

OS DESAFIOS PARA PARTICIPAÇÃO CANELA NA SAÚDE INDIGENISTA

Diego Rodrigo Pereira

Secretaria de Estado da Educação (SEDUC)

OS DESAFIOS PARA PARTICIPAÇÃO CANELA NA SAÚDE INDIGENISTA

Resumo: O artigo analisa o modelo de saúde previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a participação do povo Canela diante dos saberes tradicionais da própria comunidade e os serviços biomédicos oferecidos. Aponta que a participação Canela tem se dado através da atuação dos agentes indígenas de saúde e por meio do controle social dos conselhos local e distrital de saúde indígena. Desta forma, tais agentes têm atuado como meros auxiliares dos técnicos biomédicos, sem que haja uma articulação com os saberes indígenas outrora vigentes nas aldeias. Ademais, a representação nos conselhos local e distrital expressa uma violência simbólica por parte do Estado, pois a delegação do poder dada aos Canelas destina-se a uma parcela mínima, e tal fato não se constitui uma prática na aldeia, tendo em vista que as decisões são tomadas, contando com a participação de todos os membros e não de uma parcela irrisória como o Estado determina. Constata que, na implementação da atual política, não tem ocorrido o reconhecimento à especificidade dos povos indígenas frente aos saberes tradicionais. Desta forma, é necessária a construção e promoção de ações específicas e diferenciadas de saúde, que visem o respeito aos aspectos socioculturais desse povo.

Palavras chave: Participação indígena, controle social, saberes indígenas.

CHALLENGES FOR CANELA'S PARTICIPATION IN THE INDIGENOUS HEALTH

Abstract: The health model provided in the Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (National Policy for the Indigenous People Health) and the participation of the Canela's people with relation to traditional knowledge of the community and the biomedical services offered was analyzed in this paper. Points out that Canela's participation has been given through the indigenous health agents and through the social control of local and district councils of indigenous health. Thus, these agents have acted as mere auxiliaries of biomedical technicians, without an articulation with indigenous knowledge formerly existing in the villages. Moreover, the representation in local and district councils expresses a symbolic violence by the state, because the delegation of power given to Canelas is intended to a minimum portion and this fact does not constitute a practice in the village, once the decisions are taken with the participation of all members, not an insignificant amount as the State determines. States that, in the implementation of the current policy has not occurred the recognition of indigenous specificity compared to traditional knowledge. So, it is necessary the construction and promotion of specific and differentiated health actions, which aim to respect the sociocultural aspects of this people.

Key words: Indigenous participation, social control, indigenous knowledge.

Recebido em: 08.04.2015 Aprovado em: 25.09.2015

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo foi elaborado com base em uma pesquisa realizada no âmbito do projeto *Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena*, desenvolvido na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), através de convênio com o Programa Pesquisa para o SUS-PPSUS/2004.

A pesquisa teve como principal referência empírica o modelo de saúde indigenista previsto na atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com vistas a compreender a participação indígena e a correlação entre os saberes tradicionais dos povos indígenas e os serviços de saúde a eles oferecidos.

No presente artigo, são analisadas as formas de participação previstas na PNASPI, bem como das que os Canelas constroem para formulação e promoção de ações específicas e diferenciadas de saúde, que visem o respeito aos seus aspectos socioculturais.

Os Canelas, povo escolhido como campo de investigação, falam uma língua classificada na família linguística Timbira, tronco Macro-Jê (RODRIGUES, 1986) e habitam a terra indígena Canela, localizada em Fernando Falcão, no estado do Maranhão.

Trata-se de uma pesquisa descritiva como forma de conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem no âmbito da saúde indigenista. Foram utilizadas como fontes etnografias sobre os Canelas, documentos do Ministério da Saúde (MS) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), além dos registros das observações de campo no subpolo *Ramkokamekrá*-Canela, em Barra do Corda e no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI/MA), em São Luís, associados aos discursos de funcionários que trabalham com a saúde indigenista, especificamente, com o povo Canela.

