

“Saúde Diferenciada”, Território e “Indianidade”: o caso dos Tenetehar-Tembé do Guamá e do Gurupi¹

Vanderlúcia da Silva Ponte
UFPA/PA

Palavras –Chave: Tembé, “saúde diferenciada” e território

1. Introdução

Os Tenetehar tanto do lado do Pará como do Maranhão, de acordo com Wagley e Galvão (1961), partilham a mesma língua, a tupi-guarani², a mesma tradição cultural e se consideram um só povo, de denominação tribal Tenetehar. Os Tenetehar foram diferenciados por naturalistas e viajantes em dois subgrupos. Os que fixaram aldeamento no Maranhão foram denominados Guajajara; os que passaram a habitar no estado do Pará, Tembé. Quanto aos Tenetehar-Tembé do Pará, de agora em diante os denominarei Tembé. Embora tenham sido agrupados em um único subgrupo, é possível verificar diferenciações marcantes entre grupos de aldeias distintas.

Este artigo se propõe a estudar particularmente os Tenetehar-Tembé pertencentes à Terra Indígena Alto Rio Guamá. Trata-se de uma terra de 279.997,70 hectares³, para onde o grupo Tembé foi deslocado junto com os Timbira, Ka’apor e Guajajara, por meio do decreto 307-21/1945, do então interventor Federal Joaquim Magalhães Barata. Seu perímetro total, segundo dados da FUNAI (2013), é de 366.292,90 m. Localizada no nordeste do Pará, à direita do rio Guamá e à esquerda do Gurupi (PA/MA).

Para entender como os Tembé se inserem na rede de serviços de saúde e como se engajam na luta pela defesa da “saúde diferenciada”, é importante situar, inicialmente, como ocorreu o processo que possibilitou a descentralização da Política de Saúde Indígena nas aldeias Tembé. Esse processo tem inúmeros efeitos sobre o modo de vida e na organização do grupo, principalmente porque se integra a uma dinâmica interétnica já existente no contexto local, mas também porque altera as maneiras pelas quais os Tembé, do Guamá e do Gurupi, estabelecem relações entre o mundo local e o universo globalizado, inserindo-se em uma rede ampla de parcerias, o sistema de atores.

¹Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB.

² A palavra tupi-guarani que, entre nós designa o xamã é *paé*, grafada em português como pajé. Cf. (LARAIA, 2005.)

³ Nos mapas da FUNAI, a TIARG possui uma extensão territorial de 279.897,70 Ha, precisamente.

A discussão sobre o sistema de atores remete ao fenômeno da ação local e ao estudo e compreensão da política pública ou da ação pública local. A abordagem da ação pública local possibilita uma análise fina do fenômeno da ação dos Tembé, não só voltada para o campo da saúde, e do processo de reapropriação do campo sanitário - aspecto ao qual esse estudo dará maior ênfase - mas também, para outros processos induzidos pela introdução da educação nas aldeias, pela inserção dos jovens Tembé no universo universitário, pela criação e implementação de projetos produtivos e pela inclusão de boa parte das “lideranças Tembé” na rede administrativa e burocrática do Estado. Esse mecanismo irá criar novos dinamismos no modo de vida do grupo nas aldeias, o que permite ver as articulações entre os demais aspectos da vida do grupo, sobretudo, os elementos culturais e a introdução de novos aspectos da vida dita moderna.

A noção de vida moderna, com bem pontua Garnelo (2003), deve ser precedida de outro importante conceito, o de ocidentalização, habitualmente interpretado como processo civilizatório associado a ideia de modernização, cujo parâmetro é dado pela cultura dominante em relação as subalternizadas. Assim, baseando-se em Ianni (1995), Garnelo destaca algumas das características da modernização/ocidentalização que privilegia o indivíduo, o culto à propriedade, a racionalidade e o urbanismo, habituais às classes dominantes da Europa Ocidental e Estados Unidos da América. A integração desses elementos no cotidiano de vida nas aldeias e o modo como cada grupo reage a essas racionalidades modernas serão determinantes para as novas estratégias e práticas e defesa do território que serão desenvolvidas pelos Tembé do Guamá e do Gurupi.

Nesse sentido, ao abordar o caso concreto da ação dos Tembé do Guamá e do Gurupi no contexto das intervenções da Política de Saúde Indígena, a partir de 1999, me proponho a analisar também tanto em nível nacional como internacional, a forma pela qual tem sido colocadas questões que envolvem a forma de gerir e administrar um território. Analiso, por um lado, o impacto que tem o processo de globalização sobre os países ditos em desenvolvimento, que se contrapõe às formas tradicionais que têm os Tembé de conceber a vida e de gerir o território.

Para isso, iniciarei por analisar como se desenvolveu o aporte conceitual da ação pública local, deixando ver sua relação com a política de desenvolvimento local. Em seguida, discutirei de que forma essa ação intervencionista tornou-se corpo e objeto de

estudo da sociologia da ação e, mais recentemente, da ação pública local, mostrando a relação entre a Política de Saúde Indígena - a construção do modelo de “saúde diferenciada” -, com o território e a “indianidade”.

2. A Ação Pública Local e a Política de Saúde Brasileira

Para Hassenteufel (2011), desde 1980, a internacionalização das economias intensificou-se em três níveis: no aumento do intercâmbio da produção; na abertura crescente das economias e dos capitais; no fluxo financeiro transnacional para financiar os déficits públicos resultantes do choque do petróleo. Em termos de políticas públicas, esse processo de internacionalização teve duas consequências de maior importância. A primeira está relacionada à redução da margem de ação do Estado em matéria econômica e financeira e à redução das despesas públicas que fazem com que cresça a importância de atores não estatais como as empresas e os operadores financeiros em particular. A segunda consequência se dá no nível da ação pública, onde uma única regra internacional (econômica, política ou programática) passa a ter um impacto sobre os fenômenos e os atores locais.

