



Revista Colombiana de Sociología

ISSN: 0120-159X

Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Ciencias
Humanas; Departamento de Sociología

Pinheiro Palheta, Rosiane

Acesso às políticas locais de saúde: um estudo sobre as políticas indigenistas no Amazonas*

Revista Colombiana de Sociología, vol. 40, núm. 2, 2017, Julho-Dezembro, pp. 287-309

Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Ciencias Humanas; Departamento de Sociología

DOI: <https://doi.org/10.15446/rcs.v40n2.66400>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551562358014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Acesso às políticas locais de saúde: um estudo sobre as políticas indigenistas no Amazonas*

Acceso a las políticas locales de salud: un estudio acerca de las políticas indigenistas en el Amazonas

Access to local health policies: a study of indigenist policies in Amazonas

Rosiane Pinheiro Palheta**

Secretaria Municipal de Saúde, Fundação Hospital Adriano Jorge. S,
Manaus, Brasil

Como citar este artigo: Pinheiro, R. (2017). Acesso às políticas locais de saúde: um estudo sobre as políticas indigenistas no Amazonas. *Rev. Colomb. Soc.*, 40(2), 287-309.

doi: 10.15446/rcs.v40n2.66400

Este trabalho se encontra sob a licença Creative Commons Attribution 4.0.

Artigo de pesquisa e inovação

Recebido: 16 de abril de 2015

Aprovado: 11 de novembro de 2016

* O artigo é resultado parcial de tese de doutorado realizada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sobre a participação indígena nas políticas de saúde indigenista na cidade de Manaus, Brasil.

** Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2013). Atualmente, é assistente social da Secretaria Municipal de Saúde e atua na equipe do Consultório na Rua; além disso, coordena o Programa de Apoio à Iniciação Científica (Paic) da Fundação Hospital Adriano Jorge.

E-mail: anypinheiro@hotmail.com — ORCID: 0000-002-0792-0462

Resumo

A pesquisa trata da política indigenista de saúde no estado do Amazonas e tem, como lócus de estudo, o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena de Manaus (Sesai). O objetivo é analisar como a participação indígena vem sendo incorporada nas políticas locais de saúde a partir do papel das lideranças indígenas na construção da política dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O objeto central da pesquisa é a participação indígena na política de saúde indigenista de Manaus. Como principal pressuposto tem-se que o movimento indígena tem incorporado estratégias da sociedade nacional para reivindicar direitos referidos à sua autodeterminação com conquistas efetivas no contexto das políticas indigenistas. A metodologia adotada englobou pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e de campo com a utilização da observação e da entrevista semiestruturada realizada entre os anos de 2011 e 2013. Foram realizadas entrevistas com seis lideranças indígenas do Condisi após a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A técnica de análise de conteúdo permitiu inferir conhecimentos relacionados às mensagens e às condições em que elas são produzidas e reproduzidas, os aspectos velados, não expressos nas falas, mas presentes nas entrelinhas, nas formas de se expressar dos entrevistados. Dentre os resultados da análise de dados, constata-se que a participação enquanto categoria analítica e ao mesmo tempo categoria empírica foi objeto central da pesquisa. Dessa forma, foi necessário refazer o trajeto que a participação trilhou na história da construção democrática brasileira. Todavia, apesar dos aspectos comuns que estão no debate sobre a participação nas políticas públicas, o trabalho permite concluir que a participação sob a lente indígena está aquém das inspirações dessa população e do cerne que vem caracterizando a luta do movimento indígena no país, que é a autodeterminação, ou seja, definir a política e executá-la de acordo com as necessidades e as especificidades dos povos indígenas. Conclui-se que incorporar as reivindicações indígenas às inovações e às mudanças operadas nas políticas de saúde não tem significado melhorias no atendimento e mudanças efetivas no cotidiano dessa população.

Palavras-chave: participação, políticas públicas, saúde indígena.

Resumen

La presente investigación es acerca de la política indigenista de salud en el departamento de Amazonas (Brasil) y tiene como objeto de estudio el Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) en el marco de la Secretaria Especial de Saúde Indígena de Manaus (Sesai). El propósito es analizar cómo la participación indígena ha sido incorporada a las políticas locales de salud desde el papel de los liderazgos indígenas en la construcción de los Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). El objetivo central de la investigación es la participación indígena en la política de salud indigenista de Manaus. Como presupuesto principal está que el movimiento indígena ha incorporado estrategias de la sociedad nacional para reclamar derechos referidos a su autodeterminación con logros efectivos en el contexto de las políticas indigenistas. La metodología adoptada abarcó investigación bibliográfica, documental y de campo, con la utilización de la observación y de la entrevista semi-estructurada, realizada entre el 2011 y el 2013. Se realizaron entrevistas con seis líderes indígenas del Condisi luego de la lectura y firma del término de consentimiento libre y esclarecido. La técnica de análisis de contenido permitió inferir conocimientos acerca de los mensajes y de las condiciones en que estos se producen y reproducen, los aspectos velados, no expresados en las declaraciones, pero presentes en las entre líneas, en las formas de expresarse de los entrevistados. Entre los resultados del análisis de datos, se encontró que la participación en cuanto categoría analítica y, al tiempo, categoría empírica, fue objeto central de la investigación. Así, fue necesario reconstruir el trayecto que la participación recurrió en la historia de la construcción democrática brasileña. Sin embargo, a pesar de los aspectos comunes que están en la participación en las políticas públicas, el trabajo permite concluir que la participación bajo la visión indígena está lejos de las inspiraciones de esta población y de la fundamentación que caracteriza la lucha del movimiento indígena en el país, que es la autodeterminación, es decir, definir la política y ejecutarla de acuerdo con las necesidades y especificidades de los pueblos indígenas. Se concluye que incorporar las reivindicaciones indígenas a las innovaciones y cambios operados en las políticas de salud no ha significado mejoras en la atención y cambios efectivos en el cotidiano de esta población.

Palabras clave: participación, políticas públicas, salud indígena.

Abstract

This research project focuses on indigenist health policies in the Amazonas department (Brazil) and its object of study is the *Conselho Distrital de Saúde Indígena* (Condisi), in the framework of the *Secretaria Especial de Saúde Indígena de Manaus* (Sesai). The objective of the study is to analyze how the participation of indigenous populations has been incorporated into local health policies, through the presence of indigenous leaders in the construction of the *Distritos Sanitários Especiais Indígenas* (DSEI). The central objective of the research is to examine indigenous participation in the indigenist health policy of Manaus. Its main assumption is that the indigenous movement has adopted the strategies of national society in order to claim rights pertaining to their self-determination, with effective achievements in the context of indigenist policies. The methodology included bibliographic, documentary, and field research, using observation and semi-structured interviews carried out between 2011 and 2013. Six indigenous leaders from Condisi were interviewed after they read and signed the free and informed consent form. The content analysis technique made it possible to make inferences regarding the messages and the conditions in which they are produced and reproduced, the veiled aspects that were not explicit in their statements, but that could be read between the lines and in the way the interviewees expressed themselves. Data analysis results showed that participation, as both an analytical and empirical category, was the central object of the research. This made it necessary to reconstruct the path followed by participation in the history of Brazilian democratic construction. However, despite the common aspects found in the participation in public policies, the research leads us to conclude that according to the indigenous view, said participation is far from the aspirations of that population and from the reasons for the struggle of the indigenous movement in the country, which is self-determination, that is, defining and implementing policies according to the needs and specificities of the indigenous peoples. The conclusion is that including indigenous claims to the innovations and changes in health policies has not improved healthcare or achieved effective changes in the daily lives of that population.