Sobre o povo Canela, é de grande valia ressaltar que alguns deles reivindicam ser chamados pelo nome *Ramkokamekrá*, denominação que lhes foi conferida por uma organização não governamental durante a década de 1990. Para Oliveira (2008), as denominações *Ramkokamekrá* e Canela, são alvos de debates e discussões tanto interna, ou seja, pelo próprio grupo, quanto externamente, de forma acadêmica. Ambas as denominações são reconhecidas por esse povo para aludir à sua identidade. Canela também é nome pelo qual ficou conhecido na sociedade local, o povo *Apaniekrá*, que vive em terra vizinha¹.

A forma como o povo Canela se organiza e estabelece suas regras de convívio vai sendo construída na relação com a sociedade brasileira e com outros povos indígenas que vivem no entorno. Nesse sentido, buscar compreender como os Canelas participam no processo de atendimento à saúde implica conhecer um pouco mais sobre esse povo, de modo a compreender melhor sua dinâmica de participação.

Em 31 de janeiro de 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 254 aprovou a PNASPI, tendo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como gestora da saúde indigenista no Brasil². A construção da PNASPI é recente, e com sua elaboração, desloca-se a saúde indigenista para o SUS, com princípios e diretrizes específicos e exclusivos, embora coerentes com os da Política Nacional de Saúde (PNS).

A efetivação do acesso à saúde por parte dos povos indígenas está prevista na PNASPI por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). No Maranhão, com o objetivo de promover essa reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias necessárias, ocorreu a instalação de somente um DSEI, com sede em São Luís, para atender aos oito povos indígenas que vivem no estado.

Nas aldeias, a atenção básica deve ser realizada por meio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e pelos técnicos em enfermagem, nos postos de saúde. Os Canelas são atendidos no posto de saúde localizado na aldeia Escalvado e em suas casas, quando os técnicos em enfermagem e os AIS fazem visitas aos domicílios na aldeia.

Outra instância de atendimento no âmbito da saúde indigenista são os polos-base.

Os polos-base são a primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias e podem estar próximos das terras indígenas ou num município de referência. (BRASIL, 2002, p. 14).

Os cinco polos-base, inicialmente criados no Maranhão, situavam-se nos municípios de Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú e Zé Doca.

Posteriormente, em decorrência da demanda indígena, houve a ampliação, de cinco para treze polos/subpolos. São eles: Amarante (três), Arame (dois), Barra do Corda (três), Grajaú (três), Santa Inês (um) e Zé Doca (um). Atualmente, existe em Barra do Corda, um subpolo para o atendimento exclusivo dos Canelas (**Foto 1**).

De acordo com a complexidade dos problemas de saúde, os Canelas são encaminhados ao subpolo *Ramkokamekrá*-Canela, que deverá estar preparado para o atendimento médico aos Canelas, e também servir de alojamento quando estes precisarem ser atendidos em um hospital de Barra do Corda. Os casos que não estiverem ao alcance do tratamento

oferecido pelo subpolo são encaminhados para a rede de serviços do SUS.

Foto 1 - Vista frontal do subpolo *Ramkokamekrá*-Canela em Barra do Corda



Fonte: Acervo pessoal.

2 O CONTROLE SOCIAL: os agentes indígenas de saúde e os Conselhos Local e Distrital de saúde indígena

Segundo Neumann (2001), o controle social deve ser entendido como uma prática que pode ser feita individualmente, por qualquer pessoa ou por um grupo de pessoas, e tem como objetivo fiscalizar os recursos públicos, dialogar com o governo, propor programas, projetos e outras iniciativas que visem aplicar os recursos públicos em benefício da população. A autora acrescenta que fazer controle social vislumbra a participação da sociedade nas discussões com o governo no que se refere às suas próprias necessidades, acompanhando a execução do que foi planejado junto.