Estas interações transfronteiriças são cada vez menos controladas pelo Estado que cede lugar aos atores transnacionais, tais como as empresas multinacionais, as ONGs e os especialistas. A internacionalização e transnacionalização da ação pública têm também por consequência a abertura das fronteiras geográficas e culturais de análise das políticas públicas. (HASSENTEUFEL, 2011)

Com efeito, seus impactos crescentes fazem das políticas públicas nacionais instrumentos mais e mais vinculados a atores e regras do jogo institucional de políticas públicas europeias e internacionais, que alteram profundamente os contornos da ação pública em geral. Não somente a construção coletiva da ação pública em nível nacional (e, cada vez mais, no nível local) passa a ser fortemente influenciada por atores internacionais e transnacionais, além dos novos modos de construção coletiva da ação pública (menos hierárquica, com mais abertura e maior complexidade) passam a se impor, deslocando e reduzindo as fronteiras entre o público e o privado e entre o nível local, nacional e internacional (BOUSSAGUET, JACQUOT *et al.*, 2010; LASCOUMES e LE GALÈS, 2007).

A produção analítica em torno da ação pública local se constrói em função das mudanças estruturais das sociedades modernas, que cada vez mais se constituem mais fluidas e complexas, tornando difícil apreender o fato social sob a perspectiva institucional, ou do Estado-nação já que se ampliam as fronteiras territoriais das sociedades, fazendo com que as ações dos atores políticos e econômicos se operem em rede, configurando-se o campo das relações sociais em fronteiras fluidas e cada vez mais dinâmicas⁴.

É relevante enfatizar que esse aporte teórico se constrói dentro de um contexto mundial de crise econômica e social, que afetou sobremaneira, o modelo centralizado de produção econômica dos países industrializados e, impulsionada pela recessão do petróleo, levou à estagnação no mercado europeu, alterando as relações com os países ditos em desenvolvimento.

De acordo com Fuini e Silva Pires (2009), foi essa conjuntura que induziu a mudança do paradigma do modelo regulatório de acumulação da organização industrial pautada na lógica Fordista-Keynesiana, para um modelo de produção pós-fordista⁵, de acumulação flexível. Esse novo modelo trouxe consigo profundas mudanças da organização espacial da indústria, e da regulação do mercado de trabalho resultando também na intensificação da busca por novos mercados, principalmente nos países considerados em desenvolvimento. Complementarmente, impulsionou forte transferência de boa parte da ação do Estado para o setor privado, em um processo que pode ser entendido como de descentralização.

Foi desse contexto que surgiu também a necessidade de se articular projetos, programas e políticas de desenvolvimento local, a fim de se potencializar os conhecimentos e os recursos endógenos nas localidades, e com isso, estimular novas cadeias produtivas e novos processos de desenvolvimento sócio-econômico. Esta nova dinâmica, assim como os novos mecanismos de indução do mercado, impuseram novos desafios no processo de regulação e planejamento dos estados nacionais, principalmente em relação a gestão, que passa de uma perspectiva regional para uma perspectiva territorial local.

⁴Zygmunt Bauman chama essas sociedades contemporâneas de "Sociedades Líquidas". (cf. BAUMAM, 2003).

⁵ Sobre o modelo fordista-keynesiano e pós fordista consultar: VASCONCELOS e LIMA FILHO, 2014.

Nesse sentido, conforme salienta Teisserenc (2002), o território se constitui de uma dupla definição. Por um lado, continua a ser visto como resultado de um espaço de vida, composto por um conjunto de lugares dotados de atributos e representações. Por outro, começa a ser produzido para dar suporte ao desenvolvimento. Constituído por projetos, programas, atores, tecnologias, técnicas e conhecimentos torna-se diversamente atrativo, e um sistema aberto, inscrito em uma esfera cada vez mais concorrencial, porque criado para ampliar mercados e implantar novas formas de acesso ao consumo.

Nestes termos, diz Teisserenc (2002), o conceito de localidade se apresenta de forma imprecisa e indeterminada porque, como bem argumenta o autor, tem o duplo sentido de espaço geográfico e de espaço social. Trata-se de uma conformação espacial paradoxal que, na perspectiva de Yves Barel, como afirma Teisserenc, opera aspectos pertinentes à singularidade do espaço vivido pelas populações locais, mas também aspectos universais, introduzidos pelo processo de modernização da sociedade.

No Brasil, a superação da antiga conjuntura, começa a ser mudada a partir da década de 1990 quando novos instrumentos jurídicos, mas também novas determinações políticas impulsionaram e criaram condições favoráveis à descentralização das políticas públicas. Trata-se de instrumentos e determinações que, mais e mais, passaram a acionar municípios e localidade e a convocá-los para uma maior participação na esfera pública. Com isso, organizam-se novos arranjos institucionais e cria-se um também novo e complexo cenário de relações entre os setores públicos e privados, mas também entre as diferentes esferas de governo. O local, o nacional, e o espaço internacional se integram em redes de intrincadas relações de co-dependência, criando, assim, a exigência e necessidade da regulação permanente dessas redes de relações.

