarem o próprio Estado. Situação semelhante foi registrada por Meza (2003, p. 47): “[...] a chefia do DSEI/Interior Sul distribuiu o quadro de gastos do semestre, repreendendo aos conselheiros locais pelo incremento do gasto em combustível, [...] situação que na visão da chefia do DSEI, se traduz na ineficácia do controle indígena sobre o Pólo Base de atendimento”.

O Posto Leonardo Villas Bôas, na estrutura da rede de serviços do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, é a primeira referência de atendimento para os usuários e para os agentes indígenas de saúde, contando, para tanto, com uma equipe multidisciplinar formada, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes indígenas de saúde, que realizam atendimento básico e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas.

²³² Discurso proferido na reunião do Conselho Local do Polo Leonardo, em março de 2007.

Todavia, a unidade de saúde localizada no Polo Leonardo não contava com a atuação do profissional médico havia mais de 20 meses. Na avaliação de algumas lideranças indígenas e até mesmo de alguns profissionais de saúde (enfermeiros e odontólogos), a ausência desse profissional estaria fragilizando todo o trabalho de assistência à saúde desenvolvido.

Como “solução” a esse problema, observou-se que as ações destinadas a serem desenvolvidas por um profissional médico estavam sendo realizadas pela própria enfermeira que coordenava as ações de saúde. Nas palavras da profissional:

É, a questão de consultas mesmo, de atendimento, de diagnóstico, nós é que temos de fazer o exame clínico, nós é que temos que fazer o diagnóstico clínico, e tudo isto é de competência do médico, isto não é de competência de um enfermeiro. Inclusive, isto vai de encontro [choque] com o código de ética da enfermagem. Porque cada profissional da saúde tem a sua competência, ou seja, ele tem um limite até onde ele pode ir. Então, dentro da enfermagem, tem quatro categorias: a atendente, o auxiliar, o técnico e o enfermeiro. Tem coisas que o auxiliar pode fazer que o atendente não pode, legalmente falando. Tem coisa que o enfermeiro pode fazer que o técnico não pode, legalmente falando, e o trabalho de um enfermeiro é um, e do médico é outro. Então, eu não posso, teoricamente e legalmente, eu não poderia estar realizando o trabalho dele, na verdade a universidade não prepara o enfermeiro para isso. Então, a gente acaba vindo aqui dentro e acaba tendo que aprender, estudar e procurar nos livros, porque é uma área atípica que se eu não prestar o atendimento, eu vou estar negligenciando o atendimento, porque eu sou, em termos digamos, assim, de hierarquia, eu sou o profissional que tem maior competência para estar fazendo isso. E, se eu faço, eu vou estar ferindo o código de ética e colocando em risco também, talvez, eu não diria assim, a minha vida, mas é uma situação muito complicada, a pressão que a gente recebe é muito grande. Porque se, por acaso, um paciente vier a óbito, por exemplo, é como eu lhe falei, eles vão responsabilizar ou a equipe ou o feitiçeiro. Uma coisa que é interessante é que eles nunca morrem de uma doença orgânica, eles não acreditam em uma doença orgânica, eles acreditam na doença de espírito²³³ mesmo (Chefe da equipe de saúde em área do Polo Leonardo).²³⁴

Uma consequência imediata dessa situação – dentre outras de cunho mais grave, era a recusa dos usuários em realizar diagnósticos clínicos nessa unidade de saúde, exigindo-se a imediata transferência para a CASAI de Canarana. Segundo a chefe de equipe e os demais profissionais que atuavam nesse polo, todos esses encaminhamentos eram marcados por muita “pressão” por parte dos pacientes, familiares e, em alguns casos, com o envolvimento dos líderes indígenas.

Segundo a informante:

[...] muitos deles [pacientes indígenas] não querem vir para o polo, não aceitam para a primeira referência, já querem sair direto para Canarana. Em contrapartida, o

²³³ Sobre doenças provocadas por espírito ou feitiço na região da Terra Xingu, tem-se uma gama de pesquisas que colaboram no entendimento do tema, entre elas: VIVEIROS DE CASTRO, (1977); FÉNELON COSTA, (1986; 1988); IRELAND, (2001); VERANI, (1990); BARCELOS NETO, (2004; 2006); CARDOSO, (2008); FIGUEIREDO, (2010).

²³⁴ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

peçoal de Canarana, a CASAI e a FUNASA, orienta a gente que aqui seria a primeira referência e teria que vir para cá. Então, a gente fica no meio desse fogo cruzado entre o paciente querer ir, não querer vir para o polo e tem situação que a gente não pode deixar ele na aldeia e se ele não quiser vir a gente tem que remover para algum lugar, porque precisa de um tratamento mais perto. Então, a gente fica às vezes naquele fogo cruzado. [...] muitas vezes eles querem que remova o paciente sem a necessidade de remoção. Aí, eles não deixam os profissionais decidir sobre em que momento deve-se transferir, mas são poucos, lógico. Mas a gente encontra estas dificuldades, esta pressão. [...] É, se um médico está em área e ele batesse o pé que não vai (remover para a área urbana), talvez teria um efeito melhor, mas com a gente não tem jeito, eles pressionam o profissional e a gente acaba encaminhando o paciente. Até porque a gente acaba ficando naquela insegurança: e se eu seguro o paciente e ele depois dar uma complicação? (Chefe da equipe de saúde atuante no Polo Leonardo)²³⁵

O exercício de papéis destinados aos profissionais médicos não garantia a essa enfermeira o reconhecimento de legitimidade pelos usuários e nem mesmo por seus próprios pares – colegas de trabalho. A profissional reconheceu, inclusive, que esses procedimentos prejudicavam sua atuação como enfermeira e de chefia exercida junto à equipe de saúde, pois as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde de prevenção e promoção da saúde com crianças, adolescentes, mulheres, gestantes e idosos ficavam em segundo plano. A interlocutora admitiu, inclusive, que, ao exercer ação médico-hospitalar, transgredia o código de ética do profissional de enfermagem²³⁶.

Somam-se a essas incongruências os questionamentos da situação por parte das lideranças alto-xinguanas. De acordo com o cacique Kamayurá:

Como que a gente vai levar o paciente para o Leonardo? E chega lá não tem nem médico. O pessoal que está aqui no Leonardo não é formado [medicina], não tem nem currículo para poder trabalhar. Então, não sabe trabalhar. A gente podia estar colocando mais médicos aqui para nós para poder olhar o paciente, a pessoa e isto que é importante para nós é isto que nós estamos querendo. (Cacique indígena Kamayurá)²³⁷

Opinião semelhante expressou uma liderança indígena Mehinaku:

Não tem médicos fixos ali, e preocupa mais a gente porque a função do enfermeiro e enfermeira não é isso, quem receita remédio é médico. Então, isso está preocupando muito a gente. Então, nós ficamos agora um ano e meio sem médico aqui no polo, então, nós estamos preocupados para evitar ter que ir na cidade próxima, porque ali a gente saindo, aqui no polo a gente está tendo dificuldade, a gente trata e trata e se a gente não conseguir a gente remove para Canarana, trata ali e retorna com outra doença de novo. Então, nunca tem o melhoramento dos pacientes, então continua adoecendo, Esse é o problema que está tendo aqui na área e é preocupação das

²³⁵ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²³⁶ Chefe da equipe de saúde atuante no Polo Leonardo - Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²³⁷ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

lideranças. (Liderança Mehinaku – coordenador administrativo pela FUNAI da Terra Indígena do Xingu)²³⁸

Como argumento pela não contratação do profissional médico para atuar nesse polo, o coordenador executivo do IPEAX apontou a escassez de médicos na região e, principalmente, o seu desinteresse em ter que permanecer por longos períodos dentro da área indígena²³⁹. Todavia, tais argumentos não foram convincentes para todos os líderes. Nos discursos proferidos de forma mais reservada, as críticas à questão eram constantemente levantadas. Nas palavras do presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu:

[...] falta aqui é médicos, nós já estamos há mais de um ano sem médico, porque estamos com muita dificuldade de trazer um médico aqui. [...] porque aqui não pode faltar, até mesmo as equipes, os profissionais estavam falando que está sentindo a dificuldade aqui no polo, porque aqui não pode ficar sem médico, porque aqui eu acho, se não me engano, tem 2.500 população de índio no Alto Xingu, fora do Baixo e do Médio (Liderança indígena Mehinaku e Presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu).²⁴⁰

Para outro líder da etnia Kamayurá:

Em toda a reunião, nós estamos brigando para ter médico para poder construir a casa de saúde lá e um hospital lá, e não sai. Então, não dá, a gente fica desgastando nisso aí. [...] Não tem como a gente trabalhar. [...]. A gente vai toda a vez na reunião do Conselho e fala para a FUNASA, com a FUNASA eu não vou brigar, sabe, a FUNASA que passa o convênio para o IPEAX, eu sei que a FUNASA passa para o IPEAX e a FUNASA não tem culpa, quem tem culpa é quem trabalha no IPEAX, na saúde, é isto quem tem culpa. Porque eles que têm culpa, porque não contratam médicos aqui, eles é que têm. A FUNASA eu não vou prejudicar a FUNASA, eu sei que a FUNASA lá que divide o dinheiro e isso que eu penso e eu sei. (Cacique indígena Kamayurá)²⁴¹

Nas reuniões públicas, ou mesmo nas conversas informais, a questão da falta do profissional médico no Polo-Base Leonardo foi por vezes levantada por usuários e profissionais da saúde. Como reação, as principais lideranças alto-xinguanas apontaram as mesmas justificativas mantidas pelo coordenador executivo do IPEAX. Conforme se viu acima (item 3.4), a única exceção a esse comportamento foi de algumas lideranças Kamayurá. E, mesmo assim, alguns informantes indígenas, em conversas reservadas, trataram de desqualificá-las, justificando que reclamavam porque queriam voltar a ter o controle político-administrativo sobre a ONG que executava as ações de saúde.

²³⁸ Entrevista concedida em março de 2007.

²³⁹ Segundo esse dirigente, sua Associação estaria disposta a pagar um salário de aproximadamente R\$8.000,00 por mês – assinando carteira de trabalho, sendo que esse médico permaneceria 30 dias em área e folgaria 15 dias.

²⁴⁰ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²⁴¹ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Além dos problemas decorridos pela falta de um profissional da medicina em área indígena, havia outros, relacionados à equipe de saúde que atuava no polo, que merecem ser discutidos.

De acordo com a PNASPI, a responsabilidade pela organização e/ou execução do processo de formação e de educação continuada para os profissionais que atuam no âmbito dos DSEIs deve ser da FUNASA. Assim, essa política determina que a capacitação dos profissionais de saúde deve ser priorizada por meio de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização, a fim de que seja “um instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços” (BRASIL/MS, 2002a, p. 16). Estipula-se, ainda, que a todos os profissionais que atuam no Subsistema de Saúde Indígena deve ser oportunizada a participação em eventos de capacitação de recursos humanos dos DSEIs. (BRASIL/MS, 2002a).

Apesar dessas diretrizes, as equipes que atuam na área da saúde, contratadas pela conveniada IPEAX desde 2004, não haviam recebido, até então, nenhum curso de capacitação, ou mesmo alguma orientação para atuar junto a essas populações. Nos diálogos mantidos no decorrer da pesquisa, esses profissionais confirmaram que tal preparo não ocorreu, nem mesmo para aqueles que haviam cursado o nível superior, como era o caso dos dois odontólogos e dos cinco enfermeiros da equipe. Alguns deles argumentaram que o conhecimento da cultura daqueles Povos havia ocorrido no próprio processo de trabalho, em uma ação “autodidata”. Assim se expressou uma enfermeira da equipe:

Não, eu não fui preparada, na universidade nunca, a gente não tem [disciplina] sobre a saúde indígena. É, quando eu cheguei para cá, também eu não tive nenhum curso de antropologia ou alguma coisa. Até eu levei um choque cultural nas duas primeiras entradas, porque eu não sabia, realmente eu não sabia de nada, de absolutamente nada. E aí, além do trabalho ser diferente, ser diversificado daquilo que a gente faz lá fora, existe essa questão cultural. Então, foi um conflito interno aqui [mostra o peito], pelo menos comigo, enquanto pessoa, enquanto ser humano, de ver algumas questões, de não poder interferir em algumas questões. Até eu conseguir compreender e entender qual seria o meu limite, eu sofri um pouco. (Enfermeira atuante na EMSI do Polo-Base Leonardo)²⁴²

Observou-se que essa “aprendizagem autodidata” de alguns profissionais marca apenas a sua forma simplista de perceber o mundo do outro. Assim, era comum, nas declarações desses trabalhadores da saúde, a descrição dos “desencontros” entre usuários e profissionais de saúde

²⁴² Entrevista concedida em janeiro de 2008.

ocorridos quase sempre em momentos de assistência clínica. A coordenadora da equipe de saúde do Polo Leonardo explicou:

A gente respeita essa questão da pajelança. Mas, às vezes, o que acontece é que nós temos uma visão científica das coisas e eles têm essa visão empírica da realidade deles. Então, muitas vezes, a família, como acredita muito no pajé, eles só liberam o paciente quando o pajé libera. Então, muitas vezes, o paciente está em estado grave, já fugiu do controle do pajé, e ele não libera e a família também não libera. (Chefe da equipe de saúde de área Polo Leonardo)²⁴³

Ainda sobre esses “desencontros”, a mesma profissional narrou um fato ocorrido em área, com o objetivo de exemplificar as dificuldades enfrentadas pela equipe:

Nós tínhamos um paciente do Afukuri ele foi para o Tanguru para fazer a pajelança. Eles só me informaram o estado de saúde dele depois de cinco dias que ele estava doente com vômito e estava extremamente desidratado. Aí, me chamaram na aldeia e no dia que me chamaram, eu não tive condição de ir porque não tinha barco, não tinha combustível para ir. No outro dia é que eu conseguir arrumar. Quando cheguei lá, o paciente estava muito grave. Mas, o irmão não deixou eu tirar o paciente da aldeia enquanto estava fazendo a pajelança, ele falou que o irmão tinha feitiço, que ele não podia vir para cá. E aí, eu insisti com ele e conversei, conversei, mas ele não quis me ouvir naquele momento. Eu vim embora muito preocupada, achei que ele não ia nem amanhecer o dia, eu estava preocupada, transtornada, triste. No outro dia resolveu trazer o paciente e acabou que o paciente teve uma lesão neurológica irreversível e hoje ele vive como um vegetal. Um paciente de 32 anos, não tem condições de ficar na aldeia, a família inteira teve que ir para Canarana. O irmão dele ficou bastante abatido psicologicamente, porque ele percebeu que ele segurou o paciente na aldeia. Então, já aconteceram vários e vários casos de situação que o pajé só libera depois que o paciente está muito grave. E aí chega para nós de uma forma que a gente não tem mais o que fazer. E aí, a gente já remove direto para Canarana, isso é comum de acontecer. (Chefe da equipe de saúde na área do Polo Leonardo)²⁴⁴

Em contextos de grupos aldeados, as classificações e os diagnósticos das doenças são comumente sofisticados, complexos, e baseados na observação de uma realidade empírica. A doença é entendida como processo; não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos motivada por dois objetivos: (1) entender o sofrimento para organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. Dessa forma, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge desse processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação. (LANGDON, 2003).

²⁴³ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²⁴⁴ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Nesses grupos, há ainda alguns passos que caracterizam a doença como processo, entre eles: o reconhecimento dos sintomas – os eventos iniciam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Quais sinais são reconhecidos como indicadores de doença, depende da cultura (FERREIRA, 1993). Estes não são universais, como se pensa no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico e as possíveis causas. Diferentemente da biomedicina, os sinais da doença não são restringidos ao corpo ou aos sintomas corporais. O contexto, seja das relações sociais, seja do ambiente natural, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença, suas causas e seu significado. A procura de sinais fora do corpo é particularmente comum nas doenças sérias, nas quais o doente quer entender o porquê de estar sofrendo. (LANGDON, 2003).