Segundo Neumann (2001, p.1)

[...] os conselhos, as organizações indígenas e outros movimentos sociais são formas organizadas que podem realizar o controle social.

A valorização e incentivo das práticas indígenas, articuladas com as ações de saúde dos DSEI, preveem que o controle social por parte dos povos indígenas deve ocorrer desde as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, contemplando expressões formais e informais (BRASIL, 2002). Nesse sentido, a participação indígena deve ocorrer na realização de discussões e debates que envolvam lideranças indígenas como

o pajé, a parteira, o curador, entre outras lideranças tradicionais que tratam a saúde a partir do contexto local.

A política em questão, parte do princípio do

[...] respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. (BRASIL, 2002, p. 18).

A articulação entre saberes indígenas e práticas biomédicas para execução de ações de saúde adequadas, constitui uma dessas formas de reconhecimento e respeito à diversidade social e cultural de cada povo indígena. Assim, para que o diálogo entre tais saberes realmente ocorra, os serviços de atendimento à saúde indigenista prevê que uma das formas da participação indígena deverá ocorrer na atuação como AIS.

A política indigenista de saúde coloca os AIS como responsáveis pela articulação entre os saberes indígenas e os saberes biomédicos no nível da atenção básica nos postos de saúde, juntamente com as equipes multidisciplinares³ (BRASIL, 2002). O povo Canela conta atualmente com catorze AIS que trabalham oito horas por dia, além de três Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e um auxiliar de farmácia. Na prática, como foi observado, os AIS não fazem qualquer tipo de articulação entre os saberes e práticas indígenas e a medicina ocidental, e basicamente realizam atividades de identificação de sintomas de tuberculose e pesam gestantes e crianças de zero a cinco anos. Os AISAN são os responsáveis pelas atividades de saneamento na aldeia, enquanto o auxiliar de farmácia faz a distribuição de medicamentos, confere validade e faz solicitação de remédios.

Os cargos de AIS do posto de saúde da aldeia Escalvado são ocupados por Canelas indicados pelo chefe do subpolo *Ramkokamekrá*-Canela, a serem capacitados e certificados pelo subpolo. O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde é definido conforme a diretriz específica da política indigenista e deverá ser desenvolvido em serviço e de forma continuada (BRASIL, 2002).

A formação e capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (BRASIL, 2002, p.15).

Na teoria, a formação dos AIS visa prepará-lo para articulação dos conhecimentos e recursos da medicina ocidental com as práticas culturais de seu povo. Esse processo de formação é elaborado

a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o que logo reflete a falta de especificidade com relação à saúde indigenista. Percebe-se um desrespeito quanto à diversidade de costumes e organização social dos povos indígenas, já que o Estado brasileiro toma como referência para a formação dos AIS, uma lei elaborada no âmbito do Ministério da Educação, cujos parâmetros educacionais são voltados à sociedade nacional, e não fazem referência a um processo educacional específico e diferenciado para os povos indígenas.

No que se refere aos AIS Canela, a chefe de enfermagem do subpolo *Ramkokamekrá*-Canela relata que

[...] não presenciou qualquer capacitação para esses agentes no período de dois anos. Os AIS apenas recebem explicações das técnicas sobre algumas doenças. (Informação verbal)⁴.

Ademais, não há qualquer tipo de orientação sob a responsabilidade de instrutores devidamente capacitados, como prevê a PNASPI, nem tão pouco há diálogo entre profissionais de serviço de saúde e lideranças indígenas.

Apenas os conhecimentos biomédicos são repassados aos AIS, relegando os saberes Canela a um segundo plano. Tal situação vai contra a própria PNASPI que expressa que o processo de formação dos AIS

[...] deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. (BRASIL, 2002, p. 16).