A partir desse contexto nacional, a definição do território proposto pelos economistas regionais acabou por sofrer substancial mudança deixando de ser concebida em seu sentido material, econômico e de fonte de recursos, para assumir uma abordagem mais sociológica, aquela que procura conceber as variadas relações advindas da vida social. Assim, como bem enfatiza Teisserenc (2002, p.113-114), a abordagem sociológica procurará lançar mão sobre as diversas dimensões da vida social, deixando ver como as políticas de desenvolvimento tiraram proveito disso.

A apresentação do território em termos de sistema aberto permite, portanto, explicar porque ao favorecer a mobilização dos atores locais em torno de projetos ou políticas de desenvolvimento, a ação sobre o território tem por efeito produzir solidariedades, seja “reativando as solidariedades antigas, seja suscitando novas solidariedades” (TEISSERENC, 2002, p.113-114). É esta intervenção que afeta as diversas redes de trocas e de comunicação parcialmente integradas que intervêm no território, como é o caso, do território Tembê. Assim, a autoreferência fundada sobre o funcionamento do território em rede, constitui a chave de compreensão dos mecanismos sobre os quais se apoiam as políticas de desenvolvimento, resultando em potencial analítico para sociólogos, economistas, geógrafos, antropólogos e outros cientistas interessados em entender o funcionamento dessa rede de relações complexas que afeta sobremaneira a forma de produzir e reproduzir novas territorialidades (TEISSERENC, 2002).

Podemos ver, usando o exemplo da saúde, como essas territorialidades foram se constituindo e formando novas redes de relações. As diretrizes preconizadas pela declaração final da Conferência de Alma-Ata, assim como pela declaração final da primeira Conferência de Saúde do Canadá, intitulada “Saúde para todos no ano 2000”, ambas patrocinadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS tiveram fortes efeitos na legislação e ações de saúde da população brasileira, assim como na territorialidade Tembê, uma vez que a partir dessa conferência, estabeleceu-se que o atendimento local é o lugar privilegiado de resolução de problemas de saúde, por ser considerado o lugar mais próximo da população e por exigir medidas simples e de baixo custo. Tal medida influenciou sobremaneira a formulação das Leis Orgânicas da Saúde – LOAS (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), e determinou fortemente o processo de municipalização da saúde brasileira.

No Brasil, a rede de saúde local se redesenha, de acordo com Madel Luz (1991), a partir de duas tendências em disputa no projeto da reforma sanitária brasileira. De um lado, uma tendência à privatização e internacionalização dos serviços de saúde e, de outro, uma tendência à estatização e nacionalizadora desses serviços. Garnelo (2004) enfatiza que, entre as propostas relevantes para a Reforma Sanitária, ganhou destaque a recomendação da garantia de oferta de atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais do território nacional, entre eles o grupo das populações que

viviam em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como é o caso da maior parte da população indígena.

No entanto, as propostas recomendadas pela Reforma Sanitária, expressas nas LOAS não se fizeram sentir na prática. Segundo Garnelo (2004), em razão de cortes orçamentários, mas também por deficiência de servidores públicos e da capacidade institucional instalada, os entes federados terceirizaram os serviços e transferiram ações de saúde para o setor privado, passando a executar as ações de saúde de forma pontual, direcionada primordialmente para grupos especiais ou em condições de “vulnerabilidade social”⁶, como velhos, mulheres e crianças, povos indígenas e população abaixo da linha da pobreza.

Conforme veremos adiante, essa forma de gestão terá uma forte influência sobre a política de saúde indígena, pois serão as organizações indígenas e as suas mais expressivas “lideranças” que – por meio de convênios e parcerias entre a FUNASA, as prefeituras, as associações indígenas e outras organizações não governamentais - irão assumir a gestão da saúde indígena nas aldeias.

3. A Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Construção do modelo de “Saúde Diferenciada”

A construção da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil emergiu no bojo das discussões sobre os efeitos nefastos do modelo neoliberal, que defendia uma participação mínima do poder público nas políticas sociais, entre elas a da saúde, em um momento em que ainda se faziam sentir fortemente os efeitos do movimento indígena que se consolidou no país, após a instalação da Constituinte e a consagração na Carta Magna que veio garantir os direitos dos povos indígenas de todo o país.

Em primeiro lugar, é importante lembrar que o modelo assimilacionista, que marcou historicamente a relação dos Estados Nacionais com os povos indígenas do continente passou a ser duramente criticado já nos anos 70. Um marco histórico dessa ruptura foi, sem dúvida, o Simpósio de Fricção Interétnica na América do Sul, que segundo Lacerda (2008, p.27), possibilitou a elaboração da Declaração de Barbados I, em 1971.

⁶Esse termo é introduzido principalmente por programas financiados pelo Banco Mundial, que classifica as populações pelas condições sócioeconômicas e pela situação de risco social.

Lacerda (2008) enfatiza que a partir da crítica da Declaração de Barbados a essa dominação exercida sobre os povos indígenas, expandiu-se na América Latina um crescente movimento de lideranças e intelectuais indígenas e indigenistas, que questionavam o modelo assimilacionista e colocavam em discussão temas como *autodeterminação*, *autonomia*, respeito às *instituições jurídicas próprias* dos povos indígenas e, principalmente, o reconhecimento do *caráter pluriétnico e multicultural* dos Estados.

Em segundo lugar, as discussões sobre o “futuro comum” dos povos e a premissa de se estabelecer consensos em torno de uma agenda política comum aos diferentes nações gerou as condições determinantes para a participação dos grupos indígenas nas discussões que aconteceram nos fóruns das Nações Unidas em favor dos princípios da tolerância étnica e do multiculturalismo, expressos na convenção 169 da OIT.

