



I - (ANTEPROJETO)

"PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DA PRÉ-AMAZONIA ORIENTAL"

(plano de trabalho para as etapas de levantamento de dados e de elaboração do Programa)

Descrição sucinta:

Trata-se de um plano de múltiplas ações que visa levantar subsídios para:

a curto prazo,

- estabelecer um diagnóstico atualizado e abrangente acerca do quadro de saúde de cada comunidade indígena da região, da respectiva cobertura de serviços de saúde e assistência, das possibilidades e condições para implementação de novos projetos e das parcerias potencialmente viáveis entre instituições e entidades envolvidas (ou interessadas em envolver-se) com este campo de ação;

- definir um programa de articulação interinstitucional que estabeleça diretrizes básicas de cooperação e otimização de recursos, visando a execução de ações de atenção à saúde dos grupos indígenas da Pré-Amazônia Oriental (fronteira Maranhão-Pará), adequadas à diversidade de suas práticas culturais e opções específicas de relacionamento com a sociedade envolvente, diante das várias situações de contato;

a médio prazo,

- apoiar e estimular as iniciativas indígenas de conquista da autonomia na administração das relações que desejem manter com a sociedade envolvente, especificamente no que se refere a suas demandas por assistência à saúde;

- apoiar e estimular as iniciativas que visem definir projetos específicos de atenção à saúde voltados a cada grupo indígena da região;

- apoiar e estimular a articulação entre os diversos projetos específicos de atenção a saúde voltados a cada um desses grupos;

- fornecer novos subsídios aos projetos de educação voltados para os grupos indígenas da Pré-Amazônia Oriental;

a longo prazo,

- fornecer subsídios para a articulação entre os projetos de atenção à saúde e de educação voltados às comunidades indígenas, e aqueles voltados às demais comunidades rurais da Pré-Amazônia Oriental.

II - INTRODUÇÃO

FRONTEIRA MARANHÃO-PARÁ: UMA BASE DE ASSALTO

A região que atualmente corresponde à fronteira entre os Estados do Pará e do Maranhão desempenhou, desde o início da colonização (sec. XVI) o papel de "porta de entrada" de várias frentes de expansão da sociedade nacional em formação sobre a Amazônia.

A importância geopolítica da região para os europeus devia-se, no período colonial, às conveniências que a costa maranhense oferecia ao acesso das embarcações provenientes do Atlântico Norte.

Essa importância mede-se pelo projeto francês de, já no século XVII, ali fundar a "França Equinocial"; os franceses permaneceram no Maranhão de 1612 a 1615, quando foram expulsos pelos portugueses.

Com a definitiva conquista do Maranhão, a Corte lusa passou a contabilizar duas colônias (- independentes entre si -) na América do Sul: o Brasil, com capital na Bahia de São Salvador; e o Maranhão/Grão-Pará, com capital em São Luís do Maranhão (a unificação dessas duas colônias se daria apenas em 1823, sob imposição da administração de Pombal).

Durante a primeira metade do século XIX se configuraria o que viria a ser a estratégia básica adotada, até nossos dias, pelos grandes projetos de colonização da Amazônia: induzir a migração dos grandes contingentes de sem-terra e flagelados nordestinos para a região.

Disponível a uma distância relativamente pequena da fronteira amazônica oriental, essa mão-de-obra faminta submeteu-se, ainda hoje, às condições mais desumanas de trabalho: os nordestinos, assim, também vêm servindo de "bucha-de-canhão" para o assalto às terras indígenas, no trabalho sujo das "faxinas" iniciais genocidas (e suicidas) em áreas desconhecidas, e nas invasões não-oficializadas de áreas reconhecidas e demarcadas.

Já logo após a unificação do Brasil ao Maranhão, grandes levadas de vaqueiros cearenses e baianos foram para lá atraídos afim de forçar a submissão econômica da região ao modelo nordestino de produção. O processo culminou com o primeiro conflito em larga escala entre latifundiários e sem-terra da história do país: a aliança entre a população maranhense e os quilombolas da região gerou a "Balaiada", que proclamou a cessão do vale do Itapecuru, resistindo às tropas governamentais por dois anos (1838-1840).

Processo semelhante ocorria no Pará durante a "Cabanagem" (1835-1840). Os distúrbios e batalhas no interior do Pará, naquele período, provavelmente foram os principais causadores da migração em massa de alguns dos grupos Tupi habitantes da região do baixo vale do Tocantins, em direção ao leste: entre estes, os Urubu-Kaapor e os Guajá (Awa), que já no início deste século tinham-se instalado na região do vale do rio Gurupi.

A região da fronteira Maranhão-Pará representa, atualmente, um dos principais laboratórios sociais dos experimentos de colonização da Amazônia brasileira.

Como resultado de uma política agrária que deliberadamente favorece os mega-projetos, a especulação fundiária, a devastação e a formação de latifúndios - em detrimento das estratégias de desenvolvimento sustentado, das atividades de coleta e das lavouras de subsistência - nessa região há grandes contingentes disponíveis de mão-de-obra faminta e barata.

Essas levas de miseráveis são formadas principalmente por pequenos lavradores, desalojados e enxotados por empresas que arremataram imensas porções de terras. No Maranhão, p. ex., Companhia Maranhense de Colonização (COMARCO), criada pelo Governo em 1972 para solucionar o problema fundiário do interior do estado, terminou por estimular a implantação de grandes empresas agro-pecuárias, apoiadas pela SUDENE. As levas de lavradores desalojados e desempregados foram progressivamente migrando para o oeste, em direção aos vales do Mearim, Pindaré e Gurupi, à busca de trabalho ou de um quinhão qualquer de chão para cultivar.

Depoimentos de sem-terra da região de Buriticupu ("Presa-de-porco"), por exemplo, retratam como as gerações com mais de cinquenta anos ainda guardam a memória do tempo em que podiam viver, em pobreza mas com paz e fartura, dos produtos da caça, da pesca, da coleta e das roças familiares: é dessas gerações com mais de cinquenta anos que saem as atuais lideranças dos movimentos e organizações dos sem-terra. As gerações mais novas, que não conheceram esse tipo de relação com a terra, são as que são mais atraídas pelos sonhos de aventuras e pelas histórias de enriquecimento rápido, difundidas pelas frentes de recrutamento (induzidas, apoiadas ou simplesmente encobertas por políticos locais) de peões e de prostitutas para os garimpos espalhados por toda a Amazônia.

Essa força de trabalho tem sido drenada, além dos garimpos, para as madeireiras e carvoarias - fornecedoras de matéria-prima para as usinas de ferro-gusa que vêm sendo instaladas ao longo da ferrovia Carajás-Itaqui.

Os sem-terra e subempregados se constituem, atualmente, no fator mais evidente da constante pressão que vem sendo produzida (mesmo que indiretamente) pelos grandes projetos para o desenvolvimento da região, sobre as fronteiras das áreas ainda pouco vigiadas e relativamente preservadas, que ainda dispõem de madeira em quantidade e qualidade, ou de jazidas minerais inexploradas: - os territórios indígenas.

O interior do Maranhão e o sul do Pará tornaram-se mundialmente conhecidos, em pleno fim do século XX, por sua desgraçada paisagem social, como a principal fornecedora de mão-de-obra garimpeira para toda a Amazônia, pela grande ocorrência de trabalho escravo e de prostituição (inclusive infantil), como mercado de pistoleiros profissionais, e pela grande escalada e extrema violência de seus conflitos fundiários (- envolvendo, inclusive, grupos indígenas).

Em última análise, tanto indígenas quanto pequenos lavradores e coletores são vítimas da mesma política agrária, dos mesmos mega-projetos desenvolvimentistas - embora venham sendo

constantemente induzidos e forçados a confrontar-se mutuamente, na disputa pela terra.

Recentemente (fevereiro/1994) a grande imprensa destacou a reinvasão da área Yanomami (Roraima/Amazonas). Ao cabo de três onerosas "Operações Selva Livre", conduzidas pelo Exército, Força Aérea, Polícia Federal e FUNAI, com ações violentas e em larga escala de expulsão de peões de garimpo da área Yanomami, o governo brasileiro conseguiu apenas impressionar e convencer os segmentos de opinião pública mais vulneráveis à mídia, acerca da sinceridade de suas intenções e de seu empenho em efetivamente solucionar o problema.