Keywords: indigenous health, participation, public policies.

Introdução

A historiografia brasileira das sociedades tribais mostra que os indígenas sempre foram considerados como um entrave ao desenvolvimento econômico; por sua vez, a válvula de escape do governo para reverter esse quadro estava alicerçada em práticas dizimadoras cristalizadas sob o rótulo de integração nacional e viabilizadas por políticas públicas diversas, dentre as quais se destacam as políticas de saúde.

Por longos anos, os serviços de saúde para as populações indígenas ficaram a cargo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que executava as ações que foram substituídas pelo Subsistema de Saúde Indígena e passaram a ser executadas recentemente pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

Toda essa mudança foi protagonizada pelos povos indígenas que exigiam melhorias nas ações de saúde por meio de inúmeras denúncias e mobilizações que se arrastaram ao longo de cinco anos. Nesse contexto, a relevância da pesquisa deve-se ao fato de que se desenvolveu no bojo de tais mudanças e apontou a atualidade da questão indígena como foco de políticas sociais e as suas repercussões para os povos indígenas. Nesse sentido, questiona-se se, mesmo sendo resultante do movimento indígena, a política de saúde no bojo da Sesai tem trazido melhorias para as populações indígenas e tem sido reflexo das reivindicações indígenas.

O artigo resulta de parte da tese de doutorado e traz a discussão do protagonismo indígena na cidade de Manaus, no estado do Amazonas, a partir de uma investigação que buscou refletir sobre a participação indígena e o acesso às políticas locais apoiada em uma pesquisa qualitativa que envolveu a pesquisa documental, bibliográfica e de campo com aplicação de entrevistas com lideranças indígenas de base.

Estudar políticas públicas direcionadas às populações indígenas no Amazonas foi de extrema relevância. Primeiro, por ser capital do maior estado do Brasil em extensão territorial que abriga a maior população indígena do país¹. A contemporaneidade das discussões em torno do etnodesenvolvimento como viés do desenvolvimento sustentável tem trazido novas demandas para as políticas do Estado nacional. Em segundo lugar, porque, ao se tratar da participação indígena, no âmbito das políticas de saúde, os estudos têm sido tímidos, principalmente, pelas dificuldades em estudar a questão indígena referenciada à esfera pública da sociedade nacional.

A pesquisa estabeleceu o duplo desafio de estudar a política própria de saúde indígena como um subsistema contextualizado nos meandros do Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a população brasileira e direciona as ações em todos os âmbitos e níveis de gestão.

1. Segundo dados do Instituto Socioambiental (2006), que disponibiliza dados populacionais sobre os povos indígenas no Brasil, no estado do Amazonas, a população indígena é de 57 901; em seguida, vem o estado de Roraima, com 32 771, e, por último, os estados do Mato Grosso e do Pará, com 18 450 e 10 563, respectivamente.

A metodologia do estudo foi feita em três etapas. No primeiro momento, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema e o problema, e um aprofundamento teórico nos clássicos da antropologia para iluminar as análises. Em seguida, foi realizada pesquisa de campo com as lideranças indígenas do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), as quais foram receptivas e colaboraram sobremaneira em todo o processo de pesquisa informando sobre as datas de reunião e disponibilizando documentos que foram determinantes para a conclusão da pesquisa de campo.

Na primeira parte do artigo, estão evidenciados de maneira sucinta os caminhos metodológicos traçados no decorrer do estudo. Em seguida, apresenta-se uma breve incursão sobre o levantamento bibliográfico sobre a questão indígena na Amazônia a partir do conceito de etnodesenvolvimento. Na terceira seção do artigo, é feita uma discussão sobre as mudanças ocorridas entre os modelos da Funasa e os da Sesai partindo de leituras e levantamentos dos dados documentais. A última parte trata da pesquisa empírica, na qual se discutem o protagonismo indígena e a participação nas políticas locais de saúde na cidade de Manaus.

Questões metodológicas

A pesquisa realizada foi do tipo qualitativa, com a utilização dos seguintes procedimentos metodológicos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo com o uso de entrevistas e observação participante como instrumentos de coleta de dados.

A pesquisa bibliográfica foi importante pois nos levou à fundamentação teórica necessária ao tema e, como consequência, ao conhecimento construído na antropologia sobre o processo saúde-doença.

A pesquisa documental foi dividida em dois momentos. O primeiro momento incluiu as seguintes fontes oficiais: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Sistema de Informação em Saúde Indígena (Siasi), a Sesai, os relatórios das conferências nacionais de saúde indígena e a legislação específica sobre a saúde e a saúde indigenista. O segundo momento da pesquisa documental foi desenvolvido na Sesai, na figura do Condisi. Os documentos cedidos foram os relatórios de visitas técnicas, os relatórios de gestão e as atas de reunião ordinária e extraordinária desse Conselho.

Na pesquisa de campo, foram utilizadas a observação e a entrevista como técnica de coleta de dados. A observação foi possibilitada pela participação em reuniões ordinárias e extraordinárias, pelas visitas realizadas a Sesai e em eventos cuja temática perpassava pela saúde indígena ou pelas políticas indigenistas de Estado. A observação foi planejada e sistematizada no caderno de campo, que foi utilizado para registrar apontamentos com vistas à construção da análise.

Oliveira (1998) assinala que o ouvir e o olhar não podem ser tomados como faculdades totalmente independentes, ambos se completam no exercício da investigação. Enquanto o olhar altera o objeto de investigação em decorrência do esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade, o ouvir permite uma verdadeira interação entre

o pesquisador e o objeto pesquisado; essa relação foi materializada por meio da entrevista.

Desse modo, os critérios de escolha dos sujeitos da pesquisa foram definidos a partir do vínculo destes com os movimentos indígenas locais, pela presença constante no Condisi no momento da pesquisa de campo e, por último, por ser representante das etnias indígenas nas reuniões do Condisi. Esse tipo de entrevista é caracterizado por frases provocativas do pesquisador para estimular o informante e foi escolhida para dar liberdade ao indígena para manifestar suas ideias e modos de pensar.