No Brasil, tanto missionários, como pesquisadores e intelectuais denunciavam o massacre e o desrespeito aos povos com cultura diferenciada. Com o apoio do Conselho Indigenista Missionário – CIMI, foram realizadas em todo o país, entre a década de 1970 a 1984, as chamadas “Assembleias de Chefes Indígenas”, que se constituíram como marco para a criação das primeiras organizações indígenas no país. Entretanto, salienta Lacerda (2008), a luta pelos direitos dos povos indígenas não se deu de forma isolada, ela tem que ser compreendida dentro de um contexto de luta dos movimentos sociais urbanos e camponeses, que tiveram o apoio das Comunidades Eclesiais de Base - CEBs, contra a forma brutal com que o regime militar tratava esses grupos.

Foi assim que a questão dos direitos indígenas ganhou força e chegou, na década de 1980, a estimular a realização de vários eventos acadêmicos, e encontros entre juristas e representantes dos movimentos indígenas e dos movimentos sociais que tiveram por pauta a temática indígena, como tópico importante para a consolidação da democracia no país. A defesa de uma sociedade pluriétnica e a participação coletiva passaram a ser vistas como elementos importantes a ser considerados para a elaboração de uma Constituição que, de fato, expressasse as forças pulsantes da sociedade brasileira.

Ao analisar o caso chileno, Boacarra (2012) mostra com precisão como a interculturalidade, por exemplo, foi incorporada no âmbito das políticas estatais e, aos

poucos, foi sendo utilizada como discurso ideológico pelas agências internacionais de cooperação e desenvolvimento. Tal dispositivo determina o marco legal sobre o qual se apoiaram as agências de Estado e para-estatais para atender as populações indígenas e estabelecer um canal vinculante entre o discurso da interculturalidade e os projetos de desenvolvimento.

As discussões sobre o princípio da “saúde diferenciada” estavam muito vinculadas aos debates da interculturalidade, acumulados tanto pelos movimentos indígenas como por antropólogos, que destacavam a importância de se valorizar os saberes, os conhecimentos e os conhecedores das práticas tradicionais e de se entender os contextos socioculturais específicos onde esses conhecimentos se produzem e se reproduzem.

Por outro lado, não podemos esquecer, como destaca o estudo de Ferreira (2013), que as recomendações ditadas pelas normas internacionais de saúde, expressas em documentos da Organização Mundial da Saúde, que as práticas da *Medicina Tradicional* deveriam ser integradas às políticas oficiais dos estados nacionais, por se construírem em cuidados de *Atenção Primária*, cujo custo e eficiência são compatíveis com a lógica dos projetos de desenvolvimento locais de saúde para os países em desenvolvimento.

Diante disso, a OMS (BRASIL, 2002, p.33) recomendava que os estados nacionais adotassem a *Medicina Tradicional* como uma forma de reduzir custos e garantir o acesso universal e equânime à saúde, para todos os povos. No entanto, se havia um acordo entre os participantes da I Conferência de Saúde Indígena sobre a necessidade de se valorizar as práticas tradicionais dos povos indígenas, não havia consenso entre eles sobre a melhor maneira de viabilizar essa prática. Por outro lado, era consensual pelos estudos acumulados entre antropólogos que estudavam a saúde indígena que existia uma multiplicidade de práticas de saúde que apontavam na direção da definição do sistema de saúde indígena de acordo como sendo (FERREIRA *et al.*, 2007, p.10):

Processo saúde e doença concebido pelos povos indígenas são conduzidos por sistemas médicos xamânicos imersos em contextos cosmológicos particulares. Sendo assim, não existem limites claramente definidos entre os diferentes subsistemas que formam um determinado universo sociocultural.

O conjunto de saberes e práticas que promovem a saúde, previnem e curam as doenças está associada à religião, à política, a economia, a arte, etc.

O que se percebia, é que, entre os povos indígenas, o cuidado com a saúde envolvia um sistema complexo e multifacetado, interligado com várias esferas da vida e que era importante respeitar “o corpo, suas representações e os rituais corporais como elementos chaves para entender o cosmo, o parentesco, o grupo social tanto como os cuidados de saúde” (LANGDON, 2007, P.116).

Na perspectiva da desejada integração das práticas tradicionais indígenas com as práticas médicas existentes na sociedade hegemônica, havia, contudo, que considerar que se, por um lado, a *Medicina Tradicional* se apresenta como uma prática de fácil acesso as populações desassistidas pelas políticas públicas de saúde, ela, por outro, aparece como sendo pouco viável do ponto de vista prático, por se constituir em contextos sócio culturais diversos e por apresentar padrões e métodos terapêuticos por demais heterogêneos para serem aplicados nos serviços públicos de saúde (FERREIRA, 2013).

Assim, para que sua aplicabilidade se tornasse viável, seria necessário validá-la pelos métodos científicos da biomedicina e mostrar as evidências de sua eficácia terapêutica. Isso pode ser feito, salienta Ferreira (2013, p.206) pela “pesquisa científica (a qual) cabe o papel de depurar os aspectos culturais que as desqualificam e apresentar evidências quanto aos resultados de suas terapêuticas”.

Foi então, “depurando os aspectos culturais” das práticas de saúde dos povos indígenas que a OMS e os estados nacionais passaram a adotar tais práticas. No Brasil, isso se expressa no princípio da “saúde diferenciada” que norteia a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002, p.17):

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. 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.