Desse modo, uma vez que um estado de mal-estar é reconhecido como doença, o processo do diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer:

Este momento inicial normalmente acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar num diagnóstico que indicaria qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam a um diagnóstico claro, pelo menos procuram um acordo, através da leitura dos sinais da doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de tratar-se de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita ao posto de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas anômalos, ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais seria escolhido primeiro. Não é possível prever a escolha, pois esta vai ser determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes. (LANGDON, 2003, p. 97-98).

Portanto, o processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso – é mais bem entendido como uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Há duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença, e a outra, nas diferentes interpretações das pessoas. Contudo, diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam consideravelmente quando os participantes do processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesse sobre o caso em pauta. “Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido a vários fatores: idade, sexo, papel social (por exemplo, a pessoa comum ou um especialista em cura) e também redes sociais e alianças com outros” (LANGDON, 2003, p.99).

Em contexto de pluralidade de grupos étnicos e sistemas médicos, como é o caso do Alto Xingu, no momento da doença, “[...] cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e suas negociações para chegar a uma interpretação que indicaria o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes” (LANGDON, 2003, p. 99). Outro fator importante a acrescentar é que, de um modo geral, esses profissionais não estão abertos a entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas (curadores, pajés, feiticeiros, rezadores), permitindo a incorporação das práticas da medicina tradicional apenas quando se aproximam da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância. A condicionante colocada por alguns curadores de que o paciente só deve sair da aldeia após o processo de “cura”, que em geral dura três dias, e a obediência às suas prescrições, é vista como demonstração de uma mentalidade primitiva e atrasada, que só vem a atrapalhar os casos em que haja necessidade de remoção.

Em pesquisa recente, realizada na região do Alto Xingu, Novo (2008; 2009) revela como as equipes de saúde atuantes no contexto impõem hierarquicamente – mesmo com um discurso de respeito às “crenças” e à “cultura indígena” – seus conhecimentos técnico-científicos em contraponto aos saberes nativos. Segundo a autora, em uma das etapas do curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde no Alto Xingu, após a exposição de um dos instrutores das equipes de saúde sobre a necessidade de prevenção por meio do uso de camisinhas, um Agente Indígena de Saúde defendeu, tentando promover uma interlocução, que é “[...] perigoso usar camisinha pra quem tem filho pequeno, com menos de um mês, porque sufoca o bebê, incha a barriga, e faz vomitar” (NOVO, 2009, p.106).

Tal comentário pode ser compreendido a partir do entendimento que os alto-xinguanos têm sobre os parentes consanguíneos que formam um grupo de substância, cujas condutas estão todas relacionadas à fabricação dos corpos. Assim como é prejudicial aos pais comerem determinados bagres, uma vez que seus aguilhões interferem no parto (FRANCO NETO, 2010), usar camisinha igualmente interfere na fabricação do corpo da criança uma vez que ela “aprisiona” o sêmen, interrompendo o processo de formação da criança, mesmo após seu nascimento, tornando-se, assim, uma fonte potencial de perigo para a saúde (NOVO, 2009).

É importante salientar que a necessidade reconhecida dos serviços da biomedicina por parte dos índios não implica que sua percepção sobre doença/saúde se altere, nem que os índios

incorporem a visão biológica da doença que fundamenta nossa ciência médica. As pesquisas sobre o contato com a biomedicina demonstram claramente que os índios procuram as terapias da biomedicina como uma alternativa entre outras e mantêm suas próprias explicações e percepções do que significam a doença e a sua cura. Dessa maneira, observações têm demonstrado exatamente o contrário, ou seja, que os índios reinterpretam, ressignificam e se apropriam de elementos e práticas da medicina ocidental. Todavia, essa: “[...] intermedicalidade emerge na negociação de saberes e de forças de poder entre os atores sociais, sendo melhor pensar, portanto, as práticas de saúde nas comunidades indígenas como resultados de processos sócio-históricos e não de processos biológicos” (LANGDON, 2007, p.31).

Ainda sobre o curso de formação, Novo (2009) relata que a reação dos instrutores aos Agentes Indígenas de Saúde, após o comentário, foi de incompreensão e de contestação. Tentando “convencer” os presentes de que havia um “erro de interpretação” a ser corrigido, a responsável expressou o seguinte comentário:

Esse espermatozóide que fecundou esse óvulo e formou aquela criança não é o mesmo que está aqui. É isso que eu quero que vocês entendam. Cada pessoa é uma pessoa. Cada espermatozóide é um espermatozóide. Eu nasci do espermatozóide do meu pai com o óvulo da minha mãe [...]. Todo mundo aqui foi assim. E se tapar o meu nariz, quem vai morrer sufocado sou eu, não é ela, que é outra pessoa. [...] A criança já nasceu, a criança já tem pulmãozinho, ela já consegue respirar sozinha [...]. Cada corpo é um corpo. [...] Então a gente tem que respeitar a cultura e o modo de pensar das pessoas. Isso é uma coisa... Agora, não impede a gente de explicar e orientar como que acontece cientificamente (NOVO, 2009, p. 141).

Esses cursos têm como expectativa dos gestores responsáveis que os AISs participantes, posteriormente, atuem como uma espécie de “transmissores” de conhecimentos e práticas biomédicas à população por eles atendida. Porém, os agentes de saúde não são concebidos como um elo entre os distintos sistemas médicos unidos em prol do bem-estar geral da população. Sua atuação deve ser apenas de transmitir e praticar exatamente como lhes são passados, nos cursos de formação, os saberes biomédicos (NOVO, 2009).

Na avaliação da autora, os cursos de formação de Agentes Indígenas de Saúde ofertados no contexto são mecanismos de transmissão das diretrizes biomédicas, marcados por uma falta de compreensão e de “problematização” a respeito dos conhecimentos e práticas nativas, tornando-se o curso de formação um mero instrumento de transmissão impositiva de conhecimentos biomédicos, sendo possível se falar de uma relação de poder no sentido foucaultiano do

termo²⁴⁵ “[...] na medida em que constrói (ou ao menos pretende construir) uma noção de verdade universal que intervém diretamente sobre os corpos – e sobre a concepção que se tem a respeito do corpo, e da corporalidade, através da produção de saberes”. (NOVO, 2009, p. 106).

Dessa forma, a possibilidade de uma “convivência complementar” entre os diferentes esquemas lógicos de significação, proposta pela legislação referente à saúde indígena, bem como a efetiva participação dos AISs na elaboração dos conteúdos ou na construção dos conhecimentos tornam-se mais complexos e mais difíceis de serem alcançados. Para NOVO (2009, p.101), ao propor mudanças de hábitos de higiene e cuidados de saúde de acordo com princípios biomédicos, “[...] os profissionais não indígenas responsáveis pelo curso deixam de considerar os procedimentos terapêuticos tradicionais que explicam o adoecimento através de questões outras que não envolvem e até mesmo impossibilitam a aplicação desta noção de prevenção”.

Outro “desencontro” percebido entre os profissionais de saúde e os grupos indígenas aldeados no Alto Xingu refere-se às diferentes visões do que seja “saúde” e, principalmente, do que seja qualidade nas ações e serviços de saúde. Nesse contexto, denominado por Novo (2008) de “intermedicalidade”, têm-se, a partir da atuação de profissionais não indígenas em território de grupos aldeados, os conceitos próprios do modelo sanitaria nacional implantado pelo Governo Federal com um modelo baseado em princípios de universalização, hierarquização e descentralização dos atendimentos e serviços de saúde. Os profissionais operariam preocupados com a qualidade técnica de sua atuação e as melhorias dos serviços percebidas quantitativamente, através de relatórios mensais com informações sobre os atendimentos realizados e posteriormente transformados em dados estatísticos. As informações estatísticas servem para “comprovar” a qualidade dos serviços prestados e garantir novos aportes de recursos pelo Governo Federal. Conforme discursos dos próprios profissionais de saúde e gestores: “[...] sem dados, não vem dinheiro do governo” (NOVO, 2008, p. 64).

Ainda dentro dessa lógica, os profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) consideram que a qualidade de saúde tem melhorado porque têm conseguido realizar seu trabalho, principalmente através das campanhas de coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero e de imunização, com cobertura vacinal de praticamente 90% da população alto-xinguana. Por outro lado, a lógica dada pelos nativos do que é “saúde” e principalmente do que é qualidade nos serviços de saúde ofertados pelo Estado está vinculada à cosmologia, à

²⁴⁵ “Cf. Foucault, 1987; (1979) 2007”. (Novo, 2009, 106)

organização sociopolítica e ao próprio *ethos* alto-xinguano (NOVO, 2008). Portanto, para alguns líderes locais, ter o poder de contratar/demitir os profissionais caraíbas, de designar onde e quais ações de saúde serão prioritariamente desenvolvidas, ou mesmo ter acesso permanente a cotas de combustível e contratação de AISs e AISANs são fatores determinantes na avaliação do que seja qualidade nos serviços de saúde.

A dificuldade em aceitar outras explicações sobre adoecimento e, conseqüentemente, outros itinerários terapêuticos, faz com que os profissionais de saúde atuantes na região tenham constantes conflitos com os usuários indígenas. O líder Kamayurá, presidente do Conselho Distrital, acrescenta que os profissionais não conhecem minimamente a cultura dos grupos alto-xinguanos, inclusive as rivalidades e disputas existentes entre as etnias. Portanto, essa realidade fomenta as condições para o malogro das ações:

Porque, eu digo, os conflitos, as rivalidades aí, de etnias mesmo, sempre existiu, né. Então, fica um pouco difícil de trabalhar. Imagina, por isso, que eu acho importante ter a formação, talvez a mínima noção, noções de antropologia junto à equipe da CASAI, também em termos de grafia de nomes, essas coisas. Joga ali pessoas que não vai entender nada e sempre vai não evitar e não vai trabalhar mesmo. Então, vai provocar mais conflitos ainda, mais transtornos, vamos dizer assim, pela falta de entendimento dela, até mesmo em entender o próprio paciente. Isso tem sido o maior ponto de preocupação para nós. Esse grupo que você anotou [coordenação do IPEAX], a gente nunca concordou com isso, o pessoal vai montando [equipes] e vai mandando gente lá e colocando ali assim, não é assim, vamos conversar, vamos formar estas pessoas primeiro, pra poder entrar em ação na CASAI com uma boa compreensão em evitar o máximo possível de problema (Liderança indígena Kamayurá e presidente do CONDISI).²⁴⁶

As críticas lançadas pelo presidente do Conselho Distrital do Xingu são compartilhadas, inclusive, pelo próprio coordenador executivo da associação indígena IPEAX, responsável pela contratação desses trabalhadores de saúde para atuar junto aos grupos aldeados.

Para o dirigente:

A dificuldade de profissionais para atuar em área indígena, principalmente no lado não indígena, está na equipe multidisciplinar. Eu vejo a dificuldade com os profissionais, porque muitos chegam aqui sem conhecer nada sobre os indígenas e sobre o Xingu. E chegam aqui voando e muitos passam e vão embora do mesmo jeito. Então, num primeiro momento, a gente pensa em capacitar esses profissionais para eles estarem conhecendo esse lado cultural e o povo com quem eles trabalham, né.

²⁴⁶ Entrevista concedida em Janeiro de 2008.

[...] Nós temos dificuldades com alguns profissionais que estão hoje na equipe e isso tem que mudar. Antes do profissional ir para a área, ele tem que passar por formação, por capacitação, e essa é uma das grandes dificuldades. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX)²⁴⁷

Na avaliação desse líder Kamayurá, além do despreparo por parte dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades culturais dos alto-xinguanos, verifica-se, também, uma falta de compromisso com o seu trabalho. Assim, para esse informante, a maioria dos seus comandados não apresenta um “*perfil vocacional*”, não se “*identifica com o trabalho*”, ou mesmo só está “[...] *aqui, (atuando em área indígena) por causa do salário e, não é só isto que a gente quer*”. Diante desse quadro, o interlocutor afirma que, no futuro, sua organização precisará “*começar a filtrar e contratar profissionais com o perfil*”.²⁴⁸

A falta de uma “*formação técnica*”, de compreensão etnocultural dos grupos locais, ou mesmo a ausência de um “*compromisso com a obra*”, como diz Campos (1994), afasta a possibilidade de que os serviços de atenção à saúde executados nessas áreas atendam a um dos pilares contidos na legislação que regulamenta a PNASPI: “*a oferta da atenção à saúde diferenciada, com respeito às concepções, [aos] valores e [às] práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas*” (BRASIL, 2002, p. 18). Ainda segundo o documento, a base simbólica e a eficácia dos sistemas tradicionais se expressam por uma “*abordagem holística de saúde*”, cujo princípio “*é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia*”. (Id., Ibid) Portanto, as práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002).

O documento apresenta, ainda, algumas balizas para a adequação das ações dos serviços de saúde:

- 1) a capacitação dos recursos humanos visando à preparação para a atuação em contextos interculturais, por meio de cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização;
- 2) a articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- 3) a formação e a capacitação de Agentes Indígenas de Saúde como uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de

²⁴⁷ Entrevista concedida em julho de 2006.

²⁴⁸ Entrevista concedida em julho de 2006.

conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (BRASIL, 2002, p. 16).

O gestor da conveniada IPEAX demonstra ter clareza de como alcançar, pelo menos em parte, os preceitos dessa Política, mas aponta algumas dificuldades:

Eles [profissionais da saúde] poderiam conseguir [ofertar a atenção diferenciada] se fossem preparados para essa finalidade, mas é bastante difícil, porque é um trabalho que eu vejo que é de médio a longo prazo. Porque, se não foi feito nada até agora, então, nós temos um trabalho redobrado. Porque a gente ver esse tratamento que deveria ser diferenciado às populações indígenas, inclusive, em hospitais e em CASAs mesmo, que deveriam ser qualificados, formados e capacitados para essas finalidades. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX)²⁴⁹

Entre as razões para não fornecer cursos de formação aos profissionais de saúde atuantes na área indígena, está a sua alta rotatividade, principalmente dos portadores de nível superior – médicos, odontólogos e enfermeiros. Por outro lado, em conversas realizadas com esses trabalhadores apreendeu-se, a partir de suas percepções, que a grande rotatividade decorre em razão, principalmente, dos curtos períodos de vigência dos contratos firmados com a conveniada e, também, pelos salários pouco atraentes diante de todo o envolvimento e abnegação exigidos, como longos períodos distantes da família e da área urbana; desconforto nas viagens de barco, de trator, a pé, realizadas quase sempre debaixo de sol, ou mesmo de chuva; desconforto para pernoitar, especialmente nas aldeias, que não contam com alojamentos próprios.

Outra importante razão para os profissionais abandonarem a atuação nas áreas indígenas está relacionada às inúmeras dificuldades enfrentadas para garantir o bom desempenho de suas atividades de atenção básica em saúde nas áreas indígenas. Críticas, inclusive reconhecidas pelo coordenador do IPEAX, sobre a falta aparelhos e equipamentos para os profissionais de saúde desenvolverem suas ações.