A entrevista permitiu apreender a situação das comunidades indígenas adiante das políticas locais de saúde; além disso, contribuiu para recompor a história de participação indígena em Manaus e no conselho de saúde, bem como perceber a visão dos indígenas sobre a participação no Condisi.

Em todas as entrevistas, foi utilizado o gravador para possibilitar o registro das falas, que foram transcritas pela própria pesquisadora. A transcrição das entrevistas das lideranças não foi um processo simples devido a limitações linguísticas.

A técnica de análise de conteúdo permitiu inferir conhecimentos que se relacionam com as mensagens e com as condições em que elas são produzidas e reproduzidas, e com os aspectos velados, não expressos nas falas, mas presentes nas entrelinhas, nas formas de se expressar dos entrevistados.

Dentre os principais resultados, destaca-se que a saúde indígena está associada ao conjunto de ações e práticas tradicionais dos indígenas, estabelecidas ao longo das gerações, que não se coadunam com as práticas e as políticas implementadas. O núcleo dos conflitos presentes na atenção à saúde dos povos indígenas e no exercício da participação indígena é o que se propõe refletir neste artigo.

Breve revisão da literatura: etnodesenvolvimento e questão indígena na Amazônia

Testemunhamos, no decorrer da história indígena e indigenista do Brasil, a trajetória dramática e de resistência enfrentada pelos povos indígenas para vencer o “holocausto” a que foram submetidos após a entrada dos europeus em terras brasileiras. A história nos mostra que houve mudança no tratamento da questão indígena, entretanto muitas situações de dominação permaneceram, ganhando apenas novas roupagens, pois continuam sob velhos argumentos desenvolvimentistas.

A própria Igreja tenta mudar seu passado posicionando-se ao lado dos interesses dos dominados e dos povos indígenas, reconhecendo seus erros e tentando reverter o quadro de extermínio e massacre no qual seu papel foi determinante e para o qual tanto contribuiu. Para seus propósitos antropocêntricos de catequizar os índios, nota-se que muito mais aprenderam eles com os índios do que os ensinaram.

Laudato (2009), padre Salesiano, filósofo e antropólogo, que conviveu entre os anos de 1978 a 1991 com os povos karawetari e xamathari, na fronteira entre a Venezuela e o Brasil, publicou muitos trabalhos importantes sobre

a cultura desses povos yanomani, sobretudo sobre a religiosidade do mundo xamânico. Escreve ele:

Minha prolongada permanência no Mamirauá consentiu que mente e coração pudessem envolver-se, intensamente [sic] e intimamente, no mundo Xamânico dos Xamatari. A diuturna convivência com um grupo me permitiu participar, ativamente [sic] e positivamente, das vicissitudes enfrentadas no período mais dinâmico da minha vida. [...] Fui obrigado pela participação constante, paciente e animosa nos rituais xamânicos a pôr em dinâmica crise toda uma formação religiosa adquirida e a rever e reformular, com olho crítico e introspectivo, toda a minha vivência espiritual. (p. 235)

O autor confessa que não foi fácil abandonar o conforto de estar na “terra firme” de sua formação anterior, mas permitir abrir-se à experiência que o ajudou a olhar com confiança e “sentir-se mais próximo do Cristo e dos amigos Karawethari” (p. 235). Esse trecho se não é uma prova cabal é, ao menos, uma evidência de que as missões tiveram de recuar para avançar em seus métodos e formas de relacionamento com aqueles que seriam os “sem religião e sem cultura”.

Sobre um novo tipo de missões, nos tempos atuais, Monteiro (2006) trata as missões evangélicas como sendo um dos fenômenos sociais mais significativos no Brasil atual, realizadas por meio do que chama de tradução cultural. Segundo o autor, essa tradução seria não apenas a versão da Bíblia para as línguas indígenas, mas também uma vivência no interior das sociedades indígenas, no sentido de inverter valores, comportamentos e práticas reelaboradas.

Faz, ainda, uma análise comparativa entre as formulações “teoantropológicas” de transculturação e inculturação das missões católicas e evangélicas. A transculturação se apoia no entendimento da cultura do “outro” para que os futuros convertidos consigam interpretar a Bíblia, enquanto na inculturação da missão católica, uma versão contemporânea da Teoria da Libertação, o enfoque está na educação e na organização política como instrumento de preservação.

Em suma, entre protestantes e católicos, existe uma zona de cooperação e tolerância, onde [sic] concordam com certos valores humanistas, como: justiça social, menos desigualdade econômica, liberdade política e religiosa. Um ambiente de reflexão teológica e, em menor grau, de atuação que dilui as fronteiras entre segmentos católicos e protestantismo ecumênico (isto é, fundamentalista). (Monteiro, 2006, p. 284)

Monteiro (2006) acrescenta que as missões transculturais se aproximam mais do modelo jesuítico, do período colonial, do que do modelo de *inculturação* contemporânea, posto que aquele modelo, ao ser condenado pelo Vaticano II, teve de mudar seu padrão clássico de conversão pela imposição de tradições culturais, o que evidenciou uma evolução na perspectiva católica no Brasil.

O Estado, por sua vez, também teve de reelaborar suas estratégias, suas formas de contato e incorporar as demandas dos povos indígenas no âmbito legislativo, executivo e judiciário. A construção de nossa história mostrou que o contato também é uma via de mão dupla e sinalizou os caminhos para os “outros quinhentos do Brasil”.

Entretanto, as inovações e os avanços em relação às leis de reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, como diz Santos (1996), não foram consequência da magnanimidade do Estado e dos constituintes em favor dos índios, mas decorrência da proteção internacional que elabora acordos dos quais o Brasil é signatário.

Apesar dos limites do “fim” do modelo tutelar de Estado, a quebra do monopólio da Fundação Nacional do Índio (Funai) trouxe a necessidade de elaborar políticas específicas para os povos indígenas, com a incorporação pelos ministérios da educação, saúde, meio ambiente e desenvolvimento agrário. Os avanços com a criação da Funasa e do Subsistema de Saúde Indígena (Siasus), que, mais recentemente, passa a ser Sesai² (Lei 12.314, de 2010), a política do Ministério da Educação (MEC), fundamentada no que preconizam as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei 9.394 de dezembro de 1996), sobre a educação diferenciada, são algumas das mudanças operadas na estrutura governamental em decorrência das reivindicações da população indígena do país.

Com o uso corrente do desenvolvimento sustentável, surge, na cena indigenista, um novo ator que, ao representar o Estado, por meio de programas de cooperação internacional, também passa a se relacionar com os povos indígenas, sobretudo, com projetos de demarcação de terras indígenas na Amazônia Legal.

Souza-Lima e Barroso-Hoffmann (2002) afirmam que a perspectiva aberta pelo termo *etnodesenvolvimento* ou por outro termo mais usado, *sustentabilidade*, tem sido pensada como uma forma de ultrapassar, de forma diferenciada, as antigas formas excludentes de lidar com os povos indígenas e pode se tornar um bom catalisador e um ponto de partida para construí-las criticamente.