Para colocar em prática esse princípio, o Ministério da Saúde criou o Subsistema de Saúde Indígena e uma série de serviços que seriam conduzidos com base na Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Esta política prevê que o conjunto de serviços de Saúde Indígena- implantados por meio dos DSEI e operando uma complexa rede de ações - deve ser coordenado pelo Ministério da Saúde e executada pela FUNASA⁷ em colaboração e articulação com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. De modo a abranger todo o território brasileiro, foram implantados 34 (trinta e quatro) distritos, sendo 4 deles implantados no Pará: 1. DSEI Guamá-Tocantins (GUATOC); 2. DSEI Altamira; 3. DSEI KAIAPÓ e 4. DSEI do Rio Tapajós. (ANDRADE E BARRETO *et al.*, 2007; BRASIL,2009). O DSEI GUATOC é o Distrito por meio do qual os Tembés são assistidos pelo Subsistema de Saúde Indígena.

A assistência à saúde aos povos indígenas deverá ocorrer por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando, assim, os atendimentos de *Atenção Primária* nas terras indígenas (ANDRADE e BARRETO *et al.*, 2007). A FUNASA, após a criação dos Distritos, realizou parcerias e terceirizou as ações de saúde para os municípios, através de organizações não- governamentais, organizações indígenas e fundações universitárias.

Destaco, sobretudo, a participação das organizações não-governamentais, das associações indígenas, universidades e movimentos sociais, que darão importantes contribuições para a efetivação dessa política. É nesse contexto dos anos de 1990, que se tem a promulgação de Decretos Presidenciais, que terão grande impacto nos processos de mudança administrativa em relação à gestão e condução das políticas de saúde, educação e meio ambiente.

A transferência de competências da esfera federal para a estadual e municipal cria novas condicionalidades institucionais. No campo indigenista foi bem evidente a considerável perda de poder da FUNAI quando da transferência da saúde para a FUNASA que, na tentativa de fortalecer-se institucionalmente, adotou mecanismos e buscou engendramentos administrativos, que acirraram ainda mais as tensões entre os atores.

⁷ Atualmente a PNASPI é coordenada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, vinculada ao Ministério da Saúde.

Foi assim que, gradativamente, se fizeram sentir na cena local manifestações das “lideranças indígenas”, que buscavam um protagonismo que lhes permitisse fortalecer sua autonomia e participação no campo das políticas públicas. Como elemento dessa mesma dinâmica de reocupação da cena, foram se manifestando também, mais e mais, lógicas diferenciadas do saber-fazer da coisa pública. Pouco a pouco, foram sendo colocados em xeque, não apenas as tradições dos grupos indígenas que, no cotidiano das aldeias, operam com uma lógica local, nas quais questões burocráticas e administrativas são resolvidas de forma consensual, por meio de diálogos e reuniões comunitárias, mas também o modo de fazer da gestão pública, baseado na burocracia e no ato jurídico.

Garnelo (2006) considera que as pressões internacionais tiveram grande influência nas políticas internas brasileiras e forte ressonância entre os movimentos sociais que, historicamente, defendiam os interesses dos grupos indígenas, sobretudo porque os apelos internacionais estavam direcionados para a preservação dos recursos naturais, e as populações indígenas passaram a ser vistas como parte integrante de ecossistemas ameaçados. Nesse sentido, as políticas sociais, em geral, e a política de saúde indígena, em particular, devem ser entendidas em suas ligações com entidades de importância global como o movimento ambientalista e o Banco Mundial.

4. Ação Pública Local: o “Projeto Vigisus” e as Parcerias com o Banco Mundial; Convênios entre FUNASA, as Prefeituras, as Universidades e as Organizações Indígenas

A forma escolhida pelo Banco Mundial para intervir na saúde das populações indígenas e criar novas condições de ação de desenvolvimento local, assim como, as opções feitas pela FUNASA para estabelecer parcerias com as organizações indígenas, com as prefeituras e as universidades para implantar o Subsistema de Saúde Indígena, é um bom exemplo de como se constitui a ação pública local no território Tembé. O sistema de ação dos atores se dá tanto em nível internacional (por meio do financiamento do Banco Mundial e das recomendações programáticas da PNASPI), como em nível nacional (na coordenação da gestão, no financiamento, na administração da PNASPI) e localmente (na execução de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência, recuperação e reabilitação da saúde pelas organizações indígenas). Esse conjunto de atores age simultaneamente, em um determinado território, para executar ações, projetos, programas e políticas públicas, como no caso, por exemplo, do “Projeto Vigisus” e do Subsistema de Saúde Indígena.

O “Projeto Vigisus” resultado de um acordo e de um empréstimo concedido ao governo brasileiro pelo Banco Mundial visava “fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o sistema de controle de doenças e apoiar a prevenção e controle de doenças nas populações indígenas” (BRASIL, 2009, p.58). Trata-se de um projeto baseado em dois componentes. O Componente I foi assumido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, interligada ao MS, que atua em atividades de vigilância epidemiológica em todo o território nacional. O Componente II foi desenvolvido na FUNASA com o objetivo prioritário de garantir a estruturação e o aperfeiçoamento do Subsistema de Saúde Indígena.

Através deste seu segundo componente, o projeto buscava, portanto, ampliar a cobertura e a qualidade das ações primárias de saúde indígena e intervenções de controle da desnutrição, alcoolismo e suicídio, preferencialmente. Buscava, também, a melhoria dos indicadores de saúde por meio da articulação dos *Sistemas Médicos Tradicionais Indígenas* e da *Promoção da Saúde*, através de financiamento de 149 projetos comunitários para solucionar e minimizar problemas locais de saúde (BRASIL, 2009; MACEDO 2007).