No contexto, a alta rotatividade atingia, inclusive, os cargos de chefia dos órgãos responsáveis pela gestão da saúde. No IPEAX, por exemplo, no período de dois anos (2006-2007) quatro diferentes coordenadores técnicos foram contratados. Na avaliação de Novo:

A cada uma destas mudanças, a equipe multidisciplinar sofre uma reorganização na estrutura de trabalho, dificultando também suas relações com o IPEAX, mas principalmente com as aldeias, que demoram a criar vínculos e adquirir confiança nos profissionais. Toda esta instabilidade dificulta a organização do trabalho também por impedir a manutenção de um banco de dados sobre a situação de saúde na região – já que a cada mudança de profissionais muito deste material “se

²⁴⁹ Entrevista concedida em julho de 2006.

perde” – o que seria fundamental para se fazer uma avaliação comparativa dos trabalhos ao longo dos anos e também para formular e propor novos projetos. (NOVO, 2008, p.62 – aspas no original)

Pesquisas recentes realizadas em diferentes distritos sanitários do país revelam que a alta rotatividade de trabalhadores nas áreas indígenas é uma constante. Os estudos empreendidos por Marques (2003), por exemplo, sobre o processo de implementação do DSEI-Cuiabá na região norte do estado de Mato Grosso, identificaram dificuldades muito semelhantes às anotadas acima, como razões que explicam os curtos períodos de permanência dos profissionais de saúde. De acordo com a pesquisadora, a alta rotatividade e a escassez de profissionais de saúde em área fizeram com que as aldeias ficassem muito tempo com atendimento incompleto das equipes multiprofissionais, impactando no desenvolvimento das ações de assistência à saúde nas aldeias. Outro agravante para o desinteresse dos profissionais atuantes nesse distrito ocorreu após o Instituto Trópicos²⁵⁰ ter se recusado a assinar carteira de trabalho dos seus servidores via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e ter passado a realizar contratos somente na modalidade denominada cooperado – retirando-se, assim, os direitos constituídos nas leis trabalhistas.

Erthal (2003) comenta que a alta rotatividade dos profissionais de nível superior no DSEI-Tikúna no Alto Solimões (Amazonas) provoca a sua completa ausência por longos períodos nas áreas indígenas. Como consequência: “Os AIS passaram a ser a única base de atividade regular de atendimento à saúde dentro das aldeias, assim como os presumíveis elos de ligação entre as comunidades e as unidades de referência implantadas nas sedes municipais.” (ERTHAL, 2003, p. 206-7). De acordo com a pesquisadora, com o não estabelecimento definitivo de profissionais de nível superior na área, tanto a formação dos AISs quanto a implantação de um esquema de supervisão acabaram por se perder em meio a uma ausência de real coparticipação da comunidade Tikúna na formulação de um projeto de saúde diferenciado. Em sua avaliação, a falta de profissionais de saúde em campo, controlando a ação do AIS e sendo base do encaminhamento dos acontecimentos de maior importância, teve como resultado a baixa efetividade da ação e o desencantamento e desamparo daqueles envolvidos no projeto, como agentes ou como clientela. A enorme rotatividade de profissionais de saúde nos postos de supervisão também se refletiu na impossibilidade concreta de “[...] viabilizar cursos de qualificação para o trabalho com uma população indígena. Os prazos de contratação praticados

²⁵⁰ Essa instituição, através de convênios com a FUNASA, assumiu a prestação de serviços nas áreas indígenas situadas no DSEI-Cuiabá no ano de 2000. (MARQUÊS, 2003).

pela FUNASA (em média de seis meses) eram curtos o suficiente para tornar inviável um maior investimento na formação interdisciplinar deste profissional”. (ERTHAL, 2003, p. 207)

Até mesmo em contextos diversos dos apresentados acima, como por exemplo, o Polo-Base Guajajara, no Distrito Sanitário Indígena do Maranhão, que tem seus grupos aldeados muito próximos geograficamente da população citadina, a alta rotatividade é uma constante. Isso decorreria porque os profissionais de saúde não tinham contratos de trabalho com as instituições que os mantinham, “mas apenas acordos verbais”, o que lhes causava uma situação de instabilidade constante. Outro fator observado decorreria da insegurança quanto à integridade física dos trabalhadores da saúde. Segundo Cruz (2007, p. 102), esses funcionários, por desconhecimento de aspectos socioculturais e políticos específicos, “[...] não entendem os conflitos que se estabeleceram entre os próprios índios no âmbito da saúde indigenista. Acabam tomando partido por um dos grupos dissidentes e sofrem as conseqüências quando os índios passam a classificá-los como aliados ou opositores”.

De acordo com Langdon (2006), o problema da alta rotatividade dos profissionais de saúde nas áreas indígenas é característica nos 34 DSEIs instalados no país. Tal situação, na opinião de Garnelo e Brandão (2003), é algo inerente ao modelo de terceirização realizado pela FUNASA. Isso porque, a cada final de convênio, a ONG contratante deve rescindir as contratações até que o próximo acordo seja firmado, sob a pena de acumular dívidas trabalhistas cujo pagamento não está previsto no orçamento pactuado. Analisam os autores: “As rescisões acarretam desestímulo à manutenção dos profissionais e uma crônica tendência a iniciar a cada novo convênio com pessoal inexperiente”. (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p.244)

Outra deficiência observada no contexto alto-xinguano, inclusive alçado nos discursos proferidos nas reuniões e entrevistas concedidas, dizia respeito às dificuldades de transporte para as equipes de profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Nos primeiros cinco anos de implantação da PNASPI – 1999 até 2004, a aquisição de combustível, horas/voo, aluguel e compra de veículos, barcos e motor de popa, foram de responsabilidade exclusiva das instituições conveniadas junto à FUNASA. Conseqüentemente, essas organizações eram responsáveis pelo transporte dos usuários e dos seus familiares a todos os serviços de saúde ofertados pelo SUS, inclusive pelo transporte dos profissionais de saúde e demais atores envolvidos nas áreas de aldeias. Contudo, em 2004, através da Portaria Ministerial

070/2004, todo esse transporte e as aquisições para garanti-lo passaram para a tutela exclusiva do DSEI/FUNASA.

Entretanto, mesmo com a Portaria Ministerial 070/2004, posta em vigor a partir do ano de 2004, alguns convênios realizados entre o DESAI/FUNASA e prestadoras de serviços continuaram a garantir a essas instituições conveniadas recursos para realizar o transporte dos usuários e profissionais dentro do sistema de atenção à saúde ofertada pelo Estado aos grupos aldeados. Foi o caso observado na pactuação realizada no ano de 2007, por exemplo, entre a FUNASA e o Projeto Xingu (EPM/UNIFESP). Uma das cláusulas garantiu à conveniada EPM/UNIFESP a responsabilidade de todo o transporte dos usuários e equipes de saúde em sua área de atuação.²⁵¹

Tal privilégio, conforme ponderou uma liderança indígena, não foi estendido à outra conveniada que atuava no mesmo distrito sanitário, ou seja, o IPEAX. Na pactuação realizada junto à FUNASA, também no ano de 2007, o recurso oriundo do convênio não poderia ser utilizado para a aquisição de combustível ou de veículos para transportes.

Presumia-se que, no decorrer de sua vigência, o DSEI/FUNASA repassaria à terceirizada IPEAX cotas de combustível – que poderiam ser acessadas em determinados períodos via cartão. Tais cotas conteriam uma quantidade “X” de combustível a ser utilizado nas ações de transporte de pacientes, familiares e profissionais, dentro das áreas indígenas. Desse modo, o transporte dos usuários para as referências de serviços de saúde superiores aos encontrados nas aldeias ou no Polo-Base seria realizado pelo próprio DSEI/FUNASA, entre eles: a retirada via aérea de pacientes do Polo-Base Leonardo Villas Bôas, ou mesmo das aldeias para a área urbana; o transporte de pacientes e familiares dos Portos localizados nas margens dos rios próximos à área urbana até a CASAI ou, quando necessário, até os hospitais da região; e a locomoção de pacientes e familiares para hospitais de maiores referências, no caso, localizados nas cidades de Cuiabá (MT), Goiânia (GO), Brasília (DF) e São Paulo (SP).

Nessa pactuação, acordou-se também que a conveniada IPEAX repassaria uma cota de combustível a todas as aldeias localizadas na região do Alto Xingu, que já haviam recebido, do DSEI/FUNASA ou das prefeituras localizadas na região, barcos e motor (HP) para a remoção de pacientes para o Polo Leonardo, ou mesmo para as cidades próximas das aldeias: Canarana,

²⁵¹ Informações e dados fornecidos pelo chefe substituto do DSEI-Xingu – entrevista concedida em janeiro de 2008.

Gaúcha do Norte e Querência²⁵². Além dessas embarcações devidamente equipadas e dispostas nas aldeias, havia dois barcos com motor de popa (HP 40) cedidos pelo DSEI/FUNASA ao IPEAX e lotados no Polo-Base Leonardo Villas Bôas.

Mesmo com essas diferentes opções de transporte para usuários e equipes para atuar na atenção básica de saúde, percebe-se, a partir dos relatos de conselheiros de saúde e lideranças indígenas, que havia percursos descobertos. Por exemplo, o Polo-Base Leonardo conta com diversos grupos aldeados no entorno, entre eles os Yawalapiti e os Kamayurá – respectivamente, a sete e nove quilômetros de distância, por via terrestre. Essas aldeias são também as que apresentam maior densidade populacional da região e, conseqüentemente, as que demandam maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Contudo, de acordo com alguns informantes aldeados, o transporte nesse curto percurso terrestre de pacientes e profissionais de saúde era um problema histórico. Mesmo com as estradas em boas condições de tráfego, inclusive para outras aldeias mais distantes, faltavam veículos para executar tal atividade.

Pelas reclamações de usuários e conselheiros nas reuniões do Conselho Local de Saúde, havia a seguinte situação: os gestores do DSEI/FUNASA afirmavam que o transporte nas áreas indígenas seria função das conveniadas, assim, eximiam-se da responsabilidade. Por outro lado, os dirigentes do IPEAX afirmavam que a Portaria Ministerial 070/2004 os impedia de adquirir bens duráveis com os recursos oriundos dos convênios com a FUNASA e alegavam que não dispunham de recursos próprios para tal aquisição. Ao mesmo tempo, esses dirigentes asseguravam que na pactuação realizada junto à FUNASA estava explícito que transportar pacientes, familiares e profissionais de saúde seria atividade exclusiva da FUNASA.

Diante deste impasse, viu-se como “solução” tomar de “empréstimo”, nos momentos de “urgência”, um veículo Toyota de propriedade da FUNAI, ou mesmo outro automóvel também modelo Toyota, de propriedade do cacique da aldeia Yawalapiti. Deste modo, presenciaram-se situações como a de um enfermeiro (membro da equipe de saúde do Polo-Base Leonardo), que pagou com recursos próprios a um jovem indígena, proprietário de uma moto, para ser transportado até as aldeias, com o intuito de realizar suas atividades profissionais.

Observou-se, ainda, que, mesmo tendo barcos e motores destinados à assistência à saúde em todas as aldeias e no polo-base, era comum a falta de combustível para o seu funcionamento.

²⁵² O tempo da viagem é de aproximadamente 8 a 12 horas. Essa variação ocorre em razão do tipo de barco e de motor. Por exemplo, utilizando-se motor de popa HP 40, a viagem é mais rápida. Além desse percurso, os usuários que “optam” por esse transporte seguem, após desembarque nos Portos das fazendas próximas das cidades de Canarana, Gaúcha do Norte e Querência, de carro, por mais duas a três horas, em estrada de chão.

De acordo com a chefe de equipe de saúde do Polo Leonardo:

Então, a questão de combustível, de transporte, isso é muito forte, é uma das coisas que a gente encontra bastante dificuldade. Já aconteceu de ter uma situação de emergência numa aldeia e a gente não ter combustível para chegar até lá e atender o paciente. E eles também não ter o combustível para trazer o paciente, já aconteceu isso várias vezes. Porque realmente o combustível aqui, para eles, é muito importante, você muitas vezes depende do barco e no barco o combustível é [necessário], então, acaba rápido. (Chefe da equipe de saúde atuante no Polo-Base Leonardo)²⁵³

A dificuldade de garantir transporte aos pacientes, familiares e profissionais de saúde não se limitava às áreas das aldeias. Desse modo, identificou-se que o acesso por parte dos usuários indígenas aos serviços de maior complexidade ofertados pela rede do SUS – localizados nos grandes centros urbanos, como Cuiabá (MT), Goiânia (GO), São Paulo (SP) e Brasília (DF) – estava também comprometido.

Dessa maneira, em entrevista realizada junto ao chefe do DSEI-Xingu, ele informou que o transporte dos usuários indígenas para hospitais com serviços de maior complexidade era feito por ônibus de linha, ou mesmo viaturas do próprio DSEI/FUNASA – ambos os casos custeados pelo próprio distrito. Para os pacientes que precisavam dos serviços de urgência e emergência, cabia também ao DSEI-Xingu o fretamento de voos, garantindo-se a imediata remoção até os centros urbanos, “com hospitais de maiores recursos”.

Entretanto, na entrevista, ele nos revelou que “coincidentalmente”, naquele período, estava “sem cobertura” de passagens rodoviárias (ônibus de linha) ou mesmo de combustível – aproximadamente 90 dias, para transportar em veículos próprios. Desse modo, caso necessitasse transportar pacientes para Cuiabá, Goiânia, Brasília e São Paulo, teria que recorrer à locação de transporte aéreo ou solicitar ajuda de alguma prefeitura da região²⁵⁴.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu usava, para transportar pacientes e familiares, kombis e caminhonetes que também eram utilizadas pela gerência do distrito para transportar funcionários e alimentos para a Casa de Saúde do Índio - CASAI. Ao ser indagado por este pesquisador por que os usuários indígenas estavam sendo transportados nesses veículos, obteve-se do chefe do DSEI – Xingu a seguinte resposta:

Na verdade, a gente não tem nenhuma ambulância que deveria ter né, nós temos essa deficiência na Casa de Saúde (CASAI). A gente deveria ter no mínimo uma ambulância para fazer o transporte de gestantes que saem daqui para Água Boa, ou às vezes para

²⁵³ Entrevista concedida em janeiro de 2008.

²⁵⁴ Chefe substituto do DSEI-Xingu. Entrevista realizada em janeiro de 2008.

Barra do Garças, ou até para Goiânia e a gente necessita de uma ambulância, e a gente não tem. Quando há essa necessidade, socorre junto ao município, que é uma parceira que socorre a gente. Em outras situações, o carro vai levar só os pacientes que têm menos problemas, que dá para transportar no carro. (Chefe substituto do DSEI – Xingu)²⁵⁵.

Esses veículos, reconhecidos como inadequados pelo próprio gestor do Distrito Sanitário, eram utilizados cotidianamente para transportar pacientes indígenas nos percursos entre o hospital municipal de Canarana, localizado no centro da cidade, até a CASAI (Chácara Tuiuiu), a aproximadamente três quilômetros da área urbana. Eram usados, também, para buscar ou levar pacientes da Casa de Saúde até as margens do Rio Kuluene. Este último trecho é percorrido em aproximadamente três horas de viagem, em estrada de terra. Contudo, em outros trajetos os usuários indígenas podiam ficar aproximadamente de dez a 12 horas dentro dos veículos, como no caso daqueles transportados para as cidades de Goiânia (GO) ou de Cuiabá (MT), respectivamente a 750 e 850 quilômetros de distância.

Os problemas e as dificuldades em transportar usuários indígenas extrapolavam os períodos de “falta de cobertura” para a aquisição de passagens de ônibus e de combustível, ou mesmo a falta e a inadequação dos veículos utilizados para esse fim. Desse modo, de acordo com os administradores das duas organizações conveniadas responsáveis pelos serviços de atenção básica em saúde junto aos grupos aldeados nesse Território – o IPEAX e do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, em um período recente, o DSEI-Xingu ficou aproximadamente nove meses “sem cobertura” de transporte aéreo, causando, nas palavras desses gestores, “sufoco” e “desespero”, pela falta de condições para remover os pacientes graves das aldeias até a área urbana.²⁵⁶

Cabe lembrar que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem ter a disponibilidade de serviços, recursos humanos, infraestrutura e vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS. Ainda de acordo com essa política, os DSEIs são organizados por meio de uma rede de serviços básicos de saúde dentro das áreas indígenas, que deve estar articulada com serviços de maior complexidade. Suas equipes de saúde indígena atuantes a partir de um polo-base são

²⁵⁵ As cidades citadas por esse gestor: Água Boa (MT), Barra do Garças (MT) e Goiânia (GO), a 90 km, 370 km e 750 km aproximadamente de distância da cidade de Canarana (MT). Entrevista realizada em Janeiro de 2008.