Hoje, é quase consensual que não se pode mais, simplesmente, propor e executar um planejamento geral único, para todos os povos indígenas no Brasil; uma política de Estado unificadora, homogeneizante, que desconheça, desde os princípios, mesmo que conduzam a sua formulação, as sociodiversidades indígena e brasileira. (p. 17)

2. A Sesai é uma área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional. Ela tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas; além disso exerce a gestão de saúde indígena, bem como orienta o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e com os programas do SUS.

O debate sobre o etnodesenvolvimento emergiu nos anos 1980, na América Latina, por ocasião de uma reunião de especialistas em etnodesenvolvimento e etnocídio. O conceito foi construído no embate às teorias e às ações desenvolvimentistas que quase dizimaram as sociedades indígenas e as comunidades tradicionais em geral, e que as olhavam sob o prisma do antidesenvolvimento, ou seja, como um entrave ao progresso e à modernização.

A noção de etnodesenvolvimento, também conhecida como autodeterminação dos povos indígenas, foi apresentada por Stavenhagen, em 1984. O autor considera o caráter etnocida do Estado-nação, mas, mesmo sabendo do caráter etnocida do desenvolvimentismo, ele consegue vislumbrar uma alternativa de solução para o problema. Para ele, as populações autóctones são agentes políticos perante o Estado, e sua valorização teria papel fundamental na participação ativa nas discussões sobre a consolidação de premissas do Estado-nação e de projetos de desenvolvimento que as afetem diretamente.

Há diversos argumentos em torno da validade do etnodesenvolvimento que é questionado, sobretudo, pelo fato de carregar consigo as premissas do desenvolvimento. O desenvolvimento, segundo Perrot (2008), não seria algo vazio que se poderia preencher ao gosto das identidades culturais, mas um *conjunto de práticas* ligadas às nações industrializadas e a princípios que atomizam os indivíduos e exploram os recursos naturais sem se preocupar com sua renovação; buscam o lucro, o mercado, a racionalidade econômica e mitificam a ciência e a técnica. Em suas palavras:

Falar do desenvolvimento autocentrado ou de etnodesenvolvimento é uma contradição em termos, pois ao enfatizar a identidade étnica, não conseguimos fazer desaparecer, como num passe de mágica, os pressupostos culturais (isto é, econômicos, sociais e políticos) incluídos na noção de desenvolvimento, que continua a ser, na ideologia dominante, a referência obrigatória do bem-estar, ainda que coletivo. (Perrot, 2008, p. 222)

O autor defende que, embora a noção de progresso seja seriamente criticada, há um paradoxo que reside no caráter normativo do desenvolvimento, como resposta positiva e quase mágica aos problemas que ele mesmo contribuiu para criar.

Além disso, a dicotomia entre “bom” e “mau” do desenvolvimento serve, apenas, para explicar as práticas ligadas ao aumento da produtividade, à lógica do lucro e às estratégias de satisfação das necessidades básicas. O desenvolvimento, para as populações indígenas, não está descolado da maneira de pensar modelos e valores que, supostamente, valem para todos.

Little (2002) admite o receio em usar o termo *etnodesenvolvimento* ou quaisquer das palavras com *etno* como prefixo, porque remeteria a uma prática marginal e dependente, ao invés da “verdadeira” história (ocidental), a qual não necessitaria de prefixo. Entretanto, reconhece a resignificação do termo, quando apropriado pelos distintos grupos étnicos.

A combinação da problemática do desenvolvimento com a do reconhecimento da diversidade cultural deu origem ao termo *etnodesenvolvimento*, que introduz um conjunto de novos temas ao espaço público dos Estados nacionais. No plano político, dá um recorte étnico aos debates sobre a questão da autodeterminação dos povos e, no processo, questionam, pelo menos parcialmente, as noções excludentes de soberania nacional. No plano econômico, as práticas de etnodesenvolvimento tendem a ocupar o lugar de alternativas econômicas, particularmente, nas quais a ideologia neoliberal é predominante. O autor utiliza a expressão *etnodesenvolvimento local*, pois:

A análise do etnodesenvolvimento local, apresentada aqui, não pretende ser exaustiva. Antes procura colocar alguns dos temas e problemas principais vistos, desde uma perspectiva informada por minha formação como antropólogo. O foco central de quaisquer programas ou atividades que visam o etnodesenvolvimento é o grupo étnico e suas necessidades econômicas e reivindicações políticas. Para tanto, o principal nível no qual se trabalha o etnodesenvolvimento é o local, justamente porque é nesse nível onde existem maiores oportunidades para os grupos étnicos exercerem influência nas decisões que lhes afetam e, como consequência, promover mudanças nas suas práticas econômicas e sociais. É no nível local que começa o processo de construção da autogestão étnica. (Little, 2002, p. 40)

O conceito de etnodesenvolvimento do ponto de vista de Bonfil (1982) está associado à noção de controle cultural que remete, necessariamente, ao campo político. O autor entende o controle cultural como a capacidade social de decisão sobre os recursos culturais, decidir sobre os componentes de uma cultura que estão em jogo para identificar as necessidades, os problemas e as aspirações da própria sociedade e intentar satisfazê-las.

Os recursos culturais seriam todos os elementos de uma cultura que são classificados em quatro grupos: materiais, intelectuais, simbólicos e emotivos, e são os mais importantes para a análise desta tese, pois esta trata do nível de organização como capacidade de lograr a participação social e vencer as resistências.

Para alavancar o processo de etnodesenvolvimento, existem, segundo o autor, algumas premissas de ordem econômica, política e de organização social que implicam, fundamentalmente, fortalecer e ampliar a capacidade autônoma de decisão e a capacidade de uma sociedade cultural diferenciada poder guiar seu próprio desenvolvimento.

Funasa-Sesai: o protagonismo indígena na política indigenista de saúde a partir de dados documentais

A política de saúde indígena é um subsistema da política de saúde no Brasil; portanto, segue os mesmos princípios e diretrizes consubstanciados no SUS, excetuando-se as particularidades e as especificidades de uma política

diferenciada para os povos indígenas que “[d]ever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global” (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1999). Nesse sentido, ela também é herdeira de todos os problemas que permeiam as demais políticas do SUS.

A história da política de saúde para os povos indígenas vem sendo marcada por profundas mudanças de seu arcabouço prático administrativo ocasionadas graças à maior participação dos povos indígenas na construção de uma política indigenista diferenciada e condizente com a realidade das populações indígenas no Brasil.

De acordo com Langdon e Garnelo (2004), a política de saúde indígena pode ser caracterizada como uma política setorial, na interface entre aquela executada pelo governo, para a população brasileira, e a política indigenista do subsistema de saúde indígena, direcionada aos grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro. Nessa dinâmica interativa da atual política de saúde indígena, deve-se levar em conta a relação entre Estado e sociedade civil, na qual as organizações indígenas protagonizam lutas etnopolíticas na busca de concretizar seus direitos constitucionais.