Além disso, percebe-se a falta de preocupação do Estado em preparar os profissionais que irão atuar junto aos povos indígenas, a não ser a formação nos moldes da biomedicina. A categoria *diálogo intolerante* (OLIVEIRA, 2000) serve para explicar os contrapesos que dificultam a articulação desses saberes, enfatizando dificuldades na comunicação entre sociedades com campos semânticos tão diferentes. Todavia, isso não tem se constituído objeto de preocupação do Estado, muito menos dos povos indígenas, uma vez que os Canelas se preocupam mais em estar engajados na luta por mais vagas de AIS, visto que recebem salários pagos pelo Estado.

Diante disso, o ocorrido durante a IX reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão (CONDISI/MA), nos dias 20, 21 e 22 de outubro de 2010 exemplifica esse contexto. Estava entre a pauta de reivindicações indígenas, a contratação de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, e principalmente AIS. Quanto à capacitação inicial dos futuros AIS, somente foi anunciado que o plano anual de capacitações

aprovado em reunião anterior, já havia sido enviado a Brasília para ser aprovado. Para explicar a demora na aprovação do projeto de capacitação, alegaram-se problemas de questão orçamentária, já que cada capacitação custaria em torno de seiscentos mil reais para o Governo Federal.

Ainda sobre a participação indígena:

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. (BRASIL, 2002, p. 21).

Importantes instâncias do controle social da saúde indigenista, os Conselhos Locais e Distritais de Saúde, também são formas da *participação indígena* que visam promover a articulação dos saberes e práticas dos povos indígenas com os serviços biomédicos oferecidos.

Na prática, observou-se que os Conselhos Locais e o Conselho Distrital no Maranhão possuem pouco funcionamento. Apesar dos índios atendidos no DSEI/MA demonstrarem grandes expectativas quanto à atuação dos conselhos (CRUZ, 2007), esses responsáveis pelo controle social da saúde indigenista no Maranhão foram instituídos recentemente e já foram desativados em diversas ocasiões.

O CONDISI/MA foi organizado no ano 2001, e desde a sua formação, as reuniões dos conselheiros não se constituíram uma prioridade para o DSEI/MA (CRUZ, 2007). Em alguns anos, inclusive, não foram realizadas reuniões. No ano 2006, este conselho deixou inclusive de funcionar, já que uma reunião convocada para sua recomposição foi adiada, vindo a acontecer somente em 2007.

As capacitações aos conselheiros que deveriam ser programadas anualmente, dificilmente ocorrem. Segundo Cruz (2007), a solicitação de capacitações dos conselheiros indígenas é um dos temas recorrentes das reuniões do CONDISI/MA. A não realização dessas capacitações é justificada pelo atraso de recursos financeiros repassados ao DSEI/MA. Consoante o articulador do CONDISI/MA,

[...] no ano de 2010 devido à transição do subsistema para o Ministério da Saúde não foi possível realizar capacitação para os conselheiros, mas é programada uma capacitação por ano. (Informação verbal)⁵.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena no Maranhão (CLSI/MA) anteriormente eram formados

exclusivamente por indígenas usuários em suas próprias comunidades indígenas, porém não eram reconhecidos legalmente. Com a aprovação da Resolução CONDISI-MA N° 003/2009, o processo de formação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) passaram a ser formados por polo-base, e compostos de forma paritária sendo: 50% de indígenas usuários, 25% de gestores e prestadores de serviços e 25% de trabalhadores da saúde. A nova composição dos conselhos locais não inclui necessariamente a participação de lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros como prevê a PNASPI. No caso específico do Conselho Local de Barra do Corda, no qual o povo Canela participa, sua composição ocorre da seguinte forma no **Quadro 1**.

Almeida Filho (2010, p. 24-25) explica o papel do CLSI da seguinte forma:

Os conselheiros têm a legitimidade de opinar sobre as necessidades da comunidade em relação à ação e os serviços de saúde que lhes são oferecidos, avaliar a execução das ações de saúde na área de abrangência do conselho, indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e fazer recomendações ao Conselho Distrital. O conselho local não tem poder de deliberação, restringindo-se às discussões sobre os serviços de saúde executados em sua área.