²⁵⁶ Coordenador do Projeto Xingu – EPM/UNIFESP (entrevista concedida em outubro de 2007) e coordenador executivo do IPEAX (entrevista concedida em julho de 2007).

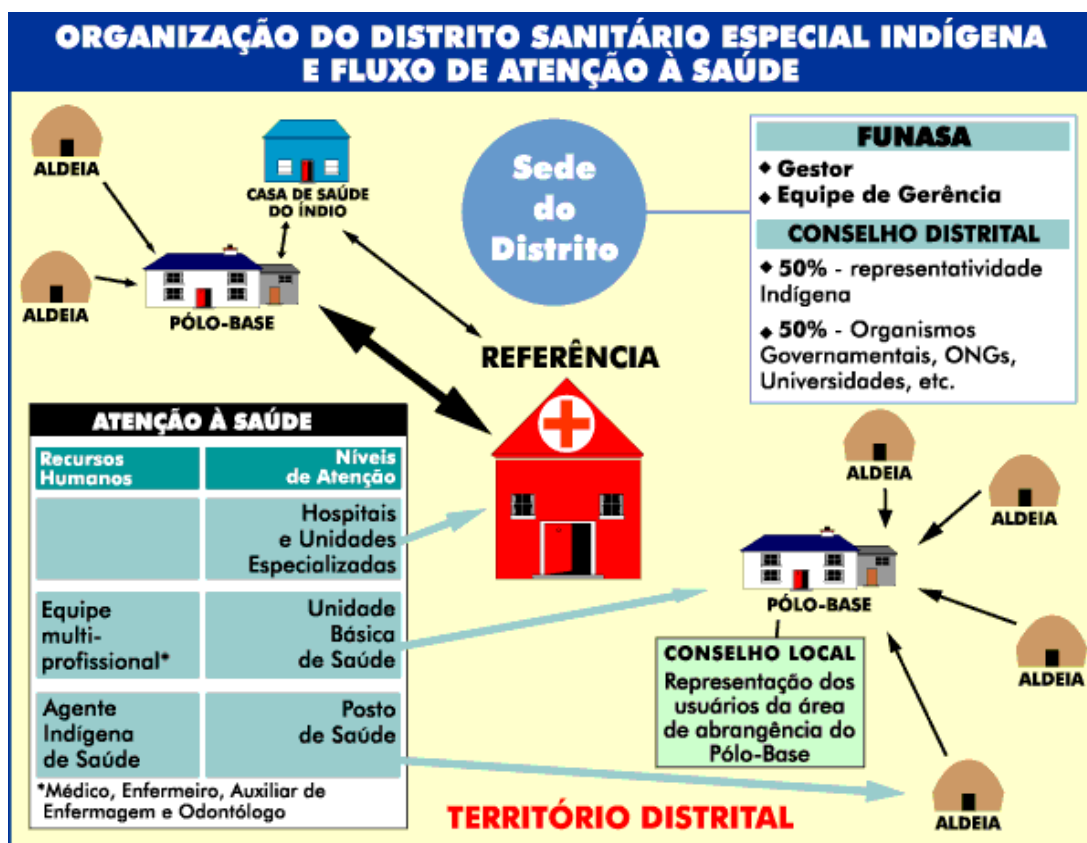
compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, podendo contar com a participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. (BRASIL/MS, 2002a).

Ainda de acordo com essa política pública, as demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos polos-base podem ser resolvidas de variadas formas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de oferta de serviços de saúde na região: a) Serviço especializado na sede do mesmo município do polo-base ou no mais próximo (oferecendo médico especialista ou equipamentos de eletrocardiografia, por exemplo); b) Hospital local de pequeno porte, com baixa complexidade e resolução (algumas clínicas básicas e equipamentos de diagnóstico e de terapia); c) Hospital regional de médio porte de alta complexidade e resolução (clínicas básicas, algumas especializadas, terapia e diagnóstico mais complexos); d) Hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade (BRASIL/MS, 2002a)

Para a FUNASA, esse modelo hierarquizado de organização de atendimento à saúde pretende resolver grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e nos polos-base, evitando a evolução de doenças para formas severas, uma vez que o serviço próximo à população permite a detecção e a resolução dos casos de modo precoce e mais eficiente. Com isso, pretende-se significativa redução de gastos com transportes para a remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade (BRASIL/MS, 2001a).

A figura apresentada abaixo demonstra, de forma resumida, como a FUNASA, a partir da PNASPI, organizou a estrutura de saúde a ser ofertada aos grupos aldeados no Brasil.

FIGURA 3.3.1 – Quadro demonstrativo da estrutura organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI



Fonte: BRASIL/FUNASA, 2006.

Ao encerrar este item, elucida-se que a atenção primária a ser realizada nas áreas indígenas da região do Alto Xingu, ao menos no decorrer de aproximadamente dois anos (julho de 2006 a junho de 2008), ficou comprometida pela falta de um profissional médico para completar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI. No contexto, o atendimento hierarquizado à saúde, que pretendia resolver grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e no polo-base, evitando a evolução de doenças para formas severas e, conseqüentemente, reduzir gastos com transportes para a remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade, previsto na PNASPI (BRASIL/MS, 2002a), não se concretizou. A “saída” encontrada, colocando-se outro profissional de saúde para exercer um papel que não lhe competia, talvez tenha representado mais problemas para todos os atores sociais do contexto do que uma “solução”.

Ainda como consequência desses “arranjos”, ocorreram tensões em áreas indígenas, com usuários solicitando a remoção e profissionais de saúde no “fogo cruzado”, orientados por superiores a “impedir ao máximo” tal procedimento. Outra decorrência da falta de médico atuando no Polo-Base Leonardo foi o fato de que a Casa de Saúde do Índio (CASAI – Canarana) ficou constantemente “lotada”, sendo os grupos locais culpabilizados por tal situação. Houve, ainda, a partir da chefia do DSEI, repreensões de conselheiros por não ajudarem a “impedir” a remoção dos pacientes que supostamente não necessitavam de atendimento de urgência e emergência na área urbana.

Além das dificuldades que parecem inerentes ao próprio modelo de sistema de saúde estruturado nas áreas indígenas pelo DSEI-Xingu e a conveniada IPEAX, somam-se outras, como a não formação/capacitação dos profissionais para lidarem com outros sistemas de pensamento (MINAYO, 2006a) ou com “práticas de horizontes semânticos antagônicos” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000b, p. 224). Por conseguinte, tem-se um “choque cultural”, nas palavras de uma informante: “[...] *um conflito interno aqui, pelo menos comigo, enquanto pessoa, enquanto ser humano, de ver algumas questões, de não poder interferir em algumas questões e até eu conseguir compreender e entender qual seria o meu limite, eu sofri um pouco*”.²⁵⁷

Como se nota, muitos profissionais não se propõem a “sofrer” por longos períodos, principalmente porque os contratos realizados junto à conveniada IPEAX são de curta duração ou pelos salários, considerados pouco atrativos. Ou mesmo por outras razões, como não conseguir exercer a atividade profissional em espaços em que se presenciam usuários vir a óbito por falta de transporte.²⁵⁸

²⁵⁷ Chefe da EMSI do Polo Leonardo Villas Bôas. (Entrevista concedida em janeiro de 2008).

²⁵⁸ Além da descrição anotada acima, quando a chefe da EMSI teve dificuldade de chegar a um paciente, que ficou seriamente lesionado. NOVO (2008) narra um fato ocorrido com essa mesma equipe no Polo Leonardo. Ao tentar remover uma criança que estava em estado grave para a área urbana, não conseguiu e o paciente veio a óbito.

4.0 – Considerações finais

A emergência do discurso político indígena de sua especificidade social surgiu a partir de 1970 dentro do quadro de ameaças sobre seus territórios – sobretudo na Amazônia brasileira – em curso pela política em grande escala de ocupação demográfica, de desenvolvimento econômico e de redistribuição espacial promovida pelo Estado. No contexto, o discurso reivindicativo dessa territorialidade local constrói-se em referência ao quadro jurídico e administrativo imposto pelo Estado. Assim, a incorporação do discurso do Estado fundamenta a etnicidade genérica e jurídica que os povos indígenas reivindicam, ao se referirem à sua condição de expropriados. Portanto, a identidade social e política dos grupos que veiculam esse discurso na cena nacional forja-se no campo de forças e categorias desse quadro.

No movimento, formado nos “interstício das formas canônicas da etnicidade” (ALBERT, 2002, p. 241), os novos representantes indígenas desenvolvem uma simbolização política complexa e original que passa ao largo do labirinto de imagens dos índios construídas tanto pela retórica indigenista do Estado quanto pela de seus próprios aliados (Igreja, ONGs, missionários, antropólogos, etc.).

A implementação de uma nova agência política nas Terras Indígenas do Xingu imprimiu todo um processo político-cultural de adaptação criativa que gera as condições de possibilidade de um campo de negociação interétnica em que o discurso colonial possa ser contornado ou subvertido. Esse *encontro cultural* nutre-se tanto dessa etnopolítica discursiva quanto das formas retóricas (negativas ou positivas) pelas quais os brancos constroem “os índios”. Porém, ela não se limita apenas às imagens recíprocas de índios e brancos. A autodefinição de cada protagonista alimenta-se não só da representação que constrói do outro, mas também da representação que esse outro faz dele: “[...] a auto-representação dos atores interétnicos constrói-se na encruzilhada da imagem que eles têm do outro e da sua própria imagem espelhada no outro” (ALBERT, 2002a, p. 241).

O discurso político reivindicatório dos Povos Indígenas a partir de sua “especificidade social” encontrou um Estado brasileiro em dificuldades para definir o campo político no qual se pode inserir a questão indígena, comportando algumas confusões quanto à natureza desses Povos (“tutelados”, “diferenciados”, “específicos”, “vulneráveis”, “autônomos”, “autodeterminados”, etc.). Por outro lado, as sociedades indígenas “perdem-se” entre a conjugação dos direitos particulares como sujeitos diferenciados e a demanda pelo direito universal, portanto, de cidadãos

brasileiros. Tal situação deixa os indígenas sem um lugar específico dentro da sociedade nacional, transformando-os em “indigentes”, nos mais pobres entre os pobres, condição a partir da qual o Estado dialoga (DURHAM, [1982] 1983).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro procurou empreender uma nova forma de visão e contato junto aos “cidadãos etnicamente diferenciados” (BRAND, 2002, p. 31). É a partir da implementação de políticas sanitárias nas áreas indígenas que o referido projeto estatal busca efetivar-se. Porém, o movimento vem sendo construído dentro de um contexto bastante particular, no qual as instituições se debatem entre a eficácia do Estado – representada na lógica liberal de minimizá-lo – e a lógica de uma regulação democrática dos direitos sociais.

Para garantir o direito indígena de atenção integral e diferenciada nas políticas públicas de saúde, por exemplo, o Estado recorre às especificidades e situação de vulnerabilidade desse segmento sociocultural. Porém, as alterações nos códigos legais não se traduzem necessariamente em mudanças nas práticas administrativas. Conforme os dados etnográficos aqui apresentados, ainda é bastante frequente o descompasso entre o texto das leis e as políticas implementadas nas áreas indígenas. Isso decorre porque esses Povos continuam transitando entre a aplicabilidade dos direitos com uma visão diferenciada e do direito como valor universal, mas também porque, em função disso, nem o Estado nem os atores indígenas assumem uma posição unívoca. Portanto, aplicada à noção dos direitos, tanto no plano da universalidade quanto da diferença, entende-se essa condição, se considerarmos que o contrário da “igualdade” não se contrapõe à diferença, mas à “desigualdade”, não obstante esse dilema comporte, na prática, algumas armadilhas observadas no desenho de políticas públicas.

No contexto, os conteúdos dos decretos governamentais que regulamentam políticas sanitárias como a PNASPI revelam: as nuances do novo manejo do Estado à questão da “autodeterminação étnica” cujo projeto revela, de fato, claras incompatibilidades entre os interesses locais (grupos étnicos regionais) e os da sociedade global (Estado). Portanto, o regime de “autonomia étnica” - almejada pelos líderes indígenas - só é possível como projeto de vida política-jurídica dos Estados, entretanto, apenas nas condições específicas, nas quais pelo o menos o interesse local fosse em parte compatível com os interesses globais.

Além dessas elucubrações, a etnografia empreendida junto aos grupos beneficiados pela nova política sanitária, no caso os Povos alto-xinguanos, permite concluir que o Estado viabilizou

um modelo de atenção à saúde indígena que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização. Essa opção política suscitou, já nos primeiros anos de implementação da política pública, problemas e contradições em diferentes dimensões. Essas se revelam principalmente na disputa pelo controle político sobre a PNASPI (Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena). No Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, por exemplo, assim como ocorreu em alguns outros distritos sanitários, a instituição conveniada para prestar a assistência nas áreas indígenas – no caso, a EPM/UNIFESP – fortalecida pelos volumosos recursos recebidos junto à FUNASA, passou a exercer um “poder político autônomo”, muito maior que o previsto inicialmente pelos gestores da Fundação.

A UNIFESP, privilegiada inicialmente por se tornar a primeira instituição do país a assinar convênio com a FUNASA, em agosto de 1999 – antes mesmo da publicação da Portaria de criação e regulamentação da PNASPI – na presença do Ministro da Saúde, autoridades governamentais e lideranças xinguanas, passou a ter notoriamente, a partir de 2003, dificuldades em manter-se prestando a assistência de saúde na região do Alto Xingu. Além das ingerências provocadas pela FUNASA, conforme avaliam os dirigentes da EPM/UNIFESP, a instituição passou a ter importantes desencontros e conflitos nas áreas indígenas, desde o caráter prático das ações sanitárias exercidas pelos profissionais de saúde até a política de compra e distribuição dos bens com recursos da nova política de saúde. Com o falecimento de um dos grandes caciques do Alto Xingu, as diferenças exacerbaram-se.

Os fatos não só provocaram a “expulsão” da Instituição, como também possibilitaram aos líderes locais assumir a execução dos serviços de assistência à saúde junto às aldeias, através de convênio – em primeiro momento com a associação Mavutsinin, substituída posteriormente pela organização também indígena IPEAX – junto à Fundação Nacional de Saúde.

Para retomar o “controle político-gestionário” sobre a implementação da política sanitária, os dirigentes da FUNASA publicaram portarias. Entretanto, surgiram outros problemas: má gestão dos recursos repassados pelo Governo Federal; desvios financeiros em atos de corrupção comprovados em operações da Polícia Federal; baixa qualidade dos serviços executados em área indígena, etc.

A situação “obrigou” a Fundação a buscar “novos parceiros”, no caso, prefeituras municipais localizadas nas proximidades das áreas indígenas. Em alguns meses, as parcerias “consolidaram-se” a partir de volumosos repasses realizados pela Secretaria de Atenção à Saúde

(SAS/Ministério da Saúde) para as secretarias municipais de saúde, com a expectativa de desenvolverem ações de assistência junto aos grupos indígenas. Na região da Terra Xingu, por exemplo, os repasses tornaram-se maiores que os recursos percebidos pelas terceirizadas (EPM/UNIFESP e Associação IPEAX) que executavam serviços de assistência nas áreas indígenas.