Marqués (2003), ao estudar a política de atenção à saúde indígena no DSEI de Cuiabá, traça um histórico da política de saúde para os indígenas e descreve a extinção do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1967, como fruto de denúncias de corrupção, pelo regime militar. A autora cita a instauração de um processo, cujo resultado foi um relatório de 5 000 páginas, que trazia provas de corrupção administrativa e de massacres de povos indígenas.

Os problemas envolviam o massacre, a venda de terras indígenas e a introdução intencional de doenças, como: varíola, tuberculose, sarampo e gripe. “O relatório apontou, ainda, que dos 700 funcionários do SPI existentes na época, 134 eram acusados de praticar crimes contra os índios” (Marqués, 2003, pp. 25-26). O resultado dessa investigação levou à extinção do SPI e criou a Funai. Esta, por sua vez, tentou sistematizar o atendimento em áreas indígenas criando equipes volantes de saúde. Confalonieri (1989) caracteriza esse modelo como de pouca eficácia e descreve as dificuldades.

A falta de planejamento e de integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infraestrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção, ausência de um sistema de informações de saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades, culturalmente, distintas. (p. 442)

Entre 1991 e 1994, ocorreu uma fase de incertezas sobre a execução da política de saúde indigenista que passou das mãos da Funai para o Ministério da Saúde, e vice-versa, em grande parte devido à falta de condições operacionais do Ministério da Saúde e à inconstitucionalidade em relação à Funai, com destaque para problemas como a falta de infraestrutura adequada,

de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados.

Nesse período, foi aprovada, no Congresso Nacional, a Lei Arouca (Subsistema de Saúde Indígena, Lei³ 9.836, de 23 de setembro de 1999), que inseria, definitivamente, a temática da saúde indígena no âmbito do SUS, legislando sobre a estruturação de um subsistema deste, destinado a suprir necessidades sanitárias dos grupos étnicos no Brasil, sob a égide do Ministério da Saúde.

Em 1992, após alguns conflitos sobre as responsabilidades pela organização dos serviços de saúde entre a Funasa e a Funai, acontece a II Conferência de Saúde Indígena, que aprovou o modelo de DSEI⁴ como política pública, o que foi visto como alternativa para garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas.

Esse conjunto de vetores conflui, no ano de 1999, para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A organização desses espaços sanitários exigia um grande aporte de recursos humanos e financeiros para exercer a gestão e execução de serviços. O investimento financeiro fez-se presente, pois entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena variou entre cento e oitenta a duzentos e cinquenta milhões de reais, com uma aplicação *per capita* de, aproximadamente, R\$500,00 por ano. Proporcionalmente, esses valores representavam um investimento três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira como um todo. Porém, a política de redução dos quadros de servidores federais não pôde ser contornada e, apesar da disponibilidade de recursos, a Fundação Nacional de Saúde — Funasa, não tinha disponibilidade qualitativa e quantitativa de pessoal para viabilizar a implantação do Subsistema de Saúde Indígena. (Langdon e Garnelo, 2004, pp. 9-10)

Em 2005, ocorreu um ápice de problemas que se acumulavam nos anos anteriores, com a instabilidade na gestão do Sasisus, e o “caos” ficou evidente em todos os estados da Federação, das etnias da Região do Rio Negro, no Amazonas, aos Guarani, no Mato Grosso do Sul.

3. “Deve-se, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas, bem como o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, que contemple os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (Art. 19f).
4. “A noção de Distrito Sanitário Indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local” (Athias e Machado, 2001, p. 427).

Os indígenas se revoltavam por causa da morte de crianças e adultos em decorrência de epidemias e problemas de saúde que voltavam, com força, a assolar as populações indígenas: malária, tuberculose, hepatite, pneumonia, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e até desnutrição, que vitimou diversas crianças indígenas, em torno de 48 mortes, em 2004, para 50,9, em 2005 (para cada grupo de mil indivíduos), de acordo com o Instituto Socioambiental (2006).

No ano seguinte, os problemas não foram resolvidos, e mais casos vieram a público, e os indígenas denunciavam ainda as irregularidades ocorridas nos DSEIs, como a falta de repasse de verbas para as conveniadas, o pagamento de profissionais, as situações de manipulação política e, até, de maus-tratos e tratamento desumano com os indígenas.

Dentre as reações muito comuns em diversos DSEIs pelo Brasil, pode-se destacar os sequestros, as invasões e as ocupações das sedes da Funasa para exigir soluções e protestar contra situações de pagamentos atrasados, normalização do atendimento nas aldeias e loteamento político na gestão do órgão. Eles exigiam espaço para discussão e negociação de soluções para os vários problemas apresentados.

Após várias denúncias, o Ministério Público Federal (MPF) começou a investigar problemas com as organizações que realizam o atendimento local e averiguar a excessiva burocracia da Funasa, que estaria gerando os atrasos nos repasses de recursos e um diagnóstico para saber os motivos que levavam ao mau funcionamento dos convênios. A conclusão da Corregedoria-geral da União (CGU) foi a confirmação das irregularidades na Funasa entre 2004 e 2005 que resultou no anúncio, em 2008, da criação de uma nova instituição, a Secretaria Especial de Saúde indígena (Sesai), a qual seria o órgão responsável pelas reformas no Sasisus e o caminho mais viável para a autonomia administrativa dos DSEIs em todo o país.

Essa reivindicação era antiga das organizações indígenas, e o tempo entre a decisão de criar a secretaria e a aprovação do Projeto de Lei que cria a Sesai seria de quase dois anos, após intensa mobilização, que terminou em 3 de agosto de 2010, comemorada por lideranças indígenas, de todo o país, que lotavam o Senado.

A Sesai integra a área do Ministério da Saúde com o objetivo de coordenar e executar a gestão do Sasisus e tem como principal missão gerir o sistema, promover a saúde das populações indígenas, protegê-la e recuperá-la, além de orientar o desenvolvimento das ações de atenção e educação em saúde, de acordo com as particularidades, com o perfil epidemiológico e com as condições sanitárias de cada DSEI e em consonância com o SUS.

Organização e acesso da assistência à saúde dos indígenas em Manaus

A organização da política de saúde indigenista em Manaus está subdividida entre as ações do Sasisus, que está a cargo do DSEI, e as ações do SUS, que atende os usuários que necessitam de tratamento de alta complexidade cujas ações ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (Susam).

O DSEI abrange 11 grandes municípios, principalmente, Manaus, com 16 polos-base. A complexidade do atendimento à população indígena na região se explica pelo fato de que a competência pelo atendimento dos povos indígenas aldeados fica a cargo da Sesai e aos indígenas da área urbana fica a cargo da política municipal.