Esses garimpeiros são em sua maioria maranhenses, como demonstram vários levantamentos recentes realizados entre os próprios invasores da área Yanomami; é óbvio que, enquanto não houver perspectivas de solução efetiva para o problema agrário no país, mais especialmente na Amazônia Oriental, qualquer promessa governamental de proteção das fronteiras de áreas indígenas não passará de retórica vazia, dirigida à opinião pública e sobretudo às agências internacionais de cooperação.

POVOS INDÍGENAS DA PRÉ-AMAZÔNIA ORIENTAL

A chamada Pré-Amazônia Maranhense abrange uma extensa área triangular, entre os rios Gurupi (a oeste) e Pindaré (a leste), coberta por um ecossistema diferenciado: uma floresta tropical densa, formada por árvores altas e com grande ocorrência de palmeiras de babaçu e buriti, que abriga algumas espécies vegetais e animais que não ocorrem em outras partes do globo.

Durante a segunda metade do século passado, o processo de ocupação das matas da Pré-Amazônia Maranhense acarretou uma disputa entre grupos indígenas locais (**Kreje** - extintos), outros que para lá migraram a partir do leste, da região do Pindaré/Caru (**Tenetehara**), e aqueles provenientes do oeste, da região do baixo Tocantins (**Guajá**, **Urubu-Kaapor**).

Segundo consta, os Awa, os Urubu-Kaapor, os Tembé e Guajajara - todos grupos de fala Tupi-Guarani - têm ocupado em caráter permanente, desde no mínimo a década de 1950, a região contínua formada pelas florestas da Pré-Amazônia Maranhense e do nordeste do Pará, ao longo dos vales do Gurupi, Pindaré e Turiaçu (Maranhão) e Guamá (Pará).

Embora de longa data ocupadas por vários grupos indígenas, portanto, essas matas ainda apareciam nos mapas dos anos 1960 como "desabitadas", e permaneceram relativamente poupadas pelos projetos de colonização até os anos 1970.

Os Tenetehara do Pindaré foram os primeiros, entre os grupos que atualmente habitam a Pré-Amazônia Oriental, a serem contactados e aldeados pelos jesuítas, já em meados do século XVII. Para fugir dos caçadores de escravos e do controle praticado nos aldeamentos jesuíticos, esses Tenetehara migraram para as matas do oeste. Em meados do século XIX, quando passaram

a ser denominados de "Tembé", os remanescentes desses grupos tornaram a ser aldeados, desta feita pela política das Diretorias Parciais, criadas pelo Regimento de 1845.

Nessa época os Tembé, que já mantinham relações permanentes com os regatões da região, dedicavam-se à extração de óleo de copaíba - uma atividade que induzia a dispersão de grupos familiares pela mata; os aldeamentos, além de diminuir a perambulação Tembé, tornando seu território mais vulnerável às frentes de colonização, favoreceu a rápida disseminação de epidemias, às quais se atribui a grande depopulação Tembé ocorrida no período.

Na segunda década deste século os Tembé, concentrados pelo SPI em aldeamentos no médio Gurupi, foram os principais intermediários para a atração e "pacificação" dos Urubu-Kaapor.

Os Tembé, cuja população estaria estimada em cerca de 450 pessoas, ocupam, atualmente, duas áreas indígenas contíguas: AI Alto Turiaçu (Maranhão) e AI Alto Guamá (Pará). Suas aldeias estão, no entanto, divididas em dois grupamentos, localizados nos extremos noroeste (margem direita do rio Guamá) e sudeste (margens do Gurupi) da AI Alto Guamá, praticamente isolados entre si por uma extensa faixa de terra, invadida por posseiros e empreendimentos agro-pecuários.

Parte dos Tembé do Gurupi habitam até hoje, em realidade, o território Urubu-Kaapor (AI Alto Turiaçu); o convívio pacífico com os Kaapor tem sido possível, em parte porque as roças e os territórios de caça dos Tembé do Gurupi estão todos localizados na AI Alto Guamá, na margem paraense do Gurupi.

Os chamados "Guajá" (auto-denominados "Awa") e os Urubu-Kaapor são grupos que se supõe descenderem do que teria sido, até o início do século XVI, um complexo mais homogêneo de vários grupos de fala Tupi-Guarani, habitantes da região do baixo Amazonas. Os sucessivos massacres e as epidemias, que marcam a história das campanhas portuguesas e brasileiras de conquista da Amazônia, teriam causado sua grande diminuição populacional, com muitos casos de extinção de grupos inteiros e a dispersão dos sobreviventes, ao longo dos séculos seguintes.

De acordo com o que pesquisas etno-históricas puderam apurar até o momento, os Awa e os Urubu-Kaapor habitavam a região do baixo Tocantins e médio Mojú (atual Estado do Pará) quando, em meados do século XIX, supostamente buscando fugir às invasões e conflitos ligados à "Cabanagem", iniciaram um longo período de migração para o leste.

Os Urubu-Kaapor teriam ocupado a margem direita do Gurupi (Maranhão) durante a segunda metade do século XIX, instalando-se no topo dos montes e nas cabeceiras dos igarapés, enquanto os vizinhos Tenetehara (Tembé/Guajajara) ocuparam as margens desses rios, mais propícias à lavoura.

Esses últimos, embora tenham optado por terras aparentemente "melhores" (de mais fácil manejo), tornaram-se, assim, mais suscetíveis à sedentarização e ao contato permanente com a sociedade envolvente, enquanto os Awa e Urubu-Kaapor prosseguiram "arredios" e nômades.

Em 1911 o SPI iniciava a "atração" dos Urubu-Kaapor, com a

criação de três Postos no Gurupi; como já foi citado, os Tembé da região, já sedentarizados, desempenharam papel fundamental nesse processo.

Os Urubu-Kaapor tornaram-se guerreiros renomados e temidos entre a sociedade maranhense do início do século, envolvendo-se em frequentes e bem sucedidas escaramuças com regionais invasores; - suas "campanhas" de maior envergadura contra as frentes de colonização ocorreram durante a construção da linha telegráfica São Luís - Belém.

Os Kaapor foram alvo de uma sangrenta "guerra de pacificação" empreendida pela elite regional, ao final da década de 1920; em 1927 o SPI inicia a implantação de um Posto na ilha de Canindé-Açu, voltado à atração e redução dos acuados Kaapor, onde seriam finalmente "pacificados", em 1928.

Contabilizados em cerca de 3000 na década de 1930, os Urubu-Kaapor hoje somam cerca de 700 pessoas, habitando a AI Alto-Turiação (Maranhão). "Habitantes da mata" (como se auto-denominam), os Urubu-Kaapor continuam preferindo instalar-se nas cabeceiras de igarapés menores, de mata ainda menos devastada, enquanto os Tembé, seus vizinhos, optam pelas margens do rio; essa diferença cultural tem contribuído para lhes propiciar o convívio próximo e pacífico.

Ferambulando em grupos familiares pequenos - de 5 a, no máximo, 30 pessoas - os Awa são rápidos, silenciosos e pouco visíveis na mata. Competindo com grupos mais numerosos e poderosos, entre os quais os próprios Urubu-Kaapor, muitos desses grupos Awa permanecem arredios até o momento.

A grande redução populacional dos Urubu-Kaapor e dos Tembé a partir da década de 1940, em decorrência da intensificação do contato, permitiu que os Awa, no entanto, também pudessem descer, pouco a pouco, para os vales.

Alguns pequenos grupos Awa foram localizados mais a leste do rio Pindaré (Área Indígena Araribóia) e na Serra da Canastra, ao norte do que é atualmente o Estado de Tocantins, para onde teriam fugido a partir da região da AI Araribóia, tomando caminhos ao sul.

Os Awa são um dos poucos grupos indígenas ainda estritamente nômades do Brasil; donos de uma cultura material despojada, sendo essencialmente caçadores e coletores, têm-se recusado sistematicamente a ceder aos presentes e demais atrativos das frentes do contato que, desde 1913, o SPI e depois a FUNAI vem tentando estabelecer em seu território.

Seria apenas em meados da década de 1970 que alguns grupos Awa aceitariam, pela primeira vez, os presentes oferecidos no Posto Indígena Guajá (FUNAI); o episódio atraiu o interesse de outros Awa das imediações, e em 1976 a FUNAI já contabilizava cerca de seis grupos autônomos (num total de 91 pessoas) contactados na região.