As contradições e conflitos presentes no movimento também não demoraram a surgir: críticas de militantes indígenas e indigenistas, sugerindo que o movimento do Governo Federal representou a municipalização da saúde indígena, portanto, contrário às legislações vigentes até então; diversas secretarias municipais de saúde beneficiadas com os repasses recusaram-se a prestar informações ao Ministério da Saúde sobre números de mortalidade, de nascidos vivos/nascidos mortos, notificação dos agravos e mesmo a produção realizada junto aos grupos aldeados; e a falta de critérios na distribuição dos recursos entre os municípios, como também sua forma de aplicação, etc.

No contexto de disputas políticas pelo controle político-gestorário entre DSEI/FUNASA, prefeituras e ONGs terceirizadas (universidade ou indígenas), há uma descoordenação e inaplicabilidade dos programas de saúde que se refletem na realidade cotidiana dos usuários alto-xinguanos, com a falta de organização e o paralelismo das ações de saúde, espelhando-se no atendimento completamente irregular. Ainda que nas Terras Indígenas do Xingu o Governo Federal tenha investido, no decorrer do ano de 2007, aproximadamente R\$3.078,00 (três mil e setenta e oito reais) *per capita/habitante* em política sanitária²⁵⁹, persiste a falta de profissionais de saúde; de equipamento hospitalar de baixa densidade e custo; de medicamentos; de transporte; de hospedagem, entre outros.

Por outro lado, houve, a partir da implementação da política sanitária e seus arranjos institucionais, um redimensionamento das práticas políticas estabelecidas até então, entre povos indígenas e o Estado. Os líderes indígenas, mesmo não articulando uma posição homogênea

²⁵⁹ O montante resulta da soma de valores recebidos por: Prefeituras e Hospitais conveniados - R\$8.549.000,00; Instituições terceirizadas junto à FUNASA (EPM/UNIFESP e IPEAX) - R\$5.430.000,00; gastos realizados pelo DSEI-Xingu - R\$1.500.000,00. Juntas, essas instituições receberam aproximadamente R\$15.479.000,00 (quinze milhões e quatrocentos e setenta e nove mil reais) para desenvolver ações e serviços de saúde junto aos grupos aldeados na Terra Indígena do Xingu. Fonte: BRASIL/MS (Ministério da Saúde - Fundo Nacional de Saúde) 2004 a 2007. Aqui não foram incorporados os valores repassados pelo Governo Federal para as secretarias municipais (fundo a fundo) por programas específicos (saúde da família, da criança, do idoso, da mulher, do câncer, entre outros) que recebem a partir da referência de número de habitantes circunscrito ao município, contando-se assim os indígenas. Também não estou observando os possíveis investimentos no decorrer do ano de 2007 realizados pelo Projeto VIGISUS/FUNASA (Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde). Para exercício de comparação, no mesmo ano as despesas realizadas em ações e serviços públicos de saúde pelos municípios, estados e união no país foram em média de R\$520,08 (quinhentos e vinte reais) - per capita/habitantes. (BRASIL/CONASS, 2009)

diante da “oferta” estatal, muitos com objetivos de garantir reconhecimento e espaços políticos tanto no cenário nacional quanto nos seus sistemas tradicionais de organização, deflagraram um projeto que persegue o alargamento das participações e uma mudança na estrutura organizativa do Estado.

Para tanto, os alto-xinguanos, “acostumados”, até então, a manter “boa relação” com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) - autarquia que garantia aos líderes locais casa e chácara em Brasília a fim de albergá-los em “visitas” à capital do país (privilégio exclusivo conquistado “na época dos Villas Bôas”) - formaram associações (ONGs) para, através de convênios junto à FUNASA, tornarem-se responsáveis pelas ações e serviços de saúde em suas áreas.

Mesmo que a experiência de exercerem o “controle” sobre a gestão e execução dos serviços em saúde junto às suas populações aldeadas seja ainda recente, os dados etnográficos têm indicado transformações importantes na relação construída historicamente entre o Estado e os grupos locais.

Esse movimento, realizado pelos líderes do Alto Xingu, envolveria um modelo participativo de cogestão cuja prática também não dispensa alguns momentos de consumação da identidade entre os atores que formam parte dessa experiência participativa.

Estudos recentes sobre o fenômeno da identidade, como os empreendidos por Laclau (1996) e Moore (2000), têm chamado a atenção para a pluralidade dos sujeitos, criadores de interesses em função da autoidentificação. Assim, os autores propõem o entendimento da identidade como um assunto de estratégia, e não apenas elementos constitutivos de posturas objetivadas²⁶⁰. Para Moore, os conjuntos da identidade assumem papéis diversos em contextos também diversos, dificultando a definição de prioridades de uma unidade sobre a outra. Portanto, em um momento o étnico pode ter prioridade sobre o sexual, e, em outro, a etnicidade ser a diferença definidora. “O que é claro é que essas formas da diferença estão mutuamente imbricadas e que, embora possamos falar de prioridades ou determinações entre conjuntos de diferenças, devemos estar cientes de que elas nunca poderão ser cabalmente separadas entre si” (MOORE, 2000, p. 16). A autora assevera que: “A mútua imbricação de conjuntos de diferenças

²⁶⁰ Para alguns teóricos estudiosos do fenômeno da identidade (HALL, 2003; LACLAU, 1996; HOPENHAYN, 1994; entre outros), o entendimento exposto por Barth (1969) não é mais suficiente perante a complexidade que esse fenômeno comporta. Esses autores, em estudos recentes sobre o fenômeno da identidade, a colocam a partir de uma abordagem classificada como “morte do sujeito”. Consiste-se de uma noção que revela o declínio do sujeito como um fator homogêneo e pré-determinado, ocorrendo pela sua estrutura ou pela sua posição no conjunto de relações sociais menores. Para Laclau, Hopenhayn e Hall, a ênfase deve ser observada no deslocamento flexível das diversas identidades, não apenas questionando o centralismo projetado nos estudos de até então, mas sendo também constitutiva de uma relação de poder.

salientes significa que uma forma de diferença pode substituir outra e/ou que diferenças invocadas em um contexto podem ser utilizadas para reformular diferenças relevantes em outro” (Id. p. 31).

A partir da observação etnográfica de discursos e condutas, os atores indígenas nos concedem alguns elementos suficientes para reconhecer que a identidade é recolocada nos diferentes contextos do *encontro* com a esfera institucional do Estado, e assim, partindo do reconhecimento dela como ferramenta política. Portanto, a luta pelo reconhecimento parece colocar aos líderes indígenas a necessidade de defender o direito à existência, às práticas cotidianas e à diferença embutidas nela, mas essa luta só pode se reconhecer em referência a uma totalidade, criando pontes entre ambas as esferas - “particularismo” e “universalismo” – em que os atores vão e voltam. Assim, o objetivo da luta pelo reconhecimento não pode ser outro senão criar uma articulação entre ambas as esferas. “Contudo, esse reconhecimento do “particular” na “totalidade” só pode ser inscrito em termos da ambigüidade que ele cria, ao instaurar nessa luta, a procura por uma totalidade que não tenha conteúdo específico e, portanto, susceptível a alteração”. (MEZA, 2003, p.125 – aspas no original)

Laclau (1996) explica que essa ambigüidade está dada por uma operação na qual:

They defend the right to difference as a universal right, and this defense involves their engagement in struggles for the change of legislation, for the protection of minorities in courts, against the violation of civil rights, etc. That is, they are engaged in a struggle for the internal reform of the present institutional setting. But as they assert, at the same time, that this setting is necessarily rooted in the cultural and political values of the traditional dominant sectors of the West, and that they have nothing to do with tradition, their demands cannot be articulated into any wider hegemonic operation to reform that system. (1996, p.56)

Logo, avalia-se o quanto das estratégias indígenas descritas ao longo do texto nos apresenta a dimensão institucional de suas práticas políticas.

Nesse novo contexto, a organização de associações indígenas como a Mavutsinin e o IPEAX, para assumir a execução dos serviços de atenção à saúde em suas áreas, através de convênios junto à FUNASA, torna-se uma importante ferramenta política na relação direta que se estabelece com os organismos estatais. Portanto, é dentro da institucionalidade do atual modelo participativo de cogestão Estado e Sociedade Civil que os líderes locais operacionalizam suas práticas políticas. Essa estratégia possibilita-lhes a efetiva participação política no contexto nacional, mas principalmente reforça sua legitimidade dentro do sistema alto-xinguano – uma vez que assumem o controle de acesso a bens e serviços provenientes das ações biomédicas. Contudo,

esse movimento é marcado por incongruências: por um lado, ao assumirem o papel de executores da política de saúde em suas aldeias, as lideranças xinguanas passaram a ter um controle maior sobre a destinação dos recursos a serem aplicados e, conseqüentemente, a ver algumas de suas prioridades na área de saúde – formuladas por suas bases políticas – atendidas.

Por outro lado, têm-se todas as contradições criadas nesse novo cenário, pois se anteriormente esses militantes desenvolviam lutas pela garantia de direitos civis entre eles, o direito à saúde, agora vivenciam o papel de prestadores de serviço do Estado, em uma relação de pactuação, que os coloca na peculiar atribuição de cobrar e fiscalizar o seu próprio desempenho. Os novos papéis impõem aos líderes locais novas rotinas junto aos espaços institucionais de poder. Se anteriormente lhes era reservado o acolhimento em chácara nas “visitas” a Brasília e, às vezes, a pompa de serem recebidos nos escritórios dos ministérios no papel de autoridades representativas, agora se hospedam em hotéis com recursos próprios e são obrigados a ficar dias aguardando para serem recebidos pelos gestores governamentais.

Ainda sobre a associação indígena IPEAX, percebe-se que, no contexto alto-xinguno, além de surgir como instituição legitimada no acesso de políticas governamentais – bens e serviços considerados importantes – proporcionando a unidade das diversas facções políticas presentes na região, a organização aparece também como um elemento de caráter contrastivo da identidade étnica, que consiste na afirmação do nós – membros da organização indígena IPEAX, diante dos outros – caraíbas que compõem a prestadora de serviço EPM/UNIFESP. Portanto, utiliza-se de estratégias via identidade, através do exprimir e da constante construção da identidade em diferentes cenários, onde os atores aldeados ensaiam a sua noção de política, não apenas outorgando um valor político em si, mas também demonstrando o quanto esse valor político tem de dinâmico e se renova a cada instante em diferentes conjunturas.

Os conselhos de saúde (distrital e local) instituídos pela PNASPI são outros espaços em que os líderes locais atualizam sua forma de fazer política. Contudo, fazem-no a partir de reesignificações, ajustando e construindo alternativas que permitem, por exemplo, que suas reuniões tenham um número muito maior de participantes com direito a voz e voto que o institucionalizado na política sanitária. É nesses espaços que ocorrem os jogos políticos de confrontos e os “antigos mestres da estratégia da aliança” (MENGET, 2001) afirmam suas parcerias políticas com os demais líderes étnicos, mas principalmente com os atores institucionais.

Nas reuniões dos Conselhos, tem-se com nitidez a operacionalização da filosofia política (CLASTRES, [1962] 1974) alto-xinguana pelos líderes locais que, através de discursos e gestos, utilizam-se do espaço ora para realizar duras críticas e pressionar os gestores, sejam governamentais, sejam da conveniada IPEAX, ora para elogiá-los e construir novas parcerias, novas alianças políticas que possibilitem aquisições de bens e serviços para suas comunidades.

Nesse contexto, as disputas internas aparecem especialmente para garantir a hegemonia sobre políticas públicas ofertadas pelo Estado. Contudo, os grupos reclamantes não deixam de sugerir possíveis “parcerias”, ou seja, o “compartilhamento do poder”. Já nas relações intra –para os agentes estatais – os discursos retomam os direitos estabelecidos a partir de “dívidas históricas” e reconhecidos por legislações, transpõem-se por ameaças de rompimento e protestos públicos, mas, ao mesmo tempo, oferta-se a possibilidade de construção de alianças. Menget (2001), ao tentar explicar a razão da sobrevivência do conjunto xinguano diante de grupos rivais, assevera: a sociedade xinguana não se opõe aos seus vizinhos, mas busca os meios de compreendê-los, em todos os sentidos. Seus vizinhos “[...] são-lhes inteligíveis, na medida em que a relação de aliança desigual é um ideal que partilham, e são-lhe assimiláveis porque opera por um mecanismo expansivo” (MENGET, 2001, p. 68). Portanto, opera-se nesses grupos étnicos uma lei de troca, oscilando entre dois polos da relação de aliança de direito e da relação de antialiança de fato, criando-se o sistema social total: “A colectividade xinguana codifica as relações sociais como rede idealmente homogênea de unidades cambistas, ao mesmo tempo, que racionaliza as relações, por natureza ambivalentes, que permitem fazer e desfazer esta sociedade” (MENGET, 2001, p. 68).

No contexto, se, por um lado, a maioria dos líderes locais operacionaliza o modo de fazer política a partir dos Conselhos institucionalizados pelo Distrito Sanitário Especial do Xingu/FUNASA, por outro, na relação com os municípios, a estratégia é outra. Dessa maneira, percebe-se que a ausência dos indígenas nos conselhos municipais de saúde não resultaria apenas da animosidade e recusa dos administradores executivos presentes no entorno da Terra Indígena do Xingu em nomeá-los – conforme recomendam as legislações vigentes, mas sim de uma postura política dos líderes alto-xinguanos em não ocupar esses espaços por não vislumbrarem avanços naquilo que lhes interessa – alianças políticas que lhes resguardam condições de interferir sobre os destinos da aplicação dos recursos.

A recusa em participar desses espaços deliberativos que lhes impõem uma desproporcionalidade em quantidade numérica de representantes (caraíbas *versus* alto-xinguanos) confirma-se, pois alguns líderes demonstraram enormes resistências com a promulgação da Portaria Ministerial 2556/2007 que transferiu para o Conselho Estadual de Saúde possíveis alterações entre o Conselho Distrital Indígena e o DSEI-Xingu ou entre o Conselho Distrital Indígena e os Conselhos Municipais de Saúde.

Portanto, com os executivos municipais, percebe-se que as “alianças” são construídas em ações isoladas dos caciques que demandam, pessoalmente, benesses para seus grupos, mas também em reuniões dentro das áreas indígenas, com a participação de um grande número de líderes (caciques, conselheiros, profissionais de saúde e usuários), onde se operam as mesmas lógicas das negociações realizadas com os agentes ligados ao DSEI/FUNASA e as conveniadas.

Conforme se mostra acima, as negociações com os executivos municipais resultaram em construção e reforma de UBSs, postos de saúde; aquisições de barco, motor de popa, rádio amador, equipamentos de saúde e até mesmo a contratação de profissionais de saúde para atuar dentro do território indígena. Contudo, na avaliação de alguns líderes locais, ver suas reivindicações atendidas a partir dos municípios significa colocar em risco seu projeto político. Portanto, reconhece-se que os grupos locais têm um projeto a ser materializado a partir da “autonomia gestonária” e “autodeterminação”, que se chocam com a postura monolítica do Estado-nação.

O estudo sobre a implementação de políticas públicas como a PNASPI revela o dinamismo do campo conceitual que se reflete em tensões, encenando um manejo do Estado à noção de direitos indígenas, que vai ao encontro do discurso da diferença, no entanto nem sempre em função de preservá-lo. Isto é, recorre-se à sua condição de sujeitos coletivos em nome dos “direitos naturais” – a partir dos quais reclamam seu direito à diferença, mas também se insiste na ideia de serem sujeitos normatizados pela legislação vigente, a partir da qual reclamam seu direito à igualdade.