O município de Manaus concentra todas as instituições da atenção à saúde dos povos indígenas de média e alta complexidade, ou seja, os serviços de pronto-atendimento, os prontos-socorros e os hospitais. As áreas indígenas concentram apenas a atenção básica da saúde.

Isso significa que, para os indígenas que buscam um tratamento especializado, necessitam se dirigir à cidade de Manaus. Do mesmo modo, os profissionais de saúde que trabalham com a saúde indígena precisam se dirigir até os municípios para executar as ações que não são realizadas nas aldeias.

Uma das grandes dificuldades no desenvolvimento das ações de saúde é o deslocamento das equipes. As distâncias e o acesso às aldeias são relatadas revelam as precárias condições dos transportes fluviais (lanchas, rabetas) que, muitas vezes, representam um perigo a quem navega nos rios da região, que são a forma de se locomover entre as localidades.

O DSEI Manaus está localizado em uma área que incorpora a região metropolitana da capital amazonense até o centro-leste do estado, onde atende 387 aldeias, 5009 famílias, distribuídas em mais de 40 etnias; em média, são 24 000 indígenas, cuja população mais numerosa é da etnia Mura, com mais de 15 mil indígenas e abrange 16 municípios.

A lógica do sistema saúde envolve a rede de referência e contrarreferência dos estados e municípios que devem estar estruturados a receber o paciente indígena, referenciado dos polos e, quando um município não tem condições de atender, é transferido para a Casa do Índio (Casai) e, desta, para os hospitais.

O atendimento nas aldeias é feito por meio do convênio com organizações não governamentais (ONGs) que contratam as equipes de saúde para atuarem nas áreas indígenas. Esse processo de atuação ocorre em forma de convênio entre a Sesai e as ONGs.

O polo-base é a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde. Os polos-base podem estar situados nas aldeias ou municípios de referência. São Unidades Básicas de Referência; a maioria dos problemas deve ser resolvida nesse local. Os problemas de saúde que não forem resolvidos nos polos devem ser encaminhados para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI.

Um grande problema é planejar o trabalho das equipes para que atenda aos polos de maneira adequada, tendo em conta o tamanho e a característica particular de cada polo e com a diversidade de etnias que eles abrangem.

Ainda não se pode avaliar a implantação dos DSEIs de forma consistente, porque esse processo ainda está em curso e não existem pesquisas que possam indicar os avanços e os limites na política. Isso porque as

mudanças recentes de responsabilidade pela execução da política de saúde indigenista, que foi para as mãos da nova Secretaria de Governo, não possibilitam uma análise mais acurada das mudanças efetuadas.

Destarte, Langdon e Garnelo (2004) lembram ainda que, para fins administrativos e de acessibilidade ou legitimidade política, alguns distritos são grandes demais, o que explica a razão de não darem conta das diferenças culturais dos grupos de sua área de abrangência.

As instituições de referência da rede SUS enfrentam vários problemas ao receber a população indígena, devido às diferenças etnoculturais, que é um dos aspectos que dificultam o tratamento daqueles que precisam de internação, pois, para o indígena da cidade ou da aldeia, é difícil conviver com a realidade hospitalar.

Os pacientes indígenas encaminhados à rede hospitalar, geralmente, vêm acompanhados de um técnico de enfermagem ou Agente de Saúde Indígena (AIS) que acompanha o paciente em todas as etapas da internação. Um dos problemas se deve a que nem todos os acompanhantes falam a língua nativa do paciente, o que dificulta o atendimento diário no hospital.

Por outro lado, os profissionais de saúde também não estão preparados para o atendimento aos indígenas devido à falta de informação, aos preconceitos a respeito da cultura e à forma de comportamento dos indígenas durante a internação, que pode levar a conflitos no encaminhamento do tratamento, principalmente, no que se refere à aceitação do tratamento médico proposto.

Essa é uma das questões importantes, posto que as implicações e os processos que envolvem a política de saúde no SUS reverberam nas políticas de saúde indígena e, em muitos casos, tanto os profissionais quanto as próprias entidades conveniadas têm dificuldades com os processos burocráticos próprios da execução da política de saúde.

A complexidade do sistema público leva as instituições a se enclausurarem em normas, relatórios técnicos, dentre outras atribuições, que exigem capacitação e formação de gestores envolvidos na execução dos convênios, além de formação apropriada para o trabalho com os indígenas.

A dificuldade no atendimento aos indígenas está relacionada a inúmeras outras dificuldades. O transporte é uma delas, visto que os profissionais que cobrem as áreas dependem não apenas de carro, mas, sobretudo, do transporte fluvial, como: lancha, voadeira, barcos, rabeta e até canoa para o deslocamento a um grande contingente de comunidades onde residem os indígenas.

Participação na saúde local: há protagonismo indígena?

A primeira questão abordada nas entrevistas com as lideranças indígenas estava ligada à democratização do acesso aos serviços de saúde. Qual a percepção do indígena quanto à diferença entre as ações de saúde realizadas na cidade e nas aldeias? Em 50 % das respostas, constatou-se que não há diferença entre as ações de saúde na cidade e nas aldeias; 25 %

afirmaram que as ações de saúde são piores nas aldeias, e 25 %, na cidade. As respostas foram elencadas na tabela a seguir.

Tabela 1. Diferenças entre cidade e aldeias

Cidade de Manaus	Nas aldeias
Falta vaga para índios.	Falta medicação.
Distância.	Médicos e outros profissionais.
Profissionais não capacitados para atendimento aos indígenas.	Recursos de comunicação.
Filas.	Faltam transporte e abastecimento.
Falta de política diferenciada.	Falta posto de saúde.
Falta de uma política para o índio da cidade.	Falta de agente de saúde.
	Falta de informação.
	Falta de número suficiente de AIS.

Fonte: pesquisa de campo, 2013.

Os problemas apontados nas entrevistas nas aldeias e na cidade são diferentes porque o tipo de atendimento e tratamento é de origem diferente. O atendimento nas aldeias é feito pelas conveniadas que são contratadas pela Sesai para realizar ações básicas de saúde, já o atendimento na cidade geralmente se trata de média e alta complexidade no qual a via de entrada é o próprio SUS, com hospitais e prontos-socorros que, enquanto sistema universal, atende a toda a população brasileira, portanto herda todos os problemas nele presentes.

Os problemas elencados pelos indígenas referentes à cidade, que também atingem os usuários do SUS, são as filas, a demora no atendimento por falta de vaga ou por excesso de pessoas em espera, falta de esclarecimento e informação que leva os usuários a uma verdadeira “peregrinação” em busca de resolutividade.

Nas aldeias, os problemas são apontados pelos indígenas em grande parte como problemas estruturais de execução das ações nas aldeias, falta de recursos humanos ou falta de profissionais suficientes e capacitados para trabalhar nas áreas indígenas. Nesse caso, as lideranças se queixam recorrentemente de que estes assumem posturas inadequadas e, por não entenderem a cultura, passam a recrutar e a criticar a forma de viver indígena.