Por meio desse convênio com o Banco Mundial foi garantida a infraestrutura dos DSEI, a compra de equipamentos, treinamento das equipes de saúde, financiamento de bolsas para os estudantes indígenas ingressarem em cursos universitários na área de saúde, além de melhorias de saneamento para comunidades quilombolas e indígenas. O projeto também incentivou pesquisas para o aperfeiçoamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, incluindo os modelos de atenção, gestão, financiamento e organização da Saúde Indígena e do Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI), entre outros.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é financiado pelo Tesouro Nacional, mas também por recursos provenientes de acordos de empréstimos pactuados entre o governo brasileiro e o Banco Mundial como o “Projeto Vigisus”, que vigorou até 2009, período em que foi concluída a consultoria para reestruturar o Subsistema de Saúde Indígena e criar a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em 2010.

Quando o Subsistema de Saúde Indígena foi implantado, o país estava mobilizado em torno das discussões sobre a descentralização do SUS e, portanto, em torno dos debates sobre a municipalização da saúde. No caso da saúde indígena, no entanto, a situação não era tão simples. Primeiro, porque os povos indígenas não eram

favoráveis à municipalização. Em segundo lugar, porque a FUNASA, órgão responsável por executar a política, não tinha capacidade institucional e nem recursos humanos qualificados para conduzir a PNASPI. Historicamente havia sido a FUNAI que estabelecera relações mais próximas com as populações indígenas, e os indigenistas, que atuavam nesse órgão eram os profissionais que haviam acumulado capital social suficiente para lidar com as questões que afetavam não só a saúde, mas também muitas outras dimensões da vida das populações indígenas.

Assim, quando a FUNASA assumiu a gestão da saúde indígena, optou por terceirizar, por meio de convênios com as organizações indígenas, prefeituras, universidades e ONG's as ações de saúde, contrariando a própria lógica do SUS que, em seus princípios organizacionais, defende a municipalização e a execução da saúde por entidades estatais. Às instituições parceiras coube a responsabilidade de contratar profissionais e administrar as ações preventivas e curativas nas aldeias, além de realizar convênios para projetos voltados para agricultura, infraestrutura, educação, entre outras. (Cabe aqui destacar que estas últimas atribuições nunca chegaram a ser assumidas, de fato, pelo menos no DSEI GUATOC, onde realizei meu estudo).

A parceria com as organizações conveniadas contou com um orçamento da ordem de 1,4018 bilhões de 1999 a 2009, o que representa um investimento per capita de R\$ 500,00 reais por ano que, na época, era três vezes superior ao valor investido anualmente por pessoa, para o atendimento do conjunto da população brasileira (BRASIL, 2009; GARNELO, 2004). Nem assim, contudo, foi possível superar a inequidade preponderante, desfavorável às populações indígenas. Ainda que os recursos públicos para o atendimento dessas populações tenham sido vertiginosamente aumentados e que alguns importantes indicadores de saúde tenham melhorado significativamente, (como foi o caso da mortalidade infantil, cujo coeficiente de 74,61/1000, no ano 2000, caiu para 44,35 por mil nascidos vivos, em 2008, registrando, portanto, uma queda de 40,55% em oito anos) esses dados não se traduziram diretamente em melhoria da qualidade de vida das populações indígenas, que continuam, até hoje, apresentando os piores indicadores de saúde e de desenvolvimento humano do país.

Para mim, contudo, no tocante aos resultados até agora obtidos, tão comprometedor quando a fragilidade institucional da FUNASA, é o projeto de

mundialização do saber, intermediado pelas práticas e pelo arcabouço teórico científico da biomedicina, como saber hegemônico que se sobrepõe aos demais saberes, que permeia de modo evidente tanto as ações do Banco Mundial, quanto a implementação da PNASPI.

O avanço obtido através da melhoria dos indicadores de mortalidade infantil não é suficiente para ocultar que, no cotidiano em que se operam as relações com os indígenas, está posto um projeto maior, que vai bem além da melhoria de indicadores de saúde. Digo isso, porque a realização desse estudo me fez perceber, de maneira muito clara, a existência, nas entrelinhas das ações governamentais propostas tanto no campo da saúde, quanto na educação e nos projetos de autossustentação, de uma consistente estratégia governamental assimilacionistas direcionada para a dominação e exercício de poder sobre as populações indígenas. A título de exemplo, vale analisar de perto, por exemplo, a forma pela qual foi construído, o Subsistema de Saúde Indígena e a relação que esse sistema estabelece com a questão do território.

A intenção da dominação se faz visível, logo de início, quando da leitura da base territorial que serviu de referência para a implantação dos DSEI e de toda a sua estrutura (Polos-Base, Posto de Saúde, CASAI, Conselhos Locais e Distritais). Esta base territorial foi definida sem que fosse levada em conta a organização territorial tradicional dos grupos. Como resultado, o que se percebe é que a operação do DSEI, por meio das equipes multidisciplinares, da inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde, Agentes Indígenas de Saneamento, mas também, e principalmente, pela inserção das “lideranças indígenas” no âmbito das ações dos Conselhos Locais e Distritais de saúde, acaba alimentando dinâmicas que se contrapõem não apenas à lógica e ao funcionamento da organização social e política dos grupos étnicos, mas também ao seu modo de vida nas aldeias. Nesse contexto, há que se considerar, que as ações do cotidiano nem sempre são executadas por uma única via e sempre dependem de uma multiplicidade de acordos e consensos que, na maioria das vezes, são decididos em escala internacional e/ou nacional, relegando os atores locais (prefeituras, universidades e, principalmente, as “lideranças, indígenas”) à função de meros executores.