Essas ambiguidades – ainda presentes em um Estado que não conseguiu definir o campo político no qual se pode inserir a questão indígena – são refletidas na definição de políticas públicas que estimam as diferenças culturais, no entanto que se concretizam em esquemas de regulação sobre as comunidades étnicas, ocorrendo uma “autodeterminação regulada” - se é que isso seja possível. Dessa forma, a esfera institucional do Estado, antes mesmo de iniciar qualquer

diálogo, descaracteriza o ator indígena envolvido no processo, como ser culturalmente distinto, para reconstruí-lo no mesmo patamar dos movimentos sociais com os quais o Estado dialoga. Impõe-se, assim, ao *encontro* (Estado e Povos Indígenas), um forte conteúdo institucional. Por outro lado, não extingue as possibilidades de que as estratégias indígenas sejam também executadas fora desse espaço a ponto de que, em nome da sua posição na organização nacional, os atores indígenas elaboram uma resposta que recusa a visão institucional, porém não a renuncia completamente. Quiçá, parte dos esforços presentes na pesquisa objetivou demonstrar esse movimento.

Bibliografia

AGÊNCIA BRASIL. 2007. – *Em nota, Funasa acusa presidente da Coiab de irregularidades*. (21 de novembro de 2007). Consultado em 04 de janeiro de 2008 em: <http://www.noticiasdaamazonia.com.br/136-em-nota-funasa-acusa-presidente-da-coiab-de-irregularidades>

ALBERT, B. 1995. O Ouro Canibal e a Queda do Céu. Uma Crítica Xamânica da Economia Política da Natureza, *Serie Antropologia* n° 174. Brasília: Université de Brasilia (département d'Anthropologie).

ALBERT, B. 1997. 'Ethnographic Situation' and Ethnic Movements: Notes on Post-Malinowskian Fieldwork. *Critique of Anthropology* 17(1):53-65.

ALBERT, B. 2000a. Na Amazônia: Entre a nova Constituição e o 'mercado de projetos'. In: *Instituto Socioambiental*, novembro de 2000. Disponível em: www.socioambiental.org.

ALBERT, B. 2000b. Associações indígenas e Desenvolvimento Sustentável na Amazônia brasileira. In: Povos Indígenas no Brasil 1996-2000, Carlos Alberto Ricardo (Ed.), São Paulo: *Instituto Socioambiental (ISA)*: 197-207.

ALBERT, B. 2002a. O Ouro Canibal e a Queda do Céu. Uma Crítica Xamânica da Economia Política da Natureza (Yanomami). In: ALBERT, B. & RAMOS, A. R. (orgs.) - *Pacificando o branco: Cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Editora UNESP, p.239-277.

ALBERT, B. 2002b. Introdução: Cosmologia do contato no Norte-Amazônico. In: ALBERT, B. & RAMOS, A. R. (orgs.) - *Pacificando o branco: Cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Editora UNESP, p.09-24.

ALBERT, B.; RAMOS, A. R. (Orgs.) 2002. *Pacificando o branco: Cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Editora UNESP.

ALMEIDA, M. H. T., 1996. Federalismo e políticas sociais. In: *Descentralização e políticas sociais* (R. B. A. Affonso; P. L. B. Silva, Orgs.), São Paulo: FUNDAP.

ARAÚJO, R. S., 2007. Distrito Sanitário Indígena do Xingu – Brasil: a opção política das lideranças indígenas. In. *VII Reunião de Antropologia do Mercosul*. Porto Alegre.

ARRETCHE, M., 1997. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização* (S. GERSCHMAN & M.L.W. VIANNA, orgs.), pp 127-152. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUTSINI, 2004. *Plano Operacional apresentado a FUNASA*. Janeiro de 2004. pp.12.

ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUSTININ. 2000. *Ata da assembléia geral da diretoria da associação indígena mavustinin*. (realizada em 16 de março de 2000), pp.2.

ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUSTININ. 2000. *Ata da assembléia de eleição da nova diretoria da associação indígena mavustinin*. (realizada em 31 de julho de 2002), pp.2.

ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUSTININ. 2000. *Ata da assembléia geral ordinária e extraordinária da associação (indígena mavustinin)*. 2003. (realizada em 02 de setembro de 2003), pp.1.

ATHIAS, R.2004. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa.

ATHIAS, R. & MACHADO, M., 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.17, n 02, p.425-431,

ATHIAS, R.; SHANKLAND, A.; SILVA, R. N. P., 2007. Saber tradicional e participação indígena em políticas públicas de saúde. In: Jorge. O. Romano; Maristela de Paula Andrade; Marta Antunes. (Orgs.). *Olhar crítico sobre participação: a construção de uma governança democrática e participativa a partir do local*. 1 ed. SP.: Expressão Popular, v. 1, pp. 71-120.

BALANDIER, G. [1963] 1993. A Noção de Situação Colonial. In: *Cadernos de Campo* nº 3 USP, São Paulo.

BALANDIER, G., 1963. *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, 2.ed. Paris: Press Universitaires de France.

- BARBOSA, G. B., 2002 - *A Socialidade* contra o Estado: a antropologia de Pierre Clastres, dissertação de Mestrado, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ.
- BARBOSA, G. B., 2004. *A Socialidade* contra o Estado: a antropologia de Pierre Clastres. *Revista de Antropologia*. [online]. 2004, vol.47, n.2, pp. 529-576.
- BARCELOS NETO, A. 2001. Apontamentos para uma iconografia histórica xinguana. In: *Os Povos do Alto Xingu: História e Cultura* (FRANCHETTO B.& HECKENBERGER, M., Orgs.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ. pp. 193-218.
- BARCELOS NETO, A. 2002. *A Arte dos Sonhos*. Lisboa: Museu Nacional de Etnologia e Assírio & Alvim.
- BARCELOS NETO, A. 2004. Apapaatai: Rituais de Máscaras no Alto Xingu. *Tese de doutorado*. São Paulo: USP – FFLCH – Departamento de Antropologia.
- BARTH, F. 1970. *Ethnic Group and Boundaries: The Social Organizations of Culture Difference*. London: Allen & Unwin.
- BARTH, F. 2000, Os Grupos étnicos e suas fronteiras. In: LASK T. (org.), *O Guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- BARTH, F. 2005. Etnicidade e o Conceito de Cultura. In: *Antropolítica*. Niterói, nº 19, pp. 15-30, 2o sem.
- BARUZZI, R. G.; MORCOPITO, L. F. & IUNES, M. 1978. Programa médico preventivo da escola paulista de medicina no Parque Nacional do Xingu. *Revista de Antropologia*, São Paulo, vol.21, n. 02, p.155-170.
- BARUZZI, R., 2001. Entrevista: Dr. Roberto Baruzzi - *Saúde no Parque*. Capturado em Janeiro de 2008 In: <http://www.brasiloste.com.br/noticia/1194/entrevista-dr-baruzzi>
- BARUZZI, R., 2005. Do Araguaia ao Xingu. In: BARUZZI, R. G. e JUNQUEIRA, C. (orgs.). *Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Ed. Terra Virgem, p. 59-112.
- BASSO, E., 1973. *The Kalapalo Indians of Central Brazil*. Prospect Heights. Illinois: Waveland Press.

- BASSO, E., 2000. "O que podemos aprender do discurso kalapalo sobre a 'história kalapalo'?". In: *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (orgs.). Rio de Janeiro: UFRJ
- BASTOS, R. J. M., 1983. Sistemas políticos, de comunicação e articulação social no Alto-Xingu. *Anuário Antropológico*/81: 43-58.
- BASTOS, R. J. M., 1984-85. O "payemeramaraka" Kamayurá- uma contribuição à etnografia do xamanismo no Alto-Xingu. *Revista de Antropologia*, 27-28 pp. 139-177.
- BASTOS, R. J. M. 2001. Ritual, história e política no Alto Xingu: observações a partir dos kamayurá e do estudo da festa da jaguatirica (Jawari). Em *Os Povos do Alto Xingu: História e Cultura* (FRANCHETTO, B. & HECKENBERGER, M.- Orgs.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ. pp. 335-357.
- BENTO PRADO JR. 2004. "Prefácio" In: CLASTRES P., *A arqueologia da violência: ensaios de antropologia política*, Rio de Janeiro: Cosac Naify.
- BRAND, A. 2002. Mudanças e continuísmos na política indigenista pós-1988. In: BARROSO-HOFFMANN, M. e Antônio C. de Souza Lima (organizadores). *Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa e LACED, pp. 31 – 38
- BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 1986. *Relatório final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas*, Brasília/DF.
- BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.
- BRASIL, 1990a. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>
- BRASIL, 1990b. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>
- BRASIL, 1991a. Decreto Presidencial nº 23/91 – Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde - FUNASA), 1993. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Para Os Povos Indígena*. Luziânia/GO. MS/Funasa.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 1993. *Sistema Único de Saúde: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério de Saúde.

BRASIL, 1994. Decreto Presidencial 1.141, de 19 de maio de 1994a. Disponível em 03/05/2007, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 1994b. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 1996. Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da União*, 06 de novembro de 1996. p. 22.932-22.940.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde). 1997. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL/MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado), 1997. *Organizações Sociais*. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. Cadernos MARE da reforma do Estado, v.2.

BRASIL, 1999. Medida Provisória n. 1.911-8 de 29 de julho de 1999. Disponível em 01/07/2006, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL, 1999a. DECRETO N° 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999. Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde), 1999b. *Portaria* 1.163 de 14/9/1999. Disponível em 01 de maio de 2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS, (Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde). 1999c. *Portaria No. 852, de 30 de setembro de 1999*. Brasília/DF: Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI.

BRASIL. 1999d. Lei n° 9.836, de 23 de setembro de 1999. Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL, 2000. Ministério da Integração Nacional - Relatório 0518 - DESENVOLVIMENTO AGROAMBIENTAL DO ESTADO DE MATO GROSSO – PRODEAGRO - Anexo I. 2000. Consultado em 05 de janeiro de 2010 em: http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_prog/344/prog344.htm

BRASIL/FUNASA, 2000. Informe de saúde indígena. 2000. Disponível em setembro de 2007 no site: <http://www.funasa.gov.br>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2001. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena*, Luziânia/GO., MS/Funasa.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2001a. Secretaria Executiva, *Programa de Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas*. Brasília/DF:MS, p. 52.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2001b. *Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Disponível em setembro de 2010, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2002a. *Portaria Ministerial N° 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas– 2a edição*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 40p.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2002b. *Diretrizes para projetos físicos do estabelecimento de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em área indígena - 1a. Edição*. Brasília. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 44p.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2002c. *Manual de Operações: Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena: SIASI-Local – Versão 1.0* Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Saúde Indígena.

BRASIL/FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2003. *Relatório de Gestão do Departamento de saúde Indígena: 1999 – 2002*. Brasília: Funasa.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2003 PORTARIA N° 1.776, DE 08 DE SETEMBRO DE 2003. *Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA*.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2004. *PORTARIA N° 70/GM*. Em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

BRASIL/MS: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Departamento de Saúde Indígena), 2004. *Ata de pactuação saúde indígena*. pp. 09.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde - Fundo Nacional de Saúde) 2004 - 2007. Transferência fundo a fundo: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde para Secretarias Municipais, 2004; 2005; 2006; 2007.

BRASIL/MS, (Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde). 2005. *Convênio que entre si celebram a Fundação Nacional de Saúde e o Instituto de Pesquisa Etno Ambiental do Xingu – IPEX/MT*, visando a execução de ações de atenção a saúde indígena, em caráter complementar. p.09.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2006. Portaria nº 644, Ministério da Saúde (D.O.U. - 29/03/2006) *Saúde Indígena*. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

BRASIL/MS/FUNASA, 2006a - *Relatório Final 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Março de 2006.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2006b. *Portaria 399/GM*, de 22/02/2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Publicada no DOU de 23/02/2006.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2006c. Portaria 699/GM, de 30/03/2006, *Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, 2006*. Publicada no DOU de 03/04/2006

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2007. *Portaria 2656, de 17 de outubro de 2007*: Disponível em 01 de maio de 2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2008a. *Portaria 775, de 24 de abril de 2008*: Disponível em 01 de dezembro de 2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde)., FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008b *Acompanhamento de RH atuando na Saúde Indígena/Dezembro de 2007*.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008c. *Portaria MS-GM Nº 1.235* [Cria a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena]. Brasília: DOU, 20 Jun.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008d. *Portaria SAS no. 475 de 1 de setembro de 2008*. Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDIGENA e seus subtipos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008e. *Relatório Anual de Atividades de Atenção Integral À Saúde Indígena – 2007/* Fundação Nacional de Saúde.- Brasília: Funasa.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008f. *Planilha de Levantamento Diário da Situação dos Convênios 2004-2007*. Dados tabulados – Funasa-MS/Coordenação de Planejamento e Avaliação.

BRASIL/FUNASA, 2008g. *Portaria FUNASA 293 de 07 de abril de 2008*:Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/MS (Ministério da Saúde), 2008h. *Portaria 1922, de 11 de setembro de 2008*: Disponível em 01 de dezembro de 2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2009a. *Informativo consultado no site da FUNASA - Saúde Indígena - Distritos Sanitários - Casas de Apoio à Saúde do Índio*. Capturado em 02 de setembro de 2010 no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/distritosEspeciais.asp>

BRASIL/FUNASA, 2009b. *Portaria FUNASA 46 de 21 de janeiro de 2009*:Disponível em 01/05/2011, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoDesai.asp>

BRASIL/CONASS., 2009. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS., 282 p.

BRASIL, 2010a. *LEI Nº 12.314, DE 19 DE AGOSTO DE 2010*. Disponível em 01/05/2011, no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm

BRASIL, 2010b. Decreto Presidencial n. 7.336, de 19 de outubro de 2010. Disponível em 01/05/2011, no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm

BRASIL, 2010c. Decreto Presidencial Nº 7.461, DE 18 DE ABRIL DE 2011: Disponível em 01/05/2011: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm

BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K., 1998. (Orgs.), *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

BUCHILLET, D. 2004. Cultura e Saúde pública: uma reflexão sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. In: *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa* (E. J. Langdon & L. Garnelo, orgs.), pp. 155-175, Rio de Janeiro: Contracapa/ABA.

CAMPOS, G. W. S. 1991. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, G. W. S. 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: (Org.) CECÍLIO, L. C. de O., *Inventando a mudança na Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R., 1976a. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Pioneira,

CARDOSO DE OLIVEIRA, R., 1976b. *Do índio ao bugre*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R., 2000a. *O trabalho do antropólogo*. 2 ed. Brasília: Paralelo 15. São Paulo editora UNESP, pp. 220.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R., 2000b. Ação Indigenista, Etnicidade e o Diálogo Interétnico. In: *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 14, n. 40, set./dez. pp.213-230.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R., 2001. Sobre o diálogo intolerante. In: *Povos indígenas e Tolerância: Construindo práticas de Respeito e Solidariedade*. (Org) GRUPIONI, L. D. B. et al. São Paulo, Ed.USP. pp. 245- 252.

CARDOSO, M.D., 2001. Direitos indígenas: saúde, educação e autodeterminação. In: *Caminhos da Cidadania: um Percorso Universitário em Prol dos Direitos Humanos* (N. Felicidade, org.), pp. 11-28, São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos.

CARDOSO, M.D., 2004a. Saúde indígena e dinâmica sócio-política no âmbito da distritalização do sistema de atenção à saúde: o contexto alto xinguano. *Projeto de Pesquisa – Pós Doutorado apresentado ao CNPq – 2004*.

CARDOSO, M.D., 2004b. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa* (E. J. Langdon & L. Garnelo, orgs.), pp. 155-175, Rio de Janeiro: Contracapa/ABA.

CARDOSO, M.D., 2005. Da pluralidade terapêutica à lógica da diferença: o contexto alto xinguano do Brasil Central. In: *Anais de eventos da VI Reunião de Antropologia do Mercosul*. Montevideú,

CARDOSO, M. D., 2007a. Dalla pluralità terapêutica alla logica delladifferenza - il contesto alto xinguano del Brasile Centrale. In: *Amazzonia Indigena: resocontidircerca sul campo*. (Gerardo Bamonte e Paride Bollettin, orgs.). pp. 171-190. Roma: Bulzoni Editore.