O que deveria ser instâncias privilegiadas para articulação com gestores locais (BRASIL, 2002) os conselhos locais no Maranhão não executam qualquer atividade, nem mesmo requerem providências ou intervenção nas ações e serviços executados dentro das aldeias. Ademais, não existe qualquer articulação e apoio às ações do CLSI de Barra do Corda por parte do CONDISI/MA.

A formação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) é reconhecida por meio da Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990. Segundo Neumann (2001), o CONDISI é uma forma oficial e até obrigatória de fazer o controle social da saúde indigenista. Órgão consultivo e deliberativo, o CONDISI possui mais atribuições em relação ao CLSI, já que o último é somente de caráter

consultivo. Para Neumann (2001), o CONDISI não só tem um poder maior em relação ao CLSI, mas tem a obrigação de fazer o controle social, cuidando que os índios tenham uma boa assistência à saúde e que saibam como prevenir doenças, começando em casa e na comunidade. O Regimento Interno do CONDISI/MA no Art. 2° afirma:

Art. 2° - O Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão – CONDISI-MA, tem por finalidade deliberar e supervisionar assuntos e políticas relacionados ao campo da saúde indígena como, também sobre quaisquer ações e serviços de saúde prestada por instituições públicas, privadas e entidades não Governamentais, aos povos indígenas da área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão – DSEI-MA. (MARANHÃO, 2009a).

Para fazer parte do CONDISI/MA não precisa necessariamente ser do CLSI, porém este último deve referendar o nome do Conselheiro Distrital. A composição do CONDISI/MA obedece paritariamente a 50% dos usuários representantes dos povos indígenas do Maranhão, 25% de gestores e prestadores de serviço e 25% de trabalhadores de saúde, sendo composto por 44 membros, distribuídos da seguinte forma no **Quadro 2**.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários (BRASIL, 2002). Todavia, o regimento interno do CONDISI/MA ao colocar que deve haver a indicação de um usuário do povo Canela, considera os índios Canelas da aldeia Escalvado e os índios Apaniekrá da aldeia Porquinhos, como se fossem um só povo, implicando na indicação de um só representante para os dois povos. Como cada conselheiro possui um suplente, que o representará em seu impedimento legal junto ao CONDISI/MA, os Canelas e os Apaniekrá têm se revezado nos cargos de conselheiro e suplente a cada mandato. Canelas e Apaniekrá, além de povos com culturas específicas, possuem necessidades e reivindicações divergentes.

O membro suplente, apesar de poder participar das reuniões do CONDISI/MA, possui apenas o direito a voz, e apenas na ausência do membro titular, atuará como substituto, com direito a voto. Dessa forma, quando o cargo de conselheiro

Quadro 1 - Distribuição dos representantes no CLSI de Barra do Corda

Polo-base de Barra do Corda	
I.	Um representante dos usuários indígenas por cada subpolo;
II.	Três trabalhadores da saúde indígena que desenvolvem suas atividades no Polo;
III.	Três representantes dos Gestores e prestadores de serviços de saúde indígena no estado do Maranhão.

Fonte: MARANHÃO. Ministério da Saúde. Fundação Nacional e Saúde. Coordenação Regional do Maranhão. **Resolução CONDISI/MA n° 003/2009**. São Luís, 2009b.