A consolidação deste contato da FUNAI sucedeu-se a clássica trajetória inicial das frentes de contato com índios anteriormente "isolados" e "arredios" - epidemias de malária e de viroses de rápida disseminação dizimaram, em algumas semanas, famílias e grupos inteiros; enquanto vários Awa sobreviventes tornaram a fugir, os remanescentes na área (contabilizados em

número de 25, em 1980) passaram a dedicar, pela primeira vez, boa parte de seu tempo e força de trabalho à abertura de roças....

Estima-se que, atualmente, a população total dos Awa alcance cerca de 250 pessoas, distribuídas entre um território contínuo na Pré-Amazônia Maranhense - Área Indígena Alto Turiaçu (02 grupos, num total de cerca de 40 pessoas), Área Indígena Awa-Guajá/Reserva Biológica do Gurupi (05 grupos, num total de cerca de 41 pessoas) e Área Indígena Caru (09 grupos, sendo dois "arredios", num total de cerca de 110 pessoas) - e áreas mais isoladas, ao leste e ao sul: AI Araribóia (cerca de 30 pessoas) e na Serra da Canastra, município de Goiatins/TO (cerca de 10 pessoas).

Do ponto de vista fundiário, a AI Alto Guamá sofre o que talvez seja a maior extensão invadida entre as áreas indígenas do Pará, a partir de numa faixa que divide seu território em duas partes, localizada entre o rio Piriá e o Coraci-Paraná/Gurupi.

As AI Alto Turiaçu, Caru e Araribóia já estão demarcadas, homologadas e registradas em cartório e no Serviço de Patrimônio da União. A área Alto Turiaçu, no entanto, vem sendo alvo mais recente de invasões em larga escala, por parte de empresas madeireiras, agropecuárias, e por grandes contingentes de miseráveis posseiros sem-terra.

A área projetada "Awa-Gurupi" deveria abranger, segundo estudos patrocinados pela FUNAI e pela Companhia Vale do Rio Doce em 1985, cerca de 240.000 hectares, numa área que faria fronteira com a AI Caru (ao sul) e a AI Alto Turiaçu (ao norte), formando um corredor contínuo disponível à livre perambulação dos grupos Awa, presentes nessas três áreas. A área hoje conhecida como "AI Awa-Guajá", no entanto, é o resultado de uma série de reduções que o projeto original veio sofrendo a partir de 1987, e atualmente conta com 65.700 hectares, a oeste da Reserva Biológica do Gurupi, que se encontram apenas interditados. A própria Reserva Biológica do Gurupi - apesar de seu estatuto de "reserva biológica" - vem sendo rapidamente invadida e devastada por empresas madeireiras, sem que o IBAMA ou qualquer das demais instituições e autoridades responsáveis tenham tomado qualquer providência efetiva para evitá-lo.

III - COBERTURA ASSISTENCIAL

O PROGRAMA GRANDE CARAJÁS

A implantação do Projeto Ferro Carajás foi iniciada em 1978 pela Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), que havia um ano assumira a totalidade dos projetos de exploração do imenso potencial ferrífero da Serra de Carajás (Pará).

Com vistas a estabelecer as diretrizes, estratégias e prioridades da execução do Projeto Ferro Carajás, foi instituído o Projeto Amazônia Oriental.

O Projeto Amazônia Oriental consiste num projeto de desenvolvimento da região, voltado basicamente à exportação. Além

da imediata exploração dos minérios de ferro e alumínio, este projeto previa o aproveitamento integrado dos demais recursos da região. Estava prevista a exploração de árvores nativas para a produção de carvão (insumo básico para as usinas de ferro-gusa, a serem implantadas ao longo da ferrovia): a derrubada das árvores seria seguida pela adaptação e plantio de eucaliptos. Previam-se também, p. ex., o plantio de seringais, para a produção da borracha, além de empreendimentos agro-pecuários: - todos sub-projetos de produção voltada, sobretudo, ao mercado externo.

O Projeto Amazônia Oriental lançou as bases para o "Programa Grande Carajás" (PGC), instituído em 19/11/1980 por aprovação do Conselho de Desenvolvimento Econômico.

O PGC investiu inicialmente na construção da ferrovia Carajás-Itaqui e do terminal portuário da Ponta da Madeira - insumos da infra-estrutura básica do Programa.

Seu discurso enfatiza a grande geração de empregos, o estímulo e o apoio à silvicultura, ao extrativismo e demais atividades de desenvolvimento sustentado, o apoio ao pequeno produtor.

Na prática, entretanto, o PGC vem apresentando impactos devastadores, especialmente no que concerne ao panorama social e à preservação dos ecossistemas de sua área de influência.

No contexto fundiário já altamente problemático da região, a construção da ferrovia Carajás-Itaqui implicou no desalojamento de mais alguns milhares de pequenos lavradores; inicialmente absorvidos como mão-de-obra nos próprios canteiros da ferrovia, com a conclusão dessas obras passaram à condição de sem-terra desempregados.

- O PGC, um dos maiores projetos de desenvolvimento em andamento no mundo (o maior do país), tem exibido, apesar de suas anunciadas intenções, uma trajetória absolutamente coerente com a história dos demais projetos econômicos aplicados sobre a região, durante a colonização: volta-se sobretudo ao mercado externo e favorece a implantação de empresas de grande porte - em detrimento das pequenas propriedades, da lavoura de subsistência, do extrativismo.

Sua "área de influência" direta abrange extensa faixa ao redor da Serra de Carajás, ao longo de todo o corredor da ferrovia e do terminal portuário da Ponta da Madeira; nela se incluem o próprio município de São Luís, todo o noroeste, oeste e sudoeste do Maranhão, o leste e sul do Pará e o norte do Estado de Tocantins.

Como a construção da ferrovia implicasse num impacto direto sobre as áreas indígenas da região, o financiamento da obra, obtido junto ao Banco Mundial, foi condicionado ao estabelecimento de um convênio entre a CVRD e a FUNAI, visando a demarcação dessas áreas e a execução de ações de atenção à saúde a seus respectivos habitantes. No decorrer dos anos 1980, boa parte desses recursos foram empregados na construção/reforma de Postos Indígenas (PINs) da FUNAI nessa áreas, na aquisição de veículos, alimentos e medicamentos por eles distribuídos.

Em maio de 1985, o antropólogo Mércio Pereira Gomes, então consultor da CVRD, criou o chamado "Programa Awa", que pretendia concluir a demarcação da AI Awa-Gurupi até fins de 1986, e

constituir uma equipe médico-indigenista que desenvolvesse as ações que se fizessem necessárias à saúde dos Awa.

Com as mudanças então sobrevindas na cúpula da FUNAI, o "Programa Awa" sofreu uma reestruturação, passando a designar-se "Serviço de Proteção Awa-Guajá" (SPAG), com sede em Santa Inês (Maranhão) e ligado à Administração Regional da FUNAI em Belém (Pará).

O SPAG recebe financiamento específico da CVRD, mas não tem logrado constituir e manter as equipes médico-indigenistas em campo; tampouco foi solucionada, de maneira satisfatória, a situação fundiária da planejada área Awa-Gurupi (v. acima).

Como vimos, na fronteira Maranhão/Pará (área de influência direta do PGC), além dos problemas no território Awa, há também extensas invasões em andamento nas AI Alto Guamá e Alto Turiaçu.

ATUAÇÃO DA FUNAI

Com uma atuação tradicionalmente baseada nos "Postos Indígenas" que, da condição de polos de atração, invariavelmente transformam-se em centros de aglutinação e sedentarização dos grupos indígenas dos arredores - a FUNAI veio desenvolvendo, ao longo de sua existência, um assistencialismo predominantemente paternalista.

No campo específico dos serviços de atenção à saúde, o órgão tem adotado, fundamentalmente, o modelo das "Equipes Volantes de Saúde", herdado dos tempos de Noel Nutels no "Serviço de Unidades Aero-Transportadas" do Ministério da Saúde. A aplicação imediatista do modelo, caracterizada por planos de curto prazo, por ações emergenciais, sem continuidade e integralidade, somam-se várias outras dificuldades que comprometem, de modo geral, a eficácia das ações desenvolvidas pela FUNAI - política de remuneração incompatível com a dedicação em tempo integral; desperdício de equipamentos por falta de organização de serviços e planos de manutenção; carência crônica recursos; limitação do leque de articulações com outras instituições; obsolescência do sistema de informações em saúde, preparo inadequado e falta de reciclagem dos quadros.