5. Considerações Finais: o território e a “indianidade” entre os Tembé do Guamá e do Gurupi

A inserção no campo indigenista de diversos atores como a FUNASA, as prefeituras, o MS, as universidades, o Ministério Público e as ONG's, entre outras, resulta numa nova configuração na escala de poder e alimenta uma disputa muito mais acirrada entre os atores, posto que cada instituição estabelece com os grupos indígenas alianças e disputas, que nem sempre são fáceis de analisar e precisar os efeitos tangíveis dessas relações. O que pude observar de forma mais concreta entre os Tembé, do Guamá e do Gurupi, é que esses efeitos se manifestam de diferentes maneiras e com um grau de variação instável, mas que quase sempre, essas disputas por espaços de poder têm relação com a questão do “território” e a “indianidade”.

Para ilustrar essa minha percepção exponho neste momento o modo como chegam os serviços nas aldeias Tembé. De um modo geral, esses serviços são bem aceitos não apenas nas aldeias do Guamá, mas também nas aldeias do Gurupi e junto a todos os grupos que compõem o DSEI GUATOC. Há uma demanda geral, por parte dos indígenas, de ampliação dos serviços de saúde nas aldeias. Demanda por ampliação dos itens de medicamentos e pela aquisição de novos equipamentos, sobretudo, carros, aparelhos eletrônicos, etc. Isso não quer dizer, contudo, que todos os grupos se apropriam de igual maneira desses serviços e produtos, pois como bem observei entre os Tembé do Guamá, essa nova estrutura de serviços e ações são usadas para ampliar a capacidade de poder do grupo, que para eles têm relação com o controle do território. Para eles (Tembé do Guamá), ter influência sobre a burocracia e entender como funcionam as instituições e os serviços dos “brancos”, o que não significa deixar de ser Tembé, é tão somente uma maneira de saber como lidar com o funcionamento político e os meandros administrativos da esfera pública para, cada vez mais, acumular experiência. Para eles, pois, ao serem trazidos para dentro da aldeia esses serviços é que os Tembé do Guamá acreditam obter mais poder e maior autonomia de gestão, por eles mesmos, da vida do grupo na TIARG e de sua “indianidade”⁸.

No caso dos Tembé do Gurupi, os efeitos são diferentes, pois a despeito de quererem trazer os serviços para as aldeias e de os aceitarem, em grande parte, eles os concebem de uma maneira ambígua e contraditória, na medida em que, apesar de

⁸ A indianidade tem relação com o projeto de emancipação introduzido pela ditadura militar, na década de 1970, para nortear a ocupação da Amazônia. O propósito desse projeto era discriminar “quem era índio” e “quem não era índio”, retirando da responsabilidade do Estado os “índios” que teriam se tornado “não índios” (Cf. VIVEIROS DE CASTRO, 2006).

aceitarem as “coisas dos brancos”, querem ver também respeitada a “tradição”. Isso fica bem evidente quando algumas de suas principais “lideranças”, aquelas a quem é tributária uma memória coletiva e uma prática cultural ao modo como os Tembê do Gurupi acreditam que deva ser operada a cultura do grupo, ou seja, pela socialização do conhecimento da língua nativa, dos rituais, da produção de artesanato, entre outros. Em seus posicionamentos, essas “lideranças” reforçam os componentes da cultura, deixando claro que querem manter e repassar para as novas gerações as formas tradicionais de reprodução do grupo, demarcadores de sua “indianidade”. Para elas, não se trata apenas de conhecer e controlar o que vem de fora, o que se deseja é integrar os conhecimentos tradicionais aos conhecimentos externos e, dessa forma, retomar o controle sobre o território tradicional. Vejamos a fala de Puluta, “liderança” e Conselheiro Local de Saúde da aldeia Cajueiro, quando foi gravar uma entrevista para o filme: Bora Gente!:

O que eu estava dizendo pra vocês, esses aqui todos são meus netos, todos falam na língua, as mães são essas daí, as vó são essa daí, a Vilma, Clícia, também é minha filha, tudo são minha família, por isso que eu, como pai, como vô não quero que more como branco, porque isso tá traindo nossa cultura, daqui a pouco se continua convivendo com branco não sabe nem artesanato, não sabe nem pescar, só sabe o que é do branco, e o Tembê fica onde? Eu sempre no meu coração, estou com uma dor comigo. Nenhum neto, nenhum parente quero com branco. (..) Todas elas sabe fazer artesanato, sabe pescar, caçar, sabe fazer tudo de índio, mingau da moça, sabe fazer casamento de índio, então nossa família nesse caso sobre a cultura sabe como fazer. Quer estudar? estuda, mas estuda também a nossa cultura. **(Depoimento coletado em 29/03/2011).**

Athias (2001; 2007), Garnelo (2003; 2004) e Langdon (2007a; 2007b), Coelho e Cruz (2008) cada um desses autores, estudou, tanto em Pernambuco, no Rio Negro, como no Rio Grande do Sul e no Maranhão, a maneira como os serviços de saúde chegaram às aldeias. Todos eles têm reflexões sobre a questão das relações de poder e falam da necessidade de situar os contextos dos povos indígenas, sobretudo as relações marcadas por conflitos, preconceitos e dominação. Todos concordam que é preciso pensar acerca do que significa a “saúde diferenciada”, pois, mais do que respeitar as práticas dos sistemas da “*Medicina Tradicional*” é necessário encontrar uma maneira adequada e equilibrada de promover o encontro entre o modo de vida “tradicional”, aquele que é vivido no âmbito das aldeias, com o modo de vida “moderno”, aquele que está imerso no cotidiano das cidades, cujas lógicas, racionalidade, instituições e modo

de conceber o processo saúde e doença são inteiramente diversos. Tratar-se-ia, portanto, de “articular” e não de “substituir” uma prática de saúde pela outra, uma vez, que para os próprios indígenas não existe uma “fronteira rígida entre uma prática e outra”, mas ao contrário, conforme menciona Langdon (2007, p. 115):

“Elas são fluidas, e, continuamente, existem apropriações das práticas de um sistema pelo outro. Precisamos lembrar o que Bonfil, antropólogo peruano, expressou: ‘saúde também é política’. As ações de saúde remetem a considerações sócio-políticas que vão além de cura e de bem-estar físico”.