Quadro 2 - Distribuição dos representantes no CONDISI/MA

Usuários representantes indígenas:	
Polo Base Amarante:	
01	Representante Guajajara
01	Representante Gavião
01	Representante Krikati
01	Representante Guajajara de Bom Jesus das Selvas
Polo Base Arame:	
01	Representante do Angico Torto
01	Representante Lagoa Vermelha
01	Representante Zutiwa
Polo Base Barra do Corda:	
01	Representante do Povo Canela
01	Representante do Povo Timbira
01	Representante da Katu Ipej
01	Representante da Zawity
01	Representante da Kwarahy
01	Representante da Ywyporang
Polo Base de Grajaú:	
01	Representante do Bacurizinho
01	Representante do Bananal
01	Representante do Ipú
01	Representante do Morro Branco
01	Representante Coquinho
01	Representante do Urucu-Juruá
Polo Base Santa Inês:	
01	Representante do Povo Guajajara
Polo Base Zé Doca:	
01	Representante do Povo Ka'apor
01	Representante do Povo Awá Guajá
Dos Gestores e Prestadores de Serviços:	
01	Representante da FUNASA/GABINETE
01	Representante da FUNASA/DSEI
01	Representante da FUNASA/DIESP
01	Representante da FUNASA/CASAI
01	Representante da FUNAI/SEDE
01	Representante da FUNAI/ESTADO
01	Representante da Secretaria Estadual de Saúde – SES
01	Representante da Universidade Federal do Maranhão – UFMA
01	Representante da COAPIMA
01	Representante da Missão Evangélica Caiuá
01	Representante do Conselho Estadual de Saúde – CES/MA
Dos Trabalhadores no Setor Saúde:	
05	Representantes do Nível Superior
03	Representantes do Nível Médio
03	Representantes do Nível Elementar

Fonte: MARANHÃO. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional do Maranhão. **Regimento Interno do CONDISI/MA.** São Luís, 2009a.

estiver com um *Apaniekrá* e a suplência estiver com um Canela, este último pode deixar de propor ao órgão executor da saúde indigenista no Maranhão, as reivindicações que visem solucionar os problemas de sua aldeia, bem como pode acontecer o contrário, quando um Canela estiver com o cargo de titular e um *Apaniekrá* com a suplência. Atualmente, a vaga do Povo Canela, denominação usada no regimento interno do CONDISI/MA para tratar os dois povos, é representada por *Apaniekrá* e Canela, titular e suplente respectivamente.

Percebe-se que a intolerância continua gerando conflitos entre brancos e índios. Os primeiros continuam se impondo como superiores e possuem uma visão de mundo pautada em uma lógica própria, pela qual direcionam suas ações, planos e metas. Já os últimos percebem o mundo de forma bastante diferente da visão da sociedade brasileira.

A própria delegação do poder de decidir somente alguns representantes indígenas não se constitui prática indígena. “Para os povos indígenas, o poder de decisão encontra-se centrado na aldeia, onde todos têm a oportunidade de participar.” (CRUZ, 2008, p. 188). Para a autora, se ignora que existam diferenças entre a forma de organização ocidental e as dos povos indígenas.

Ao mesmo tempo em que o Estado apresenta um discurso que enfatiza a participação indígena dentro do contexto de respeito à diferença, define as regras, os lugares e as formas como esta participação deve ocorrer. (CRUZ, 2007, p. 67).

A reunião do Conselho Local Canela⁶, realizada em 27 de abril de 2008 na aldeia Escalvado e a IX reunião ordinária do CONDISI/MA realizada nos dias 20, 21 e 22 de outubro de 2010 no DSEI/MA, ilustram como os índios se recusam a aceitar a forma de representação imposta pela PNASPI. A ata da referida reunião do Conselho Local contém deliberações tomadas por todos da comunidade que se fizeram presentes na discussão. Entre as deliberações tomadas pelos Canelas, nessa reunião, uma reivindicação pela estruturação dos serviços de saúde no município de Fernando Falcão foi feita, já que o acesso a esse local se torna mais fácil para os Canelas. Na segunda, do CONDISI/MA, observou-se que, apesar da ausência do conselheiro titular ou suplente, ninguém os substituiu com o poder de voto, e vários Canelas se fizeram presentes nessas reuniões e, principalmente, participavam das discussões. Para Almeida Filho (2010), essa atitude favorecerá uma adaptação do modelo oficial de controle social aos interesses Canelas.