Em todo o país, a imensa maioria dos profissionais de saúde que ainda mantém vínculo empregatício com a FUNAI (boa parte dos quais abandonou o órgão diante das dificuldades) vêm trabalhando nas "Casas do Índio" - nas cidades, portanto, longe das próprias áreas indígenas, que deveriam ser seu campo prioritário de atuação.

E preciso registrar que, à diferença do que vinha ocorrendo em vários Estados (entre os quais o Pará), no Maranhão o relacionamento político entre a FUNAI e as instituições do Sistema Único de Saúde (SUS-MA) - em especial com a SUCAM e Fundação SESP, que em 1991 fundiram-se na Fundação Nacional de Saúde (FNS) - sempre foi bastante favorável, tendo permitido a cooperação em várias ações de campo.

Com o advento do PGC, sobretudo durante a construção da ferrovia, os serviços da FUNAI no Maranhão e no Pará receberam considerável injeção de recursos. Os grupos indígenas da região foram "presenteados" com inúmeros bens adquiridos com os recursos

repassados pela CVRD à FUNAI.

Sem um programa consistente visando a manutenção dos equipamentos e a continuidade das ações de saúde iniciadas, no entanto, boa parte dos tratores e Toyotas adquiridos no período, p. ex., hoje estão praticamente inutilizados e irrecuperáveis.

O Decreto Presidencial n.º 23 (07/02/1991), à revelia das objeções da FUNAI, formalizou a responsabilidade da FNS no campo das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. O acirramento das disputas entre FUNAI e FNS ocorridas, em todo país (inclusive no Pará), sobretudo durante os anos 1991-92, na disputa pela hegemonia nesse campo de ação (anteriormente de responsabilidade exclusiva da FUNAI), inviabilizou a execução de ações integradas entre ambos.

No Maranhão o clima anterior de cooperação entre as duas instituições se manteve, embora a FNS/CR-MA não acumulasse experiência específica, nem dispusesse de pessoal habilitado suficiente para esse trabalho.

O "I Fórum Nacional de Saúde Indígena" (Brasília, 22-26/04/1993), uma iniciativa da FNS que contou com ampla participação de funcionários da FUNAI, inaugurou um período de entendimentos e de aparente conciliação política entre os dois órgãos, definindo diretrizes conjuntas e atribuições específicas de trabalho para ambos.

E sobretudo a partir de 1993 que se consolida a rotina do repasse, às Coordenações Regionais da FNS, de recursos para o trabalho com grupos indígenas, de acordo com as necessidades e o planejamento estabelecido em conjunto com as ADRs da FUNAI. Esse processo permitiu uma relativa retomada de ações de saúde nas áreas, a recuperação de equipamentos e de itens de infraestrutura da FUNAI destinados à saúde.

A lógica de organização de serviços da FNS, no entanto, é estadual (com "Coordenações Regionais" sediadas nas capitais dos respectivos Estados), enquanto que a da FUNAI diz respeito a critérios étnicos e geo-políticos, de interesse do órgão. Como já foi mencionado, o SPAG, embora sediado em Santa Inês (Maranhão) permaneceu diretamente vinculado à ADR-Belém (Pará) - por este motivo, suas necessidades em termos de saúde não vêm sendo contempladas nem pela FNS/CR-PA (uma vez que sua sede e área de jurisdição encontram-se em território maranhense), nem pela FNS/CR-MA (pois está formalmente jurisdicionado à ADR-Belém...).

ATUAÇÃO DA FNS E DOS DEMAIS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Conforme já foi exposto, a FNS não possui quadro suficiente de pessoal com experiência específica em saúde indígena. Alguns grupos políticos que transitam por sua cúpula - cujo maior interesse é de capitalizar com o fortalecimento da instituição, e portanto com a manutenção de sua atual hegemonia entre os prestadores de serviços de saúde às comunidades indígenas - são as forças que, de modo geral, demonstram as maiores resistências em reconhecer a especificidade técnica desse campo de trabalho, e em aceitar o fato de que as limitações da FNS nesse campo impõem a adoção uma política ágil de de recursos humanos, que

permita, por exemplo, a contratação ou a gratificação de colaboradores independentes e/ou de outras instituições em níveis decentes, estimulando sua arregimentação.

A FNS/CR-MA e CR-PA não fogem a esta regra: carecem de equipes especificamente voltadas a esse trabalho, e têm contado basicamente com o apoio da FUNAI, onde o entendimento tem sido possível. A regra básica tem sido a aplicação de recursos oriundos da FNS em obras de infra-estrutura nas "Casas do Índio" e nos FINS da FUNAI, na recuperação e aquisição de veículos e de medicamentos, no combate a vetores e focos epidêmicos. Pouco se avançou em ações de maior alcance, que exigissem a presença mais constante de equipes de saúde em campo, junto às próprias comunidades indígenas.

Quanto aos demais serviços da rede SUS, pode-se afirmar que sua atuação tem sido bastante heterogênea e variável, uma vez que o compromisso de atender decentemente aos "Índios da FUNAI" (o senso comum continua a atribuir à FUNAI toda a responsabilidade pelas questões e problemas indígenas), varia na proporção direta dos interesses, da sensibilidade e da boa vontade dos políticos e interlocutores locais. Uma vez que os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI - v. em "modelo gerencial proposto...", adiante) ainda não foram plenamente implantados, em ambos os estados, não existem ali as instâncias técnicas e políticas que permitam uma supervisão constante da prática das instituições de nível estadual e municipal, exercendo uma pressão efetiva sobre aquelas que se têm recusado a atender decentemente a clientela indígena.

Vale ressaltar, a propósito, que o senso comum da opinião pública regional, sobretudo no Maranhão, tem sido predominantemente anti-indígena, em função dos recentes conflitos ocorridos com os grupos da fronteira Maranhão/Pará (interrupção de trecho da ferrovia pelos indígenas, escaramuças com invasores na AI Alto-Turiação) e com os Guajajara da região de Barra do Corda (sequestro dos passageiros de dois coletivos, interrupção da rodovia para cobrança de pedágio e assassinato de um motorista que tentou forçar passagem através do bloqueio).

ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONGs), DAS UNIVERSIDADES E CENTROS DE PESQUISA

Tendo acumulado historicamente a experiência de confrontar a política indigenista oficial, sobretudo durante todo o período da ditadura militar, às ONGs e universidades coube liderar a grande maioria dos movimentos da sociedade civil organizada em defesa dos interesses indígenas.

Por esse motivo, essas instituições sedimentaram, ao longo desses 20 anos, uma cultura de trabalho que frequentemente se mostra avessa à cooperação com as instituições oficiais, avessa ao seu descompromisso político, aos burocratismos, morosidades e ineficácia administrativa.

No que concerne ao campo da atenção à saúde dos povos indígenas, a ONG que mais se destaca, tanto no Maranhão como no Pará, é o Conselho Indigenista Missionário (CIMI).

Diretamente vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do

Brasil (CNBB), o CIMI pretende pautar suas ações numa profunda revisão crítica da atuação dos missionários religiosos junto aos grupos indígenas do país. Para o CIMI, a questão da "conversão" dos indígenas foi relegada para um terceiro nível de importância: suas prioridades anunciadas passaram a ser a sobrevivência e a construção de sua autonomia frente à sociedade nacional.

O CIMI tem investido, tanto no Pará como no Maranhão, na realização de cursos de formação de professores e agentes indígenas de saúde, enfatizando a valorização da cultura e das práticas tradicionais de cada povo e, no caso da saúde, a incorporação de práticas "alternativas", no intuito de buscar constituir um repertório de técnicas menos invasivas (especialmente as fitoterápicas).

ATUAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO (SEEDUC-MA, SEEDUC-PA)

As Secretarias de Estado da Educação têm tido, mais recentemente, uma importante presença no cenário do indigenismo, em ambos os estados.

Além de estarem investindo diretamente na reciclagem de professores indígenas, e em obras de reforma e melhoria da infra-estrutura das escolas dos PINs da FUNAI, a SEEDUC-MA e SEEDUC-PA têm manifestado interesse em acompanhar e trazer sua contribuição aos cursos de formação de agentes indígenas de saúde.

Vale frizar que há recursos do Ministério da Educação, especificamente destinados para a educação indígena, que podem ser canalizados para os cursos de formação de agentes indígenas de saúde, através das Secretarias de Estado da Educação.