A falta de profissionais de saúde é um dos principais problemas relatados pelos entrevistados, os quais alegam que o único médico na área passa meses sem aparecer e, quando aparece, faz o atendimento de qualquer forma, sem paciência com os indígenas e com pressa de ir embora.

Apesar de a maior queixa se referir à ausência de médicos, há também relatos de que outros profissionais também estão na área de maneira esporádica, como o enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, dentre

outros, e afirmam que os AIS, embora sejam o maior número, não atendem à necessidade da comunidade e não estão capacitados para exercer suas atividades profissionais no SUS.

Outra questão importante se refere ao papel dos conselheiros no Condisi e na execução da política de saúde. O objetivo é perceber como os entrevistados veem esse papel, qual o relacionamento com tais conselheiros na execução e qual a importância no dia a dia das ações de saúde do DSEI. A maior parte dos entrevistados (50 %) respondeu que o papel do conselheiro era trazer melhorias para as aldeias; 33,4 %, seria lutar pelos direitos dos povos indígenas, e 16,6 % não souberam responder.

Nenhuma das respostas apontou para o real papel do conselheiro, ou seja, o acompanhamento e a fiscalização das ações de saúde nas áreas indígenas, e a deliberação das decisões a partir do consentimento real dos povos indígenas sobre o planejamento das ações.

É preciso considerar que a viabilização da participação direta dos indígenas nas reuniões para discussões e encaminhamentos é papel importante da Sesai, a qual deve trabalhar para que aconteça e zelar por sua qualidade.

Cabe registrar que o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde indígena expressa que, nos orçamentos dos planos distritais, devem ser garantidos para a realização das reuniões dos conselhos locais e distritais, inclusive as plenárias anuais das comissões locais e distritais. Essa questão aponta para a necessidade de capacitação das lideranças indígenas a fim de que a participação qualificada seja garantida, como apontam as recomendações das Conferências Nacionais de saúde.

O significado da participação indígena na visão das próprias lideranças indígenas foi um dos aspectos de maior relevância das entrevistas. As respostas dos entrevistados levaram a duas categorias: 1) o significado da participação a partir da visão do indígena, do que seria participação para ele, e 2) o significado da participação a partir da participação dele na sociedade nacional, da sua inserção na sociedade, em que o indígena pode exercer seus direitos de cidadania.

Tabela 2. Significados da participação

Significados de participação	Respostas
A partir do indígena	Liberdade.
	Ter voz e vez de falar.
	Expressar da forma que são.
	Reivindicar da forma que sabem.
A partir da sociedade nacional	Representação política no legislativo.
	Reivindicações ouvidas e mudanças efetuadas.

Fonte: pesquisa de campo, 2013.

A primeira forma do significado da participação foi elencada sob o prisma das lideranças indígenas: o que seria participação na visão dos índios? Para as lideranças indígenas entrevistadas, participar significa ter liberdade de se expressar, e essa liberdade está associada à forma de

expressar própria dos indígenas; esta, por sua vez, está em desacordo com a forma de mobilização na sociedade nacional.

Os enunciados “se expressar da forma que são” e “reivindicar da forma que sabem” podem significar que, para o indígena, a forma de mobilização e protesto tem similaridades com as formas legais de mobilização e protesto na sociedade nacional.

A fala abaixo é uma evidência de que os povos indígenas não estão satisfeitos com a política implementada, mesmo após a conquista da Sesai, que foi bandeira de luta do movimento por alguns anos.

Eu tava reunindo aqui, eu tava conversando com os outros de liderança aí que nós vamos entrar lá e nós vamos tirar ele no pau de lá se não for alguma pessoa lá tomar providências antes de nós chegar lá, porque nós temo nosso método, se a justiça não for fazer do jeito deles nós vamos fazer do nosso jeito! Sempre eu falei isso pra polícia federal, sempre falei pra todo mundo!

Quando a gente não resolve de um jeito, nós vamo resolvê do nosso jeito. Amarra ele no taxizeiro, no tucandeiro, em qualquer lugar, ele tem que pagar por aquilo que ele tá cometendo, é um crime que ele tá cometendo com os parentes! (Entrevistado 5, 5 de maio de 2012)

A fala do entrevistado refere-se à situação da Casai, na qual há inúmeras irregularidades no atendimento aos índios que ficam à espera de tratamento e nas condições estruturais do local. Revela toda a indignação dos indígenas e corrobora com a recente história de mobilização indígena em prol da saúde, em que prevaleceu a revolta dos índios contra a política estabelecida combatida sob a forma de sequestros, saques à Funasa, dentre outras mobilizações contra o autoritarismo e a política destruidora da cultura e dos direitos indígenas.

A outra forma identificada nas entrevistas foi o significado da participação a partir do vínculo dos indígenas com a sociedade nacional, porque, de maneira geral, as políticas implementada são levadas a cabo por meio da interlocução entre Estado e sociedades indígenas, ou seja, entre as instituições públicas e as comunidades indígenas.

Nesse caso, dois dos entrevistados relataram que a única maneira para o exercício efetivo da participação indígena seria eleger políticos indígenas para representarem os interesses dos povos indígenas no Senado e, assim, levar as propostas e institucionalizá-las. Com isso, poderiam ver suas ideias e iniciativas transformadas em lei.

A outra forma seria que as instituições públicas que desenvolvem políticas para os povos indígenas pudessem ouvir as reivindicações e efetuar as mudanças necessárias, não a partir das ideias dos técnicos e dos profissionais, mas a partir das ideias e das reivindicações sugeridas pelos indígenas, com base na realidade e nas necessidades de cada povo.

Solução pra nós indígenas, é que nós se unir mais a coletividade, nós largar a diferença de índio urbano, índio da aldeia, não existe mais isso aí. A necessidade, tanto do índio da capital como do índio do interior, piora. Então a única forma é a gente se unir, formar um parlamentar, formar uma nova equipe da saúde, que eles estão numa brincadeira, eles que comandam e dificultam o nosso acesso a nossos direitos da saúde, eles que são os verdadeiros trapalhões da nossa política indígena. (Entrevista 5, 5 de maio de 2012)

Para muitas lideranças, a representação por meio dos conselhos, não tem influenciado muito na construção das políticas em favor dos indígenas. Como demonstra a fala a seguir.

Foi criado um conselho há algum tempo aí, e esse conselho também não tem força, não tem força pra decidir por todos, a gente precisa ter mais lideranças na discussão pra poder... a gente ter acesso... porque a gente não tem um, uma autoridades lá dentro que defenda nossos projetos, nossas propostas, nós precisamos ter realmente alguém. (Entrevistado 3, 5 de maio de 2012)

Essa situação pode estar associada ao fato de que a diversidade de nações indígenas pressupõe uma pluralidade de necessidades e interesses, e que a simples representação em conselhos não abrange a diversidade das nações que não estão representadas.