Durante a IX Reunião Ordinária do CONDISI/MA, a todo o momento os índios se referiam à necessidade de reformar e ampliar alguns postos de saúde, contratação de médicos, enfermeiros e técnicos, além de aquisição de nova frota de veículos. Os descumprimentos dessas reivindicações os preocupam. Eles criam expectativas com base na elaboração de um planejamento que poderá não ser executado, visto que a saúde indigenista em pouco tempo terá como gestor outro órgão, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), e os índios não sabem qual o modelo de atenção à saúde indigenista será adotado por essa secretaria.

Cabe citar que no âmbito da FUNASA, a maioria dessas reivindicações nunca foram

cumpridas. Nos anos 2003 e 2004 foram realizadas cinco reuniões, ambas marcadas por discussões sobre a precariedade nos serviços de saúde oferecidos nas aldeias e cobranças de recursos humanos. Cruz (2007) coloca que apesar de acatadas pelo CONDISI/MA, as deliberações nunca eram plenamente atendidas pela FUNASA, em nível central.

Almeida Filho (2010) acrescenta que na maioria das reuniões do CONDISI/MA, as discussões são sempre voltadas para essas questões da burocracia ocidental, tais como repasse de recursos, contratação de pessoal, prestação de serviços biomédicos. Não somente o atendimento básico no posto de saúde da aldeia, a formação, capacitação e atuação dos AIS, também a participação dos índios no planejamento das ações indigenistas de saúde, desconsideram os aspectos socioculturais do povo Canela.

O que sempre imperou foi a intolerância e o desrespeito com os povos indígenas, impossibilitando a concessão de direitos de *cidadania diferenciada*⁷ (KYMLICKA, 1996) a essas sociedades culturalmente diferentes. Ainda que apresente um forte discurso de respeito com os povos indígenas, concessões limitadas por parte do Estado Nacional não atendem a uma *cidadania diferenciada* e um reconhecimento pleno dessas diferenças.

3 CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que não ocorre articulação entre saberes canelas e práticas biomédicas no cotidiano do posto de saúde da aldeia Escalvado. Ocorre que tanto os AIS quanto os técnicos biomédicos não são preparados em cursos de capacitação que atendam a essas especificidades. Contudo, isso não é objeto de preocupação dos Canelas, conforme observado na reunião do CONDISI/MA; eles estão mais preocupados na criação de mais vagas de AIS, em virtude dos salários que recebem, conferindo um melhor estilo de vida a eles.

Não há atuação conjunta entre o CLSI de Barra do Corda e o CONDISI/MA. O Conselho Local dos Canelas, quando tinha em suas composições somente indígenas usuários, não era reconhecido pelo DSEI/MA, e com sua formação legitimada pela Resolução CONDISI-MA Nº 003/2009, em nada alterou sua atuação. Nesse conselho, agora denominado de Conselho Local de Barra do Corda, a participação Canela se resume na ocupação de cargos de conselheiro, sem se reunir para discutir sobre as necessidades da comunidade no âmbito da saúde indigenista.

Os conselheiros distritais também não são mais atuantes que os membros do conselho local. O acompanhamento da execução dos serviços de saúde, feito por estes, se resume a participar de reuniões que tratam de elaboração da programação

orçamentária e financeira. Não há qualquer discussão relacionada a diretrizes específicas no campo da saúde indigenista a serem aplicadas aos povos indígenas do Maranhão. E a execução de ações de fiscalização dos serviços de saúde que lhes são oferecidos, só ocorre na forma de cobrança de falta de profissionais de saúde, reformas dos postos de saúde, etc.

Como prescreve Coelho (2008, p. 26),

[...] a participação indígena no discurso oficial, assim como em sua implementação, tem se colocado como retórica no cotidiano das ações indigenistas de saúde.

Percebe-se, que a saúde indigenista no Brasil, tem sua construção pautada pela racionalidade ocidental, e não conta com a plena participação indígena em suas etapas de planejamento e execução.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Carlos Lourenço de. **Políticas indigenistas de saúde e os saberes tradicionais canela**. 2010. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**: aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. (DOU nº 26, Seção 1, p. 46-49, de 6 de fevereiro de 2002). 2. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2010.