Com isso, é preciso dizer que no caso Tembé, saúde tem relação com o território e, portanto, com o modo de ser Tembé. Há nuances e diferenciações entre um grupo e outro, mas, de um modo geral reflete o modo como cada um deles interage com a sua própria cosmologia, mas também como absorvem, incorporam e dão significado a saberes, instituições e práticas diferentes das suas, com as quais entram em contato continuamente e que, mais e mais, vêm sendo introduzidas nas aldeias.

É na ação pública local que as intermediações, conflitos e acordos se configuram, de forma que aos poucos os Tembé do Guamá e do Gurupi criam seus recursos, como é o caso da “saúde diferenciada” para garantir a permanência em seu território. O discurso da “saúde diferenciada” e a aceitação dos serviços de saúde na aldeia, segunda a lógica da biomedicina, criará as condições para que os dois blocos de aldeias, com estratégias distintas, fortaleçam ainda mais os aspectos culturais, a “indianidade”, associando-os à questão do território.

6. Referências Bibliográficas

ANDRADE, L.O. M.; BARRETO, I.C.de H.(col.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários**: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar-abr, 2001.

_____, Renato. Medicina Indígena no Rio Negro: Experiência de um Projeto. In: Brasil. Ministério da Saúde. OURIQUES, Luciane Ferreira e OSÓRIO, Patricia Silva (org.). **Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília**: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor Líquido**: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos (Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds. Cambridge: Polity. Traduzido por Carlos Alberto Medeiros. Jorge Zahar Editor I, 2003.

BOCCARA, Guillaume. **La interculturalidad como campo social**. Cuadernos Interculturales, v. 10, n. 18, p. 11-30, 1 sem. 2012.

BOUSSAGUET, Laurie; JACQUOT, Sophie; RAVINET, Pauline (dir.). **Dictionnaire des politiques publiques**. 3. Ed. Paris: Presses de Sciences, 2010. (Collection Références).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília, 2009.

COELHO, E. M. B. A saúde e a educação indígenas no Maranhão. In: COELHO, E. M. B. (org.). **Estado Multicultural e Políticas Indigenista**. São Luís: UFMA; CNPq, 2008.

CRUZ, K. R. da. Distrito Sanitário Especial Indígena: O Específico e o Diferenciado como Desafio. In: COELHO, E. M. B.(org.). **Estado Multicultural e Políticas Indigenistas**. São Luís: UFMA; CNPq, 2008.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. OURIQUES, Luciane Ferreira e OSÓRIO, Patrícia Silva (org.). **Projeto Vigisus II/Funasa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

_____, Luciane Ouriques. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan.-mar. 2013.

FUINI, Lucas Labigalini; SILVA PIRES, Élson Luciano. As dimensões da governança territorial: delineamento preliminar de aspectos teóricos e morfológicos. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPOSITO, Eliseu Savério (organizadores). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular; UNESP, 2008.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**. Documento de Trabalho n. 9, Universidade do Amazonas & Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus. Porto Velho, nov. 2004.

_____, Luiza. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____, Luiza. **Globalização e ambientalismo: etnicidades polifônicas na Amazônia**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 755-767, 2006a.

HASSENTEUFEL, Patrick. **Sociologie politique: l'action publique**. 2. ed. Paris: Armand Colin, 2011.

LACERDA, Rosane. **Os povos indígenas e a constituinte – 1987/1988**. Brasília: CIMI, 2008.

LANGDON, Esther Jean. Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena. In: Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. OURIQUES, Luciane Ferreira e OSÓRIO Patricia Silva (org.). **Projeto Vigisus II/Funasa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

_____, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena**: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LARAIA, Roque de Barros. **As religiões Indígenas**: o caso Tupi-Guarani. Revista USP, São Paulo, n.67, p. 6-13, set./nov. 2005.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Sociologie de l'action publique**. Sous la direction de François de Singly. Paris: Armand Colin, 2007.

MACEDO, Guilherme. Notas sobre o Projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena. In: Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. OURIQUES, Luciane Ferreira e OSÓRIO, Patricia Silva (org.). **Projeto Vigisus II/Funasa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

MADEL, Therezinha Luz. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"** - anos 80. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, 1991.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

NUNES, Duarte Everardo. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão W. de Souza; MINAYO, Maria C. de Souza, *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

TEISSERENC, Pierre. **Les Politiques de développement local**. 2. ed. Paris: Colletion Collectivités Territoriales dirigée par Louis Favoreu, Economica, 2002.

VASCONCELOS, Ricardo Afonso Ferreira de; LIMA FILHO, Domingos Leite. **Do modelo keynesiano-fordista ao sistema de acumulação flexível**: mudanças no perfil do trabalho e na qualificação. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA, 4. Belo Horizonte, 2014. Anais. Belo Horizonte: CEFET-MG, 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é. In: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (edições gerais). **Povos indígenas no Brasil**. São Paulo. Instituto Socioambiental, 2006.