CARDOSO, M. D., 2007b. O contexto alto xinguano de incorporação de projetos e ações em saúde. In: Luciane Ouriques Ferreira; Patrícia Silva Osório. (Org.). *Medicina Tradicional Indígena em Contextos*. 1 ed. Brasília, , v. 1, p. 91-100.

CARDOSO, M. D., GUERREIRO JR., A. R., NOVO, M., 2008. As flechas de Maria: xamanismo, hierarquia política e transformação no Alto Xingu. In: *Anais da 26º Reunião Brasileira de Antropologia*, Porto Seguro.

CARNEIRO DA CUNHA, M. 1985. *Negros Estrangeiros: os escravos libertos e sua volta à África*. São Paulo: Brasiliense.

CARNEIRO DA CUNHA, M. 1987. *Antropologia do Brasil: mito, história e etnicidade*. 2º Edição, São Paulo: Brasiliense.

CARVALHO, A. I., 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.

CARVALHO, A. I., 1997. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. (S. Fleury, Org.), pp. 93-112, São Paulo: Lemos editorial.

- CARVALHO, A. I., 1998. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 23-25, vol. III, nº. 1.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L., 1995. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) - Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- CARVALHO, A. I., et al., 1993. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. *Saúde em Debate*, nº 38, março.
- CARVALHO, R. C., 1998. A participação popular no conselho municipal de saúde de Feira de Santana. *Dissertação de Mestrado*, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
- CEBRAP., 2009. Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena. (Consórcio IDS-SSL-Cebrap). Abril, pp. 230.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário), 1999. Saúde dos Povos Indígenas: Direito a uma atenção diferenciada. *Cadernos do Cimi*, 3, p. 46.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário), 2000. *Povos Indígenas de Mato Grosso*. Cuiabá: CNBB, CIMI/MT.
- CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 2001. *Saúde indígena: documento final do Encontro Nacional de Saúde do Cimi*, 20 de novembro de 2001. Capturado em janeiro de 2007, no site: <http://.cimi.org.br/saude.htm>
- CLASTRES, P. [1962]1974 Troca e poder: a filosofia da chefia índia. In: *A sociedade contra o Estado*. Porto, Afrontamento, pp.25-45.
- CLASTRES, P. 1974. *A sociedade contra o Estado*. Porto, Afrontamento.
- CLASTRES, P. [1972] 1995. *Crônicas dos índios Guayaki*. São Paulo: Editora 34.
- CLASTRES, P. [1974] 2003. Copérnico e os selvagens. In: *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac Naify.
- CLASTRES, P. [1977] 2004. *A arqueologia da violência: ensaios de antropologia política*, Rio de Janeiro: Cosac Naify.

COELHO DE SOUZA, M. 2000. “Virando gente: notas a uma história aweti”. In: *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (orgs.). Rio de Janeiro: UFRJ.

COHEN, A., 1969. Custom and Politics: the lesson of ethnicity. In: London, Routledge: KEGAN, Paul. *Urban Africa. Berkeley*: Universidade of California Press.

COHEN, A. 1974. The Lesson of Ethnicity. In: A. COHEN (ed.), *Urban Ethnicity*. London: Tavistock.

COHN, A., 1992. Descentralização, cidadania e saúde. São Paulo em perspectiva, São Paulo: *Fundação SEADE*, v.6, n. 4, p. 70-76, out/dez.

COHN, A., 1996. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: *Política de saúde: o público e o privado*. (EIBENSCHUTZ, C. Org.), pp. 315-327, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

COIAB - *Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira* 2007. Carta desaprovação e repúdio, (enviada ao Ministro da Saúde no dia 19 de outubro de 2007 pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB). Consultado em 01 de agosto de 2008 no portal: <http://www.coiab.com.br/>

COIAB - *Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira* 2007. Portal – consultado em 01 de agosto de 2008, no portal: <http://www.coiab.com.br/>

COIAB - *Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira*, 2008. Portal - *Nota pública sobre denúncias contra a COIAB* divulgada em 04.03.2008 no site: <http://www.coiab.com.br/coiab.php?dest=show&back=index&id=32&tipo=E>

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L., 2003. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.

CONSELHO DISTRITAL DO XINGU – CONDISI, Atas de reuniões período de 2000 a 2004.

CNM (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS), 2005. *Ministério da Saúde aumenta repasse de verba para Saúde Indígena*, Ag. CNM, em 09/05/2005. Capturado em 10/05/2008 no site: <http://www.cnm.org.br/institucional/conteudo.asp?iId=17706>

CONKLIN, B. A., 1994. O sistema médico wari' (pakaanóva). In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE), 1991 – Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991, que institui *A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI*. Capturado em 01/02/2011 no site: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/index.html

CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE), 2000. Resolução CNS que Aprova em caráter preliminar a *Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 40p.

CORE/FUNASA – MT, 2001. Portaria de número 229 em *Diário Oficial da União* de 30/04/2001.

COSTA, D. C. 1987. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.04, n.03, p.388-401.

COSTA, S., 1997. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 12, nº 25, out., pp. 121- 134.

CRUZ, K. R., 2003. Povos Indígenas e Políticas de Saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios. *Dissertação de Mestrado* – PPGPP/UFMA, p. 164.

CRUZ, K. R., 2007. Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista. *Tese de doutorado* – PPGPP/UFMA, p. 203.

DAGNINO, E., 1994. “Os Movimentos Sociais e a Emergência de uma Nova Noção de Cidadania”. Em Evelina Dagnino (org.), *Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, pp.103-115.

DAGNINO, E., 2002.(Org). *Sociedade Civil e Espaços públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra/Unicamp, pp. 364.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO XINGU (DSEIX). 2005. *Plano Distrital a ser executado nos anos de 2005-2007*.pp.30.

- DOLE, G. 1964. "Shamanism and Political Control Among the Kuikuro". In: BECKER, Hans (ed.). *Beiträge zur Völkerkunde Südamerikas*. Hannover, Druck: Munstermann-Druck GMBH. pp. 53-62.
- DOLE, G. [1966]1976 "Anarchy without chaos: alternatives to political control among the Kuikuro" In: SWARTZ, Marc J. (ed.). *Political Anthropology*. Chicago: Aldine. pp. 73-88.
- DURHAM, E. R.[1982] 1983. "O lugar do índio". In: *Comissão Pró-Índio/SP, O Índio e a Cidadania*. São Paulo, Brasiliense, pp. 11-19.
- ERTHAL, R. M. C., 2003. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos & A. L. Escobar, orgs.), pp. 197-215, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.
- SCOREL, S., 1987. *A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO INDÍGENA MAVUTSININ, 2000. p.07.
- ESTATUTO DO INSTITUTO DE PESQUISA ETNO AMBIENTAL DO XINGU – IPEAX, 2005 (17 de janeiro de 2005), p.09.
- EVANS-PRITCHARD, E. E., 1978 (1940). *Os Nuer*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- FAUSTO, C. 2004. *O tempo do ritual: política, economia e xamanismo no Alto Xingu*. NUTI, Museu Nacional - Projeto PRONEX.
- FAUSTO, C., 2005. Entre o passado e o presente: mil anos de história indígena no Alto Xingu. *Revista de Estudos e Pesquisa*, FUNAI, Brasília, v.02, p.09-51.
- FAUSTO, C. 2006. *Da responsabilidade social de antropólogos e arqueólogos: sobre contratos, barragens e outras coisas mais*. Disponível em <https://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=2317>>. (Acesso em: 08 novembro de 2007).
- FÉNELON COSTA, M. H., 1986. O sobrenatural, o humano e o vegetal na iconologia Mehináku. *Em Suma Etnológica Brasileira*3 (Arte Índia) (Berta G. Ribeiro, org.). Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro: FINEP e FAPERJ, Pará: FADESP. Pp. 239-263.

- FÉNELON COSTA, M. H. 1988. *O mundo dos Mehináku e suas representações visuais*. Brasília: Editora UnB e CNPq, Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- FERNANDES R. 1994. *Privado porém público: o terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- FERREIRA, L. B. 2005. O processo de inserção das ações de saúde bucal no subsistema de atenção à saúde indígena. *Dissertação de Mestrado*: Faculdade de Ciências da Saúde – UnB.
- FERREIRA, J. O., 1994. Corpo Sínico. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S., (Orgs.), *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, RJ., Ed. Fiocruz, p. 101-112.
- FIGUEIREDO, M. V. 2006. Centralização e Faccionalismo. Imagens da política no Alto Xingu. *Dissertação de Mestrado*, PPGAS-MN/UFRJ.
- FIGUEIREDO, M. V. 2008. Imagens do poder: a política xinguana na etnografia. *Cadernos de Campo*, São Paulo, Nº 17, p.89-109.
- FIGUEIREDO, M. V. Flecha do ciúme: O parentesco e seu avesso Segundo os Aweti do Alto Xingu. *Tese de doutorado*. PPGAS-MN/UFRJ, 2010.
- FLEURY, S., 1997. A questão democrática na saúde. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury, Org.), São Paulo: Lemos editorial. pp. 25-41.
- FOLLÉR, M.. 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria / Associação Brasileira de Antropologia, pp.129-147.
- FÓRUM PAITER SURUÍ. 2007. – *Carta divulgada em 25 outubro de 2007*. Capturado em 12/12/ 2007: <http://www.cimi.org.br/?system=news&action=read&id=2821&eid=243>
- FRANCO NETO, J. V., 2010. Xamanismo Kalapalo e assistência médica no Alto Xingu: estudo etnográfico das práticas curativas. *Dissertação de Mestrado* – PPGAS/UNICAMP., p. 303.
- FRANCHETTO, B & HECKENBERGER, M. (org.), 2001. *Os Povos do Alto Xingu: História e Cultura*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde. *Informe de Saúde Indígena*. 2000. Capturado em setembro de 2001 em: <http://www.funasa.gov.br>

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde/Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, 2002a. *Oficina de Reorganização*. Cuiabá/MT.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2002. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: SIASI-Local – Versão 1.0 – Documento base. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Saúde Indígena.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2002b. Saúde Indígena. *Boletim Informativo*. 07 fevereiro de 2002.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde, 2003c. *Relatório de Gestão do Departamento de saúde Indígena: 1999 – 2002*. Brasília: Funasa.

FUNASA, 2007a. Nota sobre liberação de servidores no Xingu. Divulgada em 31/10/2007 – Capturado em 19 de setembro de 2009 no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2007/not412.htm>

FUNASA, 2007b. *Carta de Belém repudia tentativa de substituição dos chefes dos Dseis no AM*. Divulgado em 04 de dezembro 12/2007. Capturado em março de 2009, no site: <http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2007/not501.htm>

GALLOIS, D. T. 1992. Vídeo nas aldeias: a experiência Waiãpi. *Cadernos de Campo* 2/2: São Paulo: USP., 25-36.

GALLOIS, D. T., 2002. “Nossas falas duras”: discurso político e auto-representação waiãpi”. In: *Pacificando o Branco. Cosmologia e Política do Contato no Norte Amazônico*. (Orgs.) (B. ALBERT e A. R. RAMOS).

GALVÃO, E., [1949] 1979. Apontamentos sobre os índios Kamaiurá. In: *Encontros de Sociedades: índios e brancos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.17-38.

GALVÃO, E. 1960. Áreas culturais indígenas do Brasil 1900 - 1959. *Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi*, n.s., Antropologia, nº 8, Belém.

GALVÃO, E. 1979. *Encontro de Sociedades: Índios e Brancos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, (Coleção Estudos Brasileiros; vol. 29).

GARNELO, L., 2001. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde* (E. Vasconcelos, Org.), pp. 237-260, São Paulo: Hucitec.

GARNELO, L. & WRIGHT, R., 2001. Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284.

GARNELO, L., 2003. *Poder, Hierarquia e Reciprocidade: Saúde e Harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GARNELO, L., & SAMPAIO, S., 2003. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. In: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):311-317, jan-fev.

GARNELO, L., & BRANDÃO, L. C., 2003. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: (Org.) COIMBRA, JR. & CARLOS, E. A., *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, p. 255-257.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C., 2003. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília, DF: OPAS.

GARNELO, L. et al., 2004. Medicina tradicional Baniwa, organizações indígenas e a antropologia da intervenção. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, p. 171-194.

GARNELO, L., & SAMPAIO, S., 2005. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago.

GERSCHMAN, S., 1995. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

GREENE, S. 1998., The shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality. In: Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, vol.05, n. 04.

GEERTZ, C. (1973) 1978. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO - SECRETARIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL GERÊNCIA ESTADUAL DO PRODEAGRO. *Termo de Referência*, 2000. Consultado em 17 de janeiro de 2010 em: http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A_865d6f91ffa940bba06ff963e7f638dfprodeagro.htm?PH_PSESSID=f883775063213893d1ab6ca6b08c94ba#

GREGOR, T., 1982. *Mehináku: o drama da vida diária em uma aldeia do Alto Xingu*. Tradução de Vera Penteadó COELHO. São Paulo: Editora Nacional, Brasileira, vol.373.

GREGOR, T., 2001. Casamento, aliança e paz intertribal. In: FRANCHETTO, B. e HECKENBERGER, M. (orgs.). *Os Povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p.175-192.

GUERREIRO JÚNIOR, A. R. 2008. *Parentesco e Aliança entre os Kalapalo do Alto Xingu*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFSCar.

HALL, S. 2003 *A identidade cultural na pós-modernidade*. 10a ed. Rio de Janeiro: DP&A.

HECKENBERGER, M., 2000. Estrutura, história e transformação: a cultura xinguana na longue durée, 1000-2000 D.C. In: *Os Povos do Alto Xingu: História e Cultura* (B. Franchetto & M. Heckenberger, org.), pp. 21-62, Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

HECKENBERGER, M., 2004. The wars within: xinguano witchcraft and balance of power. In: *In Darkness and secrecy: the anthropology of assault sorcery and witchcraft in Amazonia* (N. L. Whitehead & R. Wright, ed.), pp. 179-201, Durham & London: Duke University Press.

HECKENBERGER, M., 2005. *The Ecology of Power. Culture, Place and Personhood in the Southern Amazon A.D. 1000-2000*. Nova Iorque: Routledge.

HILL, J.; SANTOS-GRANERO, F. (eds.). 2002. *Comparative Arawakan Histories. Rethinking Language and Culture Area in Amazonia*. Chicago: University of Illinois Press.

HOPENHAYN, M. 1994. Ni apocalípticos, ni integrados. In: *Aventuras de la modernidad en América Latina*. Fondo de Cultura Económica. Chile.

INSTITUTO ETNO AMBIENTAL DO XINGU – IPEAX, 2005. *Ata da assembléia geral de constituição, aprovação do estatuto, eleição e posse da diretoria administrativa e do conselho fiscal do instituto etno ambiental do xingu - IPEAX*. 2005 (17 de janeiro de 2005), pp. 03.

IRELAND, E. 2001. Noções waurá de humanidade e identidade cultural. In: *Os Povos do Alto Xingu: História e Cultura* (Bruna Franchetto e Michael Heckenberger, orgs.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ. pp. 249-286.

JOANONI NETO, V. 2002. Os projetos de colonização no Estado de Mato Grosso após 1970. *Pós-história: revista de Pós-Graduação em História*. Assis-SP, n. 10, p. 219-238.

JOVCHELOVITCH, M., 1993. *Municipalização e Saúde: Possibilidades e Limites*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

KRENAK, A. A. G. O. et al. 1988. Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio: conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 60-61, jan. Edição especial.

KUPER, A. 2002. *Cultura: a visão dos antropólogos*. Bauru, São Paulo: EDUSC.

LACLAU, E. 1996. Universalism, particularism and the question of identity. In: WIAMSEN, E. Mc ALLISTER, P. (Org.) *The politics of difference. Ethnic premises in a world of power*. The University of Chicago Press.