ATUAÇÃO DE OUTRAS INSTITUIÇÕES

Dentre as instituições que têm demonstrado algum interesse em acompanhar e eventualmente trazer uma contribuição às ações de saúde voltadas a grupos indígenas no Pará e no Maranhão, destacam-se o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Educação (UNICEF), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA).

MODELO GERENCIAL PROPOSTO PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE DE COMUNIDADES INDÍGENAS (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS): PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS A NÍVEL NACIONAL

A IX Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 9-14/08/1992) determinou a realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993 - assim como se dera com a "I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio" (Brasília, 26-29/11/1986), tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

(II CNSPI - Luziânia/GO, 25-27/10/1993) contou com mais de 400 participantes, dentre os quais 100 delegados indígenas e 100 não-indígenas, representantes das instituições prestadoras de serviços. Entre os demais observadores (mais de 200) havia discreta maioria indígena.

Durante a II Conferência consagrou-se um modelo de gerência (já anteriormente esboçado, em grandes linhas, pelo I Fórum) que abarca todos os atores interessados: um plano comum de diretrizes e metas a cumprir.

Peça central desse modelo, os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) são instâncias estaduais colegiadas, de composição paritária entre representantes das comunidades indígenas de cada Estado (na condição de "usuários") e representantes do conjunto das instituições governamentais e entidades não-governamentais que lhes prestam serviços de saúde (na condição, portanto, de "prestadores de serviços").

Conforme determinado pela própria II CNSPI, aos NISI compete o comando da articulação interinstitucional e do processo de planejamento conjunto das ações de saúde voltadas às comunidades indígenas de cada Estado.

- O requisito fundamental para o exercício dessas atribuições por parte dos NISI, no entanto, é a vontade política de seus componentes em implementar efetivamente o gerenciamento conjunto de todos os recursos disponíveis para saúde indígena, e em reconhecer e fortalecer os mecanismos previstos de controle social de sua aplicação.

Sabemos que ainda persistem graves divergências, entretanto, no que concerne ao papel dos NISI: sobretudo quanto ao reconhecimento de seu poder de ingerência nas programações e na rotina de trabalho das instituições participantes.

Batendo-se pela hegemonia em seus campos comuns de trabalho, ou por fatias do mercado das fontes de financiamento de projetos, o coletivo das instituições e entidades prestadoras de serviços de saúde às comunidades indígenas nem sempre tem dado mostras de maturidade suficiente para engajar-se numa administração efetivamente conjunta e transparente de recursos.

Da parte da FUNAI, a efetiva implantação dos NISI ameaça as pretensões daqueles que ainda lutam pela pura e simples revogação do Decreto Presidencial 23, e pelo retorno das atribuições da atenção à saúde das comunidades indígenas para o âmbito exclusivo da FUNAI.

Entre os quadros mais reacionários e corporativistas da FUNAI, ainda é forte o sentimento de que a implantação dos NISI, além de consolidar as posições já "conquistadas" pela FNS, enfraqueceria ainda mais a instituição.

- A influência dessas posições, no interior da FUNAI, pode ser medida pelo fato de que até o momento essa instituição não reconheceu oficialmente os NISI (ao contrário da FNS, que ao menos já os reconhece formalmente, segundo disposto na Portaria 540).

No âmbito dos NISI, o principal papel da FUNAI, conforme definido no I Fórum Nacional de Saúde Indígena, seria o de contribuir com sua competência institucional no campo técnico do indigenismo - resta-lhe abrir-se à experiência do sanitarismo, à

experiência do indigenismo não-governamental e, sobretudo, à própria participação indígena no planejamento e gestão de seus recursos de saúde.

Se as forças políticas voltadas à moralização do serviço público suplantassem as dos interesses corporativos na condução da FUNAI, reconhecendo as razões históricas do sucateamento e desmoralização do órgão, sua direção deveria repassar instruções a todas as ADRs para que buscassem aplicar seus próprios recursos (atualmente parcos) com a máxima competência, de modo a complementar os investimentos e esforços das demais instituições atuantes nesse campo, evitando a duplicação de ações. Esta seria uma maneira eficiente de buscar a recuperação da credibilidade administrativa da instituição - ao contrário do que em várias situações ainda ocorre, quando a FUNAI tenta "reconquistar" sua hegemonia em relação aos demais prestadores de serviços atuantes em determinadas áreas indígenas.

No âmbito da FNS, as forças políticas empenhadas na manutenção da atual hegemonia do órgão entre os prestadores de serviços de saúde às comunidades indígenas, são, de modo geral, as mesmas que preconizam que os NISI devem estar diretamente vinculados e subordinados às FNS/CRs, norteados suas propostas em função dos protocolos e das prioridades de ação da FNS.

Há alguns mais moderados, que defendem que os NISI teriam função simplesmente "consultiva", apenas "indicando" ou "sugerindo" linhas de ação às instituições participantes sem ter, contudo, qualquer capacidade de ingerência na divisão de atribuições e no "status quo" que cada uma pretenda ocupar entre suas demais parceiras de trabalho.

Como foi especificamente definido pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena, à FNS cabe a competência no campo técnico da saúde pública, do sanitarismo - resta-lhe abrir-se à experiência do indigenismo e, sobretudo, à própria participação indígena no planejamento e gestão de seus recursos.

Conseqüentemente, o papel da FNS na implantação dos NISI é o de, enquanto detentora da maior fonte de recursos para saúde indígena, reconhecendo as limitações de sua experiência nesse campo de trabalho, abrir seu espaço àqueles que têm efetivamente essa experiência (profissionais e instituições): na prática, a FNS deveria ser a maior interessada em investir na implantação dos NISI, na gestão conjunta de seus próprios recursos (como já acontece em vários estados) - se as forças da moralização do serviço público suplantassem as dos interesses corporativos e político-partidários na condução do órgão.

As instituições do SUS de nível estadual e municipal resta a tarefa de, enquanto responsáveis pela saúde da população em geral, participar dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), prestando todo o apoio necessário às ações voltadas a esses povos, e trazendo a essas instâncias a contribuição de inserir os problemas vividos pelos grupos indígenas no contexto de uma reflexão e de uma proposta mais geral para a saúde pública em suas respectivas regiões de abrangência.

A referência das instituições públicas responsabilizadas pela assistência propriamente dita, as ONGs e instituições de ensino e pesquisa (sobre as quais não pesa a responsabilidade direta pelo estado de saúde da população) têm o privilégio de poder eleger seus próprios campos de trabalho.

É preciso reconhecer que trata-se geralmente de áreas bem circunscritas, e nelas torna-se mais fácil concentrar esforços e recursos: os resultados assim atingidos, naturalmente, serão mais visíveis que aqueles alcançados pelos serviços públicos de indigenismo e saúde, por exemplo. Uma ONG, uma universidade ou centro de pesquisa certamente não receberia tantas pressões para que sua atenção e esforços se voltassem, por exemplo, aos grupos indígenas vizinhos, que muitas vezes se encontram em condições ainda muito piores de vida.

A posição das ONGs, nesse cenário mais recente da prestação de serviços de saúde às comunidades indígenas (com o advento dos NISI e dos DSEI) ainda tem sido, frequentemente, a de meros expectadores, a assistir e criticar, à distância, os embates entre seus parceiros governamentais.

É até saudável que as ONGs mantenham as reticências em suas expectativas com relação às ações das instituições oficiais - afinal, estamos ainda distantes de uma conjuntura de efetiva moralização do serviço público brasileiro. - As experiências do indigenismo não-governamental são ainda uma referência fundamental, em termos de agilidade administrativa e eficácia operacional, para a moralização do próprio serviço público.

Embora não sendo instituições do estado, as ONGs também devem ser consideradas entidades de domínio público, uma vez que, inclusive, gozam de uma série de isenções fiscais enquanto entidades de "utilidade pública". Quando esquivam-se em socializar as informações sobre seus próprios planos e números, suas críticas às instituições governamentais perdem toda legitimidade.

A efetiva participação das ONGs nesse processo de planejamento e fiscalização conjunta das ações, também exige, de sua parte, a clara exposição, aos coletivos dos NISI, de seus próprios objetivos de trabalho e dos recursos disponíveis para cumpri-los.

Para as universidades e centros de pesquisa, a questão da prestação de serviços está colocada, via de regra, em segundo plano: sua anunciada função é a de exercer o papel de produtoras e detentoras do conhecimento produzido por nossa sociedade.

Como entre as ONGs, algumas universidades e centros de pesquisa também relutarão, mesmo que veladamente, em engajar-se efetivamente nos trabalhos dos NISI; preferirão manter seus estratagemas autônomos na disputa pela hegemonia da excelência em suas áreas específicas de atuação. Concorrem entre si no mercado das entidades financiadoras e das agências de cooperação internacional, e necessitam manter a imagem da excepcional eficácia de seus trabalhos, para manter sua colocação nesse mercado.

A excelência de uma universidade ou de um centro de pesquisa, via de regra, mede-se menos pelas contribuições que os

conhecimentos e os profissionais que produza possam trazer às comunidades a que sirvam, do pelo volume de sua produção científica e pela projeção atingida através de empreendimentos bem sucedidos (como entre as ONGs).

Suas metas e prioridades de trabalho, assim, frequentemente terminam por privilegiar a qualidade "técnica" da produção, mesmo que por demais circunscrita - o espetáculo da excelência - e bem menos o compromisso definido pelo seu papel estatutário, e também de domínio público, de produtores de conhecimentos e de formadores de profissionais úteis, a serviço da solução dos problemas reais e da melhoria das condições de vida da humanidade "universal" - a quem devem servir.

No processo de gestão conjunta de planos e recursos de saúde voltados a essas comunidades, instaurado pelos NISI, além de indicar padrões de eficácia e qualidade na prestação de serviços, as universidades e centros de pesquisa detêm naturalmente o papel de buscar a adequação do perfil dos profissionais já em exercício e daqueles que venha a formar, assim como dos conhecimentos e técnicas que produza, com base na realidade de seus problemas e condições de vida.

Nisso reside a legitimidade de sua perseguição à excelência: aquela alcançável no cumprimento de sua função social, neste caso, de servir efetivamente às comunidades indígenas com que trabalham.

Quanto aos grupos indígenas, resta a perspectiva de, à medida de suas necessidades, aumentar a compreensão e o controle sobre os meios que o homem branco utiliza para lidar com as doenças, e sobre a organização de seus serviços de saúde, aumentando seu espaço e suas experiências de representação junto às instâncias de poder da sociedade envolvente.

Parece-nos que sempre lhes interessará a possibilidade de ter acesso a várias fontes de recursos, a vários aliados institucionais: isso, obviamente, aumenta seu poder de negociação com a sociedade do branco. Por outro lado, à medida em que aprofundam-se suas experiências de diálogo com várias culturas institucionais, com várias éticas e métodos de trabalho, parece-nos inevitável que aumentem suas exigências na escolha das futuras alianças que virão a estabelecer.

O processo de organização e a realização da II Conferência expôs à vista pública as verdadeiras intenções de muitos dos atores políticos que se movem nesse campo da atenção à saúde dos povos indígenas. Forçou a explicitação de seu posicionamento diante da proposta da gestão conjunta, da cooperação e da soma de esforços e recursos.

Aguarda-se, ainda com alguma esperança, as demonstrações de fidelidade à palavra empenhada, por parte das autoridades responsáveis.

Fica muito claro, no entanto, que a superação de todo esse estado de coisas, no cumprimento das diretrizes de trabalho definidas pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, depende, acima de tudo, de algumas profundas transformações nas próprias culturas que, como dizíamos, todas essas instituições acumularam ao longo dos anos. A moralização da

coisa pública certamente continua dependendo menos da determinação de autoridades do que da convicção e do empenho coletivo, do próprio público.

IV - PRESSUPOSTOS, HIPOTHESES E ESTRATEGIAS DE TRABALHO

1 - Preservar o nomadismo Awa.

As pesquisas etno-históricas sobre povos indígenas da Amazônia Oriental demonstram que, assim como ocorre com outros grupos e em outras regiões, o processo de sedentarização está intimamente ligado a graves perdas sofridas, em termos territoriais, de sua autonomia política e econômica em relação à sociedade envolvente, e à rápida disseminação das epidemias trazidas pelo contato (principal causa da depopulação ou extinção de grupos inteiros). A efetiva demarcação e proteção do território de perambulação Awa deve ser considerado, portanto, fator de 1.ª grandeza na determinação de seu estado de saúde.

Os Awa são considerados o último grupo indígena ainda estritamente nômade do país. Não praticam a agricultura (afora o grupo já aglutinado em torno do PIN Guajá...), dedicando-se exclusivamente às atividades de coleta e caça. Esta sua opção cultural terá sido, certamente, fator determinante de sua sobrevivência às sucessivas frentes de colonização que invadiram seu território, enquanto grupo indígena relativamente pouco numeroso.

Relatos de vários projetos de atenção à saúde voltados a grupos indígenas, em todo o país, dão conta de como a implantação da própria assistência médica, nos PINs ou em "bases" especificamente estabelecidas para esse fim, também tem induzido a aglutinação e a sedentarização de grupos indígenas presentes em suas imediações.

Por esse motivo, quaisquer projetos de saúde voltados aos Awa deverão adaptar-se ao seu nomadismo - evitando estabelecer "bases" ou "postos" fixos de atendimento, privilegiando a atuação através de equipes móveis de saúde, capazes de deslocar-se com rapidez para alcançar e acompanhar os grupos Awa dispersos pela mata, que efetivamente necessitem de atendimento.

2 - Logo após a questão da terra, a assistência à saúde tem sido consensualmente colocada, entre os grupos indígenas do país, como a reivindicação mais importante e premente junto a nossa sociedade.

Há uma reestruturação em andamento no sistema de gerência e de execução dos serviços de saúde pública do Brasil, mais especialmente naqueles oferecidos aos grupos indígenas.

- O modelo adotado - discutido e recentemente aprovado pela "II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas" (Luziânia/GO, 25-27/10/1993) -, prevê que o planejamento, supervisão e avaliação das ações de saúde voltadas às comunidades indígenas de cada Estado da Federação estaria a cargo de seu respectivo "Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena" (NISI).

Os NISI seriam, assim, colegiados de composição paritária, entre prestadores de serviço e usuários (representantes das

comunidades indígenas).

Este processo de reestruturação do modelo gerencial dos serviços de saúde voltados a esses povos, proposto pela II CNSPI, vem, portanto, de encontro ao esforço, já verificado entre muitos grupos indígenas, na busca de maior autonomia no encaminhamento das soluções de seus próprios problemas de saúde.

Na medida de seu empenho em conquistar melhores soluções para sua sobrevivência e bem-estar, esses povos tomarão familiaridade com a política indigenista e de saúde vigente no país. Inferimos que, no decorrer desse processo, passarão a esforçar-se no sentido de administrar, com autonomia cada vez maior, seu próprio leque de alianças com interlocutores da sociedade envolvente, no sentido de intervir diretamente nas políticas de aplicação de recursos públicos a eles destinados, e no planejamento efetivo das ações de saúde a serem junto a eles executadas.

A perspectiva da construção de sua autonomia nos tratos à saúde também implicará na diminuição progressiva de suas dependências:

- com relação a intervenções médico-sanitárias de caráter assistencialista e emergencial;
- com relação aos serviços de saúde da sociedade envolvente;
- com relação aos interlocutores e às intermediações institucionais utilizadas (os encaminhamentos) no acesso às atividades-fim do Sistema Único de Saúde - SUS (o sistema composto por todos os serviços públicos de saúde do país);
- com relação aos interlocutores e às intermediações institucionais, no acesso a conhecimentos e técnicas de saúde de nossa sociedade, de seu interesse específico.

3 - De modo a propiciar o processo de manuseio e de controle indígena da introdução de conceitos, técnicas, objetos e instituições de saúde da sociedade envolvente no cotidiano dos grupos abrangidos (na direção da construção de sua autonomia nos tratos à saúde), o Programa deverá assumir, como pressuposto metodológico de trabalho, que sua implantação não poderá ser desencadeada sem que se assegure a implementação de um processo concomitante, em que conceitos e técnicas ocidentais básicas de saúde seriam trabalhados e colocados à prova, junto às comunidades indígenas, pelas próprias equipes de saúde envolvidas.

4 - Quanto à questão dos recursos humanos mobilizados para, a curto, médio e longo prazo desenvolver as ações de saúde junto a essas comunidades, é necessário ressaltar que, em primeiro lugar, é largamente insuficiente o número atual de profissionais vinculados aos serviços públicos (FUNAI, FNS e rede SUS) com interesse e disponibilidade para o trabalho junto a grupos indígenas.

O problema da arregimentação de profissionais deverá ser um dos primeiros a ser equacionado pelo Programa. As atuais limitações do Serviço Público Federal, permitem deduzir, de antemão, que será preciso definir projetos de cooperação entre essas instituições públicas e entidades não-governamentais, visando a contratação da grande parte dos quadros necessários à

execução das ações planejadas.

Além disso, o perfil dos profissionais de saúde egressos das universidades e demais centros de formação, e dos atuantes na rede pública (e na particular) de serviços de saúde indica que, de modo geral, não têm preparo para atuar nas condições que encontrariam em campo, sobretudo no trabalho com os grupos indígenas mais isolados.

Não se trata apenas de sua adaptabilidade ao trabalho no mato (que no caso dos Awa, p. ex., exigiria deslocamentos constantes na floresta); trata-se de assegurar que seu reconhecimento e respeito à diversidade cultural esteja colocado acima da veneração à ascendência do saber, da cultura e das condutas médicas convencionais, característicos de sua formação profissional.

Será necessário, portanto, elaborar estratégias de abordagem, de seleção e de preparo de quaisquer profissionais de saúde não-indígenas que pretendam participar das ações propostas pelo Programa.

5 - Por todos os motivos acima descritos, o Programa visará acoplar, de modo eficiente, a orientação e os resultados das pesquisas antropológica e epidemiológica às atividades de intervenção, na perspectiva pedagógica de propiciar a reavaliação permanente do programa de ações proposto, com a participação direta dos próprios indígenas no processo.

Essa associação de metodologias visa, além de garantir o aprofundamento do conhecimento sobre a dinâmica do processo histórico de cada um desses grupos e seus respectivos determinantes de saúde, provocar a manifestação constante de suas próprias demandas e reivindicações a respeito - visando a reorientação e adequação das ações planejadas ou já em andamento.

6 - Do ponto de vista administrativo, parece lógico que o Programa assuma como estratégia a integração entre recursos, competências técnicas e serviços específicos de diferentes instituições. Do ponto de vista das instituições públicas (senso estrito) - da FNS, da FUNAI (e mesmo da CVRD) - a integração é, como vimos, condição necessária a sua própria viabilidade nesse campo de atuação.

Para além de aparentes e circunstanciais "tréguas" entre as instituições e grupos políticos que disputam entre si a hegemonia nesse campo, a integração efetiva só se verificará, no entanto, se estiver alicerçada em diretrizes transparentes de trabalho, e numa divisão de atribuições e de competências que contemple todos os atores sociais envolvidos.

Torna-se necessário, para tanto, a elucidação e o esgotamento prévio das disputas de terreno entre esses atores, sobretudo na vigência de um ano político como 1994 (revisão constitucional, eleições gerais), em que as regras do jogo podem mudar rapidamente... Apenas a interveniência de um coletivo ainda mais amplo e anterior, às próprias instituições e entidades envolvidas nas disputas, pode oferecer, nessas circunstâncias, alguma chance de sucesso à perspectiva de implantação da gerência unificada de serviços e recursos e saúde para os grupos indígenas.

- A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas desempenha este papel: seu documento final estabelece diretrizes detalhadas de trabalho, que deverão fundamentar esse "Programa" - assim como todos os demais projetos de saúde voltados a grupos indígenas, em todo o país.

7 - Os dados disponíveis permitem aferir como as principais ameaças à sobrevivência e bem-estar dos grupos indígenas da Pré-Amazônia Oriental dizem respeito ao problema fundiário - generalizado no país - que se manifesta de modo especialmente agudo e alarmante na região.

Tornamos a frizar, a propósito, que o senso comum da opinião pública regional, sobretudo no Maranhão, tem sido predominantemente anti-indígena.

O "Programa" assumirá como pressuposto que, a longo prazo, a integração estratégica entre os serviços especificamente voltados a povos indígenas e aqueles voltados aos lavradores, sem-terra e demais comunidades rurais da região, poderão trazer uma contribuição política ao reconhecimento mútuo entre esses grupos sociais, na direção do entendimento e do convívio produtivo (- submetidos que estão a dificuldades e fatores de opressão tão semelhantes).

V - OBJETIVOS

Promover a elaboração de Programa multi-institucional visando a execução de atenção à saúde dos povos indígenas da fronteira Maranhão/Pará.

Este Programa terá entre seus objetivos previamente definíveis:

OBJETIVOS GERAIS

1 - A melhoria geral das condições de vida dos povos indígenas da Pré-Amazônia Oriental.

2 - A progressiva construção e consolidação de sua autonomia em relação aos serviços, interlocutores e serviços da sociedade envolvente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1 - Manter sob controle as principais doenças transmissíveis que atingem os povos indígenas da Pré-Amazônia Oriental.

2 - Reduzir a incidência das principais doenças não-transmissíveis que atingem esses povos.

3 - Apoiar e incentivar esses grupos indígenas na busca pela auto-suficiência no acesso e domínio de técnicas e tecnologias, culturalmente apropriadas, de atenção primária à saúde.

3.1 - Propiciando as condições necessárias para o manuseio crítico, por parte do coletivo das comunidades, na medida de seus interesses, de conceitos ocidentais básicos sobre etiologia, meios de transmissão e métodos de tratamento das principais doenças que as acometem;

3.2 - Diminuindo sua dependência em relação aos serviços, técnicas e tecnologias de saúde de domínio exclusivo da sociedade envolvente.

4 - Assegurar a essas comunidades o provimento adequado dos serviços de assistência médico-odontológica de que necessitem.

4.1 - Executando diretamente, junto aos grupos indígenas, as ações de atenção médico-odontológica primária e secundária;

4.2 - Estabelecendo e consolidando rotinas de referência e contra-referência junto a serviços da região, no que concerne à execução de ações de atenção terciária e quaternária à saúde.

5 - Promover a formação e/ou reciclagem em saúde pública e indigenismo do conjunto dos profissionais envolvidos com a prestação de serviços de saúde desses povos.

6 - Arregimentar novos quadros de profissionais interessados em participar dos trabalhos de saúde voltados a grupos indígenas.

VI - METAS

1 - Realizar levantamento detalhado e atualizado de informações sobre os Awa do Maranhão, acerca:

- da situação atual de saúde dos diversos grupos
- de seu contato com outros grupos indígenas e com a sociedade envolvente
- de suas respectivas áreas de ocupação/perambulação
- de seus respectivos padrões e/ou dinâmicas de nomadismo
- dos eventuais polos de atração já constituídos e/ou em vias de se constituir.

2 - Realizar levantamento de informações acerca dos grupos Tembé e Urubu-Kaapor, visando aferir:

- seus respectivos quadros de saúde
- o tipo de relação que mantenham entre si
- suas respectivas áreas de ocupação/perambulação e de contato com os Awa.

3 - Prestar toda a assistência médica possível aos grupos indígenas da região, já durante as visitas de levantamento previstas por esse anteprojeto.

4 - Realizar levantamento de informações sobre as demais comunidades rurais vizinhas, acerca:

- do histórico de seu assentamento no local, do contato com os grupos indígenas da região
- de suas respectivas áreas de uso e perambulação e de

contato com esses grupos

- do tipo de relação que mantenham atualmente com indígenas
- de sua situação atual de saúde
- dos serviços de saúde a que tenham acesso.

5 - Realizar contatos e troca de informações com todas as entidades, organizações, instituições e serviços de referência locais e regionais já envolvidos e/ou eventualmente interessadas em desenvolver ações de apoio a um programa de atenção à saúde dos povos indígenas da região, especialmente:

- organizações não-governamentais de apoio
- organizações indígenas
- serviços da rede do Sistema Único de Saúde do Maranhão (SUS-MA) e do Pará (SUS-PA), especialmente os da Fundação Nacional de Saúde, os das respectivas Secretarias de Estado da Saúde e os serviços disponíveis das redes SUS-MA e SUS-PA municipalizada
- a FUNAI
- a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD)
- universidades e/ou centros de pesquisa.
- a SEEDUC-PA e SEEDUC-MA
- instituições municipais em geral, o UNICEF, a OIT, CBIA, LBA, etc...

6 - Coletar, selecionar e editar material audio-visual acerca das comunidades indígenas e rurais da Fré-Amazônia Oriental, de seus problemas gerais e dos específicos em saúde.

7 - Detalhar projeto multi-institucional visando a execução de ações atenção à saúde desses povos indígenas.

O Programa deverá ter como METAS, já previamente definíveis:

1 - Ter sob controle, num prazo de 4 anos, as principais doenças transmissíveis que atingem os povos indígenas da região.

2 - Reduzir significativamente, num prazo de 4 anos, a incidência das principais doenças não-transmissíveis que atingem esses povos.

3 - Cumprir com um programa de trabalho voltado ao manuseio crítico, por parte do coletivo das comunidades, dos conceitos ocidentais básicos sobre saúde e suas principais doenças:

3.1 - malária: etiologia, transmissão, métodos de tratamento e de prevenção;

3.2 - doenças de transmissão hídrica (diarréias em geral, cólera, hepatite, verminoses): etiologia, transmissão, métodos de tratamento e de prevenção, conceitos de higiene;

3.3 - tuberculose: etiologia, transmissão, métodos de tratamento e de prevenção;

3.4 - doenças sexualmente transmissíveis: etiologia, transmissão, métodos de tratamento e de prevenção;

3.5 - outras doenças de interesse, identificadas durante os próprios trabalhos junto às comunidades.

4 - Realização, no prazo de 4 anos, de cerca de 3 cursos de formação e/ou reciclagem em saúde pública e indigenismo para profissionais prestadores de serviços de saúde aos povos indígenas da Pré-Amazônia Oriental.

5 - Promover, no prazo de 4 anos, a realização de 2 cursos de formação/reciclagem de agentes indígenas de saúde, capacitados a exercer as atribuições discriminadas no item "OBJETIVOS ESPECIFICOS", acima, cumprindo as seguintes etapas:

5.1 - Eleição dos indivíduos pelas próprias comunidades;

5.2 - Realização das atividades voltadas à formação destes agentes;

5.3 - Seleção dos indivíduos aptos, pelas equipes técnicas responsáveis pelos cursos;

5.4 - Instituição de acordo de co-responsabilidade entre a equipe do projeto, as comunidades contempladas e os agentes formados, com base em plano específico de ação, definido por escrito (onde possível, ou em gravação em fita-cassete) - descrevendo detalhadamente as atribuições do agente, o compromisso da comunidade de apoiá-lo e fiscalizá-lo em seu trabalho, o compromisso da equipe do Projeto em fornecer-lhe os insumos e equipamentos necessários e de assegurar-lhe supervisão e reciclagem técnica periódica;

5.5 - Supervisão em campo, por parte de equipe técnica especialmente organizada para esse fim, das atividades desenvolvidas por esses agentes junto a cada grupo;

5.6 - Avaliação geral do processo.

6 - Prover as comunidades indígenas dos equipamentos e itens de infra-estrutura necessários para a execução das atividades previstas pelo Programa:

6.1 - equipamentos de radiofonia;

6.2 - veículos para transporte terrestre;

6.3 - voadeiras;

6.4 - farmácias básicas portáteis;

6.5 - cadeia de frio (inclusive portátil);

6.6 - equipamentos básicos para coleta de materiais e para a realização de exames subsidiários elementares.

7 - Assegurar a essas comunidades o provimento adequado dos serviços de assistência médico-odontológica de que necessitem:

7.1 - realizar ao menos duas visitas de equipe médico-odontológica para levantamento das condições de saúde em cada aldeia;

7.2 - assegurar a realização de ao menos uma visita mensal de equipe às aldeias, realizando ações de atenção médico-odontológica primária e secundária;

7.3 - estabelecer e consolidar rotinas de referência e contra-referência junto a serviços da região, no que concerne à execução de ações de atenção terciária e quaternária à saúde.

8 - Divulgação de material audio-visual sobre os povos indígenas da Pré-Amazônia Oriental e sobre o "Programa", visando a arregimentação de profissionais interessados em participar de ações de saúde a eles voltadas.

VII - PERIODO DE EXECUÇÃO

janeiro/1995 - dezembro/1995

VIII - ETAPAS

A) - 1.a visita de levantamento às instituições prestadoras de serviços;

B) - 1.a visita de levantamento aos grupos indígenas e comunidades rurais da região;

C) - sistematização e consolidação de dados; elaboração da 1.a versão preliminar do "Programa", sugerindo diretrizes, metas, atribuições e prioridades específicas de trabalho;

D) - 2.a visita às instituições prestadoras de serviços; continuação do levantamento; apresentação e discussão da 1.a versão preliminar do "Programa";

E) - 2.a visita aos grupos indígenas e comunidades rurais da região; continuação do levantamento; apresentação e discussão da 1.a versão preliminar do "Programa";

F) - realização de uma estimativa dos recursos necessários para a execução do "Programa"; elaboração de sua 2.a versão preliminar;

G) - 3.a visita às instituições prestadoras de serviços envolvidas no processo; apresentação e discussão da 2.a versão preliminar do "Programa";

H) - 3.a visita aos grupos indígenas e comunidades rurais da região; apresentação e discussão da 2.a versão preliminar do "Programa";

I) - consolidação da 3.a versão preliminar do "Programa";

J) - 4.a visita às instituições prestadoras de serviços envolvidas no processo; apresentação e discussão da 3.a versão preliminar do "Programa"; consolidação conjunta da versão definitiva do "Programa";

K) - 4.a visita aos grupos indígenas e comunidades rurais da região; apresentação e discussão da 3.a versão preliminar do "Programa"; consolidação conjunta da versão definitiva do "Programa";

L) - Aprovação conjunta e instituição formal do PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS DA PRE-AMAZONIA ORIENTAL".

IX - CRONOGRAMA

MESES \ ETAPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	—											
B		—	—									
C			—									
D				—								
E					—	—						
F						—						
G							—					
H								—	—			
I										—		
J											—	
K											—	—
L												—

X - MEIOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O futuro "Programa" teria como meios e instrumentos de avaliação, já previamente definíveis:

1 - Taxas de morbi-mortalidade das principais doenças que atingem os grupos indígenas da região.

NOTA: é previsível que durante os primeiros 12 meses de trabalho efetivo de atenção à saúde, essas taxas possam inclusive aumentar, em função do aumento na eficiência no registro dos respectivos casos.

2 - Avaliação (verbal) junto aos agentes indígenas de saúde formados:

2.1 - dos conhecimentos adquiridos durante os cursos;

2.2 - do relacionamento profissional com as equipes de saúde;

2.3 - do relacionamento com os serviços de saúde de referência.

3 - Avaliação (verbal), junto às comunidades indígenas, da qualidade e da rapidez da assistência prestada:

3.1 - pelos próprios agentes formados;

3.2 - pelas equipes de saúde;

3.3 - pelos serviços de saúde de referência.

4 - Avaliação (questionário escrito, anônimo) dirigido aos profissionais atuantes nas equipes volantes de saúde:

4.1 - sobre o relacionamento com os indígenas (juízos de valor sobre os indígenas em geral, noções básicas acerca das diferenças sócio-culturais, etc...);

4.2 - sobre o relacionamento com os agentes indígenas de saúde com que tiveram contato (nível do domínio detectado sobre conceitos básicos de saúde, das etiologias e tratamentos das doenças mais frequentes, sobre o funcionamento do sistema de saúde, etc...);

4.3 - sobre a qualidade dos encaminhamentos recebidos (diagnósticos presuntivos bem realizados, pacientes bem orientados);

4.4 - contra-referência bem conduzida.

5 - Avaliação (questionário escrito, anônimo) dirigido aos profissionais atuantes nos serviços de saúde de referência:

5.1 - sobre o relacionamento com os indígenas para lá encaminhados (juízos de valor sobre os indígenas em geral, noções básicas acerca das diferenças sócio-culturais, etc...);

5.2 - sobre o relacionamento com os agentes indígenas de saúde com que tiveram contato (nível do domínio detectado sobre conceitos básicos de saúde, das etiologias e tratamentos das doenças mais frequentes, sobre o funcionamento do sistema de saúde, etc...);

5.3 - sobre a qualidade dos encaminhamentos recebidos (diagnósticos presuntivos bem realizados, pacientes bem orientados);

5.4 - contra-referência bem conduzida.

6 - Avaliação do provimento das comunidades indígenas dos itens de infra-estrutura necessários para a execução das atividades previstas pelo projeto.

XI - RECURSOS

EQUIPE

Dulce Maria de Luna Martins