COELHO, Elizabeth Maria Beserra. A saúde e a educação indigenistas no Maranhão. In: _____ (Org.). **Estado Multicultural e Políticas Indigenistas**. São Luís: EDUFMA-CNPq, 2008.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. Distritos Sanitários Especiais Indígenas: o específico e o diferenciado como desafios. In: COELHO, Elizabeth Maria Beserra (Org.). **Estado Multicultural e Políticas Indigenistas**. São Luís: EDUFMA-CNPq, 2008.

_____. **Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista**. 2007. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

KYMLICKA, Will. **Ciudadanía multicultural: uma teoria liberal de los derechos de las minorías**. Barcelona: Paidós, 1996.

MARANHÃO. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional do Maranhão. **Regimento Interno do CONDISI/MA.** São Luís, 2009a.

_____. _____. _____. _____. **Resolução CONDISI/MA nº 003/2009.** São Luís, 2009b.

NEUMANN, Zilda Arns. Saúde Indígena e Controle Social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA: construindo e avaliando o sistema de saúde indígena, 3., 2001, Luziânia. **Anais...** Luziânia: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=455> Acesso em: 14 maio 2010.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. **Ritos, Corpos e Intermedialidade: análise das práticas de resguardos de proteção entre os Ramkokamekra/Canela.** 2008 Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

_____, Roberto Cardoso de. Sobre o diálogo intolerante. In: _____. **O trabalho do antropólogo.** São Paulo: UNESP, 2000.

RODRIGUES, Aryon Dall'igna. **Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas.** São Paulo: Edições Loyola, 1986.

NOTAS

¹ Os *Ramkokamekrá* e *Apaniekrá* são designados, pelos não índios, como Canelas, embora constituam povos distintos. Neste artigo abordamos exclusivamente os *Ramkokamekrá*. Utilizamos o termo Canela, pois o que é designado *Ramkokamekrá* envolve diferentes povos que foram pressionados a viver juntos em uma mesma aldeia, sendo *Ramkokamekrá* apenas um deles. A aldeia Escalvado, reúne os seguintes povos: *Ramkokamekrá*, os *Më möltümre*, *Iromcatêjê*, *Xookämmëkra*, *Carëkämmëkra* e *Crôôrekâm Mehkra*.

² Sempre que usar o termo saúde indigenista, ao longo do artigo, estou me referindo às práticas de saúde do sistema médico-ocidental, destinadas ao tratamento dos povos indígenas. Entendo o termo saúde indígena como concepções sobre doença e saúde, bem como formas de tratamento próprios dos povos indígenas. Todavia, o Estado brasileiro utiliza-se do termo saúde indígena para se referir ao atendimento de saúde que o mesmo oferece no tratamento dos povos indígenas.

³ As equipes multidisciplinares de saúde dos DSEI deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

⁴ Dados retirados da entrevista com a Chefe de enfermagem.

⁵ Dados retirados da entrevista com o articulador do CONDISI/MA.

⁶ Esse conselho era constituído somente por usuários indígenas Canela e não era reconhecido legalmente pelo DSEI/FUNASA-MA. Somente com a homologação da Resolução nº 003 de 4 de dezembro de 2009, os processos de formação dos CLSI/MA foram disciplinados.

⁷ Categoria que se refere à adoção de direitos poliétnicos, de representação ou autogoverno, específicos em função do grupo (KYMLICKA, 1996).

Diego Rodrigo Pereira

Sociólogo

Especialista em Educação de Jovens, Adultos e Idosos (EJAI) pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) Professor do Centro de Ensino Dr. João Bacelar Portela, vinculado à Secretaria de Estado da Educação (SEDUC) do Maranhão

E-mail: diegoantropologo@hotmail.com

Secretaria de Estado da Educação (SEDUC)

R. Condé D'eu, 140 - Monte Castelo, São Luís - MA
CEP: 65030-330