LANGDON, E. J.; ROJAS, B. G., 1991. Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Área Indígena Ibirama (SC). In: *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena. Documento-Denúncia* (Silvio Coelho dos SANTOS, org.) *Boletim de Ciências Sociais*. Florianópolis, UFSC., 51/51: 65-89.

LANGDON, E. J. 1988. Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento. In: *Revista de Saúde em Debate*. Centro Bras. de Estudos de Saúde, São Paulo. (Janeiro) pp. 12-15.

- LANGDON, E. J. 1991. Percepção e Utilização da Medicina Ocidental dos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. In: *Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia*. (Dominique BUCHILLET, org.) Belém, Museu Goeldi. Pp. 207-228.
- LANGDON, E. J. 1994. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana. In: *Saúde e Povos Indígenas* (Ricardo V. SANTOS e Carlos COIMBRA, orgs.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. pp. 115-142.
- LANGDON, E. J. 1996. (Org.) *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- LANGDON, E. J., 1997., Shamanism, narratives and the structuring of illness. *Horizontes Antropológicos*, 6: 187-214.
- LANGDON, E. J., 2001. (org.), A nova política de saúde indígena no Brasil: Preocupações antropológicas sobre o conceito de “atenção diferenciada”. In: *Encontros Teológicos* nº 31, ano 16, número 16, pp.117-131.
- LANGDON, E. J., 2003. Cultura e os processo de Saúde e doença. In: JEOLÁS, L. S. & OLIVEIRA, M. *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. Londrina: PNUd., p. 203.
- LANGDON, E.J., 2004. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa. Pp. 33-51.
- LANGDON, E. J., 2005. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: (Org.) MINAYO, M. C. F., & COIMBRA JR, C. E. – *Crítica e atuantes: Ciências Sócias e Humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- LANGDON, E. J., 2006. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde: A experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22 (12), dez.
- LANGDON, E. J.; GARNELO L. 2004.(orgs). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa. p. 247.

- LANNA, M., 2005. As sociedades contra o Estado existem? Reciprocidade e poder em Pierre Clastres. In: *MANA* 11(2):419-448.
- LAURELL A. C. 1995. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez Editora.
- LEACH, E., 1974 (1960). Repensando a antropologia. In: *Repensando a antropologia*. São Paulo: Perspectiva.
- LEIRNER, P. C. e TOLEDO, L. H., 2003. "Lembranças e reflexões sobre Pierre Clastres: entrevista com Bento Prado Júnior". *Revista de Antropologia*, vol.46 (2).
- LEVCOVITZ E.; LIMA L.; MACHADO C., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- LÉVI-STRAUSS, C., [1962] 1976. *O Pensamento Selvagem*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1975. A análise estrutural em lingüística e em antropologia. In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LIMA, A. C. S., 1995. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- LIMA, S. M. L., 1996. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. In: *Revista de Administração Pública*, 5:101-138.
- LIMA, T.; GOLDMAN, M., 2001. "Pierre Clastres, etnólogo da América". In: *Sexta Feira*, nº 6, pp. 291-311.
- LIMA, T. S.; GOLDMAN, M., 2003. "Prefácio". In: CLASTRES, P. *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naify. pp.7-20.
- MAGALHÃES, E. D., 2001. O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. *Dissertação de Mestrado*, Brasília: Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB.

- MARQUÊS, I. M. S. F., 2003. *A política de atenção à saúde indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso*. Dissertação de mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. pp. 228.
- MATTA, R. 1987. *Relativizando. Uma introdução à Antropologia Social*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco.
- MELATTI, J. C. 2007. *Índios do Brasil*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.
- MELATTI, J. C. 1997. Índios da América do Sul - Áreas Etnográficas. Brasília, UNB. 2 vol. (*mimeo*). Capturado em 09/09/2009 em: <http://www.juliomelatti.pro.br/ias-az5/txxingu.htm>
- MENDES, E. V., 1994. O processo social de Distritalização da Saúde. In: *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (E. V. Mendes, org.), -2a. edição. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, pp. 93-158.
- MENDES, E. V., 1998. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A Organização da Saúde no Nível Local* (MENDES, E. V. org.), pp.17-55. São Paulo: Ed. Hucitec.
- MENEZES, M. L. P., 2000. *Parque Indígena do Xingu: a construção de um território estatal*. Campinas: Editora da UNICAMP / São Paulo: Imprensa Oficial.
- MENEZES, M. L. P., 2001. Parque do Xingu: uma história territorial. In: FRANCHETTO, B. e HECKENBERGER, M. (orgs.). *Os Povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p.219-246.
- MENEZES, M. L. P., 2008. Parque Indígena do Xingu. Efeitos do modo de vida urbano e da urbanização sobre o território indígena. *X Colóquio Internacional de Geocrítica*. Barcelona, Universidad de Barcelona. In: <http://www.ub.es/geocrit/-xcol/283.htm>, (acesso em março de 2010).
- MENGET, P., 1993. Les frontières de la chefferie — Remarques sur le système politique du haut Xingu (Brésil). *L'Homme* 33 (2/4) (ou n° 126/128): 59-76.
- MENGET, P. [1977] 2001. *Em Nome dos Outros. Classificação das Relações Sociais entre os Txicão do Alto Xingu*. Lisboa: Museu Nacional de Etnologia, Assírio & Alvim.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S., 1993. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*. RJ.: v. 9 n. 2. abr/jun, p. 177-184.

MERHY, E. E., 1995. Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In: *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (E. Gallo, org.), pp. 117-149. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Ed. ABRASCO.

MEZA, H. M., 2003. Política em Comunidade. Experiências da participação Kaingáng na implementação da política pública da saúde indígena. *Dissertação de Mestrado*: Dpto. Ciência Política/IFCH – UNICAMP.

MPF/PR-MT., 2011. Ministério Público Federal – Procuradoria da República em Mato Grosso. *MPF denuncia 28 indiciados na Operação Hygeia – Retificada*. - 31/01/2011. Capturado em 01/04/2011, no site: <http://www.prmt.mpf.gov.br/noticias/mt-mpf-denuncia-26-pessoas-indiciadas-na-operacao-hygeia>

MINAYO, M. C. S., 2006a. Contribuição da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: SOUSA, G. W. et al. (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; RJ: Ed. Fiocruz, 201-230.

MINAYO, M. C. S. 2006b. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, pp.406.

MOORE, H. 2000. Fantasias de Poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. In: *Cadernos Pagu*, Campinas, n.14, pp. 13-44.

MORGADO, P. O., 1994. Pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 4, p. 41-70.

MOTTIN, L. M., 1999. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município: um estudo no Rio Grande do Sul. *Dissertação Mestrado* - Depto Adm. Planejamento em Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

MULLER NETO, J. S., 1991. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, nº 31.

MULLER NETO, J. S., 1992. A Descentralização e seus atores. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, 26:43-59.

MURPHY, R. F.; QUAIN, B. [1955] 1966. *The Trumai Indians of Central Brazil*. Seattle: The University of Washington Press.

NORONHA, J. C.; SOARES L. 2002. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*; 6:445-50.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde. In: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (R. Guimarães & R. A. W. Tavares, Orgs.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

NORONHA, J. C.; SOARES L. 2002. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6:445- 50.

NOVO, M. P. 2008. Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu. *Dissertação de Mestrado*, PPGAS – UFSCAR. pp. 158.

NOVO, M. P. 2009. Saúde e interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AIS do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS- UFSCar.*, vol.01, n. 01, pp.122-147.

PACHECO DE OLIVEIRA, J. 2004. “Pluralizando tradições etnográficas: sobre certo mal estar na antropologia”. In: LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos Povos Indígenas. Reflexões sobre a Antropologia Participativa*. RJ, Contra-capa Livraria: ABA.

OLIVEIRA, L. S. S., 2005. O Agente Indígena de Saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: BARUZZI, R. G. e JUNQUEIRA, C. (orgs.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Ed. Terra Virgem, pp.247-257.

OLIOSA, D. M. S., 1999. Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa? *Dissertação de mestrado* apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

PAIM, J. S., 1999. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (E. V. Mendes, org.), São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, pp. 187-220.

- PAIM, J. S., 2003a. Políticas de saúde no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde*. (M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho, org.), pp. 587-603, Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda.
- PAIM, J. S., 2003b. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: *Epidemiologia e Saúde*. (M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho, org.), pp. 567-586, Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda.
- PAZ, M. C., 1994. Noel Nutels, a política indigenista e a assistência à saúde no Brasil central: 1943-73. *Dissertação de Mestrado*, UERJ/IMS.
- PÊGO, R. A., 1993. Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas. In: *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. BODSTEIN., R. C. A., (Org.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PÉREZ GIL, L., 2001. O sistema médico Yawanáwa e seus especialistas: cura, poder e iniciação xamânica. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ., vol.17, n. 02, pp.333-344.
- PÉREZ GIL, L. 2007. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol.16, n.02, p.48-60.
- PESTANA, M.; MENDES, E. V., 2004. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.,p.80. Acessado em: 20 de março de 2007 no site: www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamentogestao-emsaudef/.livro/._marcus_pestana.pdf
- PNUD/PROJETO BRA/94/006, 1998. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. *Relatório Final. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI*, Cuiabá/MT.
- POLLOCK, D. K., 1994. Etnomedicina Kulína. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- PORTAL BRASIL, *Operação Higeia*, em 12/04/2010 – Capturado em: 09/09/2010, no site: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/04/12/operacao-hygeia>
- PRATT, M. L. 1992. *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. London/New York: Routledge. pp. 257.

POUTIGNAT, P. 1998. *Teorias da Etnicidade. Seguindo de Grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP.

RAMOS, A. R., 1990 - Vozes Indígenas: O Contato Vivido e Contado – in: *Anuário Antropológico 87* - Brasília - Brasil - pp. 117/143.

RAMOS, A. R., 1998. *Indigenismo: Ethnic Politics in Brazil*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press. 336 pp.

RAMOS, A. R., 2007. Do engajamento ao desprendimento. In: *Série Antropologia Vol. 414*, Brasília: DAN/UnB.

RAMOS, C. L., 1996. Conselhos de saúde e controle social. In: *Política de saúde: o público e o privado*. (C. Eibenschutz, Org.), pp. 329-344, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

RIGHI L. B., 2002. Poder local e inovação no SUS: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. *Tese de doutorado*. Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

SADER, E., 1988. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

SAHLINS, M., [1963] 1977. “Poor man, rich man, big-man, chief: political types in Melanesia and Polynesia”. In: GUAISTI, Laura; LANDÉ, Carl H.; CHMIDT, Steffen W. e SCOTT, James C. (eds.) *Friends, Followers and Factions. A Reader in Political Clientelism*. Berkeley Los Angeles: University of California Press. pp. 220- 231.

SAHLINS, M., [1968] 1970. *Sociedades Tribais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

SAHLINS, M., 1988., “Deserted islands of history: a reply to Jonathan Friedman”. In: *Critique of anthropology* .v. 8. n.º 3.

SAHLINS, M., 1990., *Ilhas de História*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Eds.

SAHLINS, M., 1997. “O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: Porque a cultura não é um objeto em vias de extinção”, *Mana*, Vol. 31 e 23.

SAHLINS, M., 2004. Cosmologias do Capitalismo: O Setor Trans-Pacífico do Sistema Mundial. In: *Cultura na Prática*. Rio de Janeiro, Editora da UFRJ.

SAHLINS, M., 2004. “Adeus aos Tristes trópicos: a etnografia no contexto da moderna história mundial”, em *Cultura na Prática*, Editora UFRJ, Rio de Janeiro, pág. 503 – 534.

SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. (org.), 1994. *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. 2001., Parece feito de um molde único: cultura, sociedade e bioantropologia no Alto Xingu. In: FRANCHETTO, B. e HECKENBERGER, M. (orgs.). *Os Povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p.157-174.

SANTOS, R. V. e COIMBRA JR., C. E. A. 2003., Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. e ESCOBAR, A. L. (orgs.). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz / ABRASCO, p.13-47.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 1979. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19.

SENNA, M. C. 1995. Municipalização e controle social: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994). *Dissertação de Mestrado* - ENSP/FIOCRUZ, 1995.

SERAFIM, M. G. 2004. Política nacional de atenção aos povos indígenas. In: *Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira*. Brasília, Ministério da Saúde, FUNASA, p.23-32.

SZTUTMAN, R., 2009. Religião nômade ou germe do Estado? Pierre e Hélène Clastres e a vertigem tupim. In: n. V, *Estudos CEBRAP*: 83, março, pp. 129-157.

TEIXEIRA, A. C. C., 2003. *Identidades em Construção: as organizações não governamentais no processo brasileiro de democratização*. São Paulo: Annablume; Fapesp; Instituto Polis.

TEIXEIRA, A. C. C., 2005. *Os sentidos da democracia e da participação*. (org.); *Pólis n°47*. Instituto Pólis, São Paulo; 1ª edição.

TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Artes Médicas. Porto Alegre.

- TOBAR, F., 1991. O conceito de descentralização: usos e abusos. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:31-51.
- TURNER, T. 1988. "History, myth, and social consciousness among the Kayapo of Central Brazil". In: *Rethinking History and Myth. Indigenous South American Perspectives on the Past* (J.D. Hill, org.). Urbana, University of Illinois Press. pp.195-213.
- TURNER, T. 1991. "Representing, resisting, rethinking. Historical transformations of Kayapo culture and anthropological consciousness". In: *Post-Colonial Situations: Essays in the contextualization of Ethnographic Knowledge. History of Anthropology 7* (G.Stocking, org.). Madison: University of Wisconsin Press. pp. 285-313.
- UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. 1994. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.10, n. 498 04, p.497-504.
- UNESCO. 1997. *Princípios sobre a tolerância*. São Paulo: USP/FLLCH.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – DISTRITO SANITÁRIO XINGU. 1999. Convênio FUNASA/UNIFESP n. 246/99 - *Relatório de atividade: Departamento de Medicina Preventiva: Unidade de Saúde e Meio Ambiente*. p. 51
- VERANI, C. B. L., 1990. A “Doença da Reclusão” no Alto Xingu: estudo de um caso de confronto intercultural. *Dissertação de Mestrado*, Rio de Janeiro, PPGAS/Museu Nacional.
- VERANI, C. B. L., 1994. A construção social da doença e seus determinantes culturais: a doença da reclusão do Alto Xingu. In: SANTOS, R. V. e COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, pp.91-113.
- VERANI, C. B.L., 1999. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. In: FAULHABER, P. (org.). *Políticas Indigenistas, Movimentos Étnicos e Estados Nacionais. Políticas Públicas, Políticas Indigenistas e Organizações Indígenas*. Belém - PA, Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Antropologia, vol.02, n. 15, p.171-191.
- VIANA, A. L., 1998. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. III, nº. 1, pp. 20-22.

- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 1977. *Indivíduo e Sociedade no Alto Xingu: Os Yawalapíti. Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 1979. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional*, 32, PP. 40-49.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 1996. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana – Estudos de Antropologia Social*, RJ., vol.02, n. 02, p.115-144.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 2001. A Propriedade do Conceito. In: *XXV Reunião da Associação Nacional Pós-Graduação em Ciências Sociais*. Caxambu: ANPOCS.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 2002a. Nativo relativo. *Mana – Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, vol.08, n.01, p.113-148.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B., 2002b. *A Inconstância da Alma Selvagem: e outros ensaios de Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- WEISS, M. C. V., 1998. Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima: o caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso. *Tese de doutorado*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- WEISS, M. C. V., 2003. Contato interétnico, perfil saúde-doença e modelos de intervenção em saúde indígena: o caso Enawenê-Nawê. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (C. E. A. Coimbra Jr., R. V. Santos & A. L. Escobar., org.), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, pp. 187- 196.
- ZEMPLÉNI, A. 1984. Secret et sujétion. Pourquoi ses 'informateurs' parlent-ils à l'ethnologue? *Traverses* 39-31: 102-115.