O movimento indígena reivindica interesses gerais das populações indígenas, mas nem sempre são reivindicações e interesses de todos os indígenas. Não há um único caminho; os interesses não são comuns a todos os índios. Deve-se considerar que aquilo que a sociedade nacional aprendeu com a experiência do movimento indígena é apenas parcial e não representa a totalidade das populações indígenas.

Quanto à participação, vem sendo considerada objeto e condição de financiamento, não como processo ético-moral e metodológico (Santos-Luciano, 2008). Ela tem sido mero detalhe formal legitimador. Essa afirmativa corrobora com a realidade do DSEI para os quais a participação é encorajada, as comunidades são chamadas para reuniões, debates, discussões e algumas lideranças opinam, mas com poder de decisão restrito sobre os rumos da política. O autor explica que isso ocorre porque, mesmo consentidos e geridos pelos indígenas, os projetos seguem princípios da burocracia estatal e têm repercutido em conflitos e tensões nas aldeias, processos que são omitidos nos relatórios técnicos e de gestão, e é por meio das lideranças que o branco viola as formas de organizar os trabalhos e as tomadas de decisão nas aldeias.

Considerações finais

No estado do Amazonas, percebe-se que a migração indígena teve papel determinante na construção da atual feição da cidade de Manaus

com a formação de verdadeiras tribos urbanas espalhadas pelas quatro zonas da capital.

Essa demanda não é absorvida pela Sesai, cuja estratégia de ação dirige-se às aldeias indígenas, deixando de fora, em média, sete mil índios cuja demanda é direcionada às instituições de saúde do SUS de média e alta complexidade. Esse fato tem gerado problemas graves de acesso à saúde dos povos indígenas da cidade e desencadeado inúmeros conflitos devido à falta de suporte para atender às especificidades dos indígenas. Esse conflito se estende aos índios que moram nas aldeias, já que há falta de recursos da Sesai para atender a estes e aos que vêm da cidade.

A pesquisa apontou que esse é um dos principais desafios a ser enfrentado pelas políticas locais de Manaus, ou seja, encontrar nos dois níveis de assistência à saúde potenciais comuns. A interlocução das diferentes estratégias e o diálogo entre os setores são ferramentas importantes e necessárias para a superação dos problemas que exigem soluções imediatas para minimizar os impactos nocivos aos povos indígenas, sobretudo, a dupla exclusão a que estão submetidos.

Quanto às ações no âmbito da Sesai, os obstáculos são inúmeros; dentre os quais, destacam-se:

- a realidade territorial e geográfica das cidades amazônicas torna a política onerosa, incapaz de responder às necessidades das populações que vivem nas áreas indígenas;
- os convênios estabelecidos entre a Sesai e as ONGs desresponsabilizam o Estado e desviam os potenciais indígenas, bem como desnudam os movimentos sociais dos sentidos de sua existência;
- a política de recursos humanos ainda sofre inúmeros problemas (por exemplo, a impossibilidade de manter uma equipe completa e capacitada nas áreas indígenas e, ao mesmo tempo, manter os ASI treinados para prestar atendimento dentro das condições mínimas ideais);
- o quantitativo de profissionais nas aldeias está aquém da necessidade, não dando conta da demanda indígena e da necessidade do serviço, além da falta de preparo para lidar com as dimensões culturais presentes nas práticas de saúde indígena;
- a contratação de ONGs para prestar serviços de saúde em áreas indígenas carece de inúmeros problemas (por exemplo, a inconsistência dos contratos que são, constantemente, substituídos pela falta de qualificação técnica, para citar um caso);
- a distância entre as comunidades indígenas e as condições geográficas e climáticas têm se constituído em um dos maiores entraves para efetivar as ações de saúde nas aldeias.

Nesse sentido, incorporar as reivindicações indígenas às inovações e às mudanças operadas, no bojo das políticas de saúde, não tem significado melhorias para a qualidade do atendimento e para mudanças efetivas no cotidiano da vida das populações indígenas.

Referências

- Athias, R. e Machado, M. (2001). A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saude Pública*, 17(2), 425-431. Consultado el 13 de enero del 2016 en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4187.pdf>.
- Bonfil, G. (1982). El etnodesarrollo: sus premisas jurídicas, políticas y de organización. Em F. Rojas (ed.), *América Latina: etnodesarrollo y etnocidio* (pp. 131-146). San José de Costa: Flacso.
- Confalonieri, U. E. C. (1989). O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cad. Saude Pública*, 5(4), 441-450.
- Instituto Socioambiental. (2006). Povos Indígenas no Brasil (2001 a 2005). Recuperado de <https://pib.socioambiental.org/pt/c/quadro-geral>.
- Langdon, E. J. e Garnelo, L. (orgs.). (2004). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Laudato, L. (2009). *Ritmos e rituais Yanomami*. Manaus: Faculdade Salesiana Dom Bosco (FSDB).
- Little, P. E. (2002). Etnoecologia e direitos dos povos: elementos de uma nova ação indigenista. Em A. C. S. Lima e M. B. Hoffmann (orgs.), *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista* (pp. 39-48). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Marqués, I. M. da S. F. (2003). *A política de atenção à saúde indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá — Mato Grosso* (tese inédita). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Monteiro, P. (org.). (2006). *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo.
- Oliveira, R. C. (1998). *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo Quinze; São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Perrot, D. (2008). Quem impede o desenvolvimento circular? (Desenvolvimento e povos autóctones: paradoxos e alternativas). *Revista Caderno de Campo*, (17), 219-232.
- Santos, S. C. (org.). (2006). *Memória da antropologia no sul do Brasil*. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- Santos-Luciano, G. J. (2008). Povos indígenas e etnodesenvolvimento no Alto Rio Negro. Em E. Athias e R. Pahim Pinto (orgs.), *Estudos indígenas: comparações, interpretações e políticas* (pp. 27-44). São Paulo: Contexto e Fundação Carlos Chagas.
- Souza-Lima, A. C. e Barroso-Hoffmann, M. (orgs.). (2002). *Além da tutela. Bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Stavenhagen, R. (1984). *Etnodesenvolvimento: uma dimensão ignorada no pensamento desenvolvimentista*. Anuário Antropológico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Fontes primárias

[309]

Entrevistas

Entrevistado 3. (2012, 5 de maio). Entrevista por autora. Manaus.

Entrevistado 5. (2012, 5 de maio). Entrevista por autora. Manaus.

Regulamentos

Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1999. Subsistema de atenção à saúde indígena, Brasília. Consultado el 14 de enero del 2016 en de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm

Presidência da República. Lei 12.314 de 2010. Brasília. Consultado el 14 de enero del 2016 en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm.

Presidência da República. Lei 9.394 de dezembro de 1996. Brasília. Consultado el 14 de enero del 2016 en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.

Presidência da República. Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999. Subsistema de Saúde Indígena. Brasília. Consultado el 14 de enero del 2016 en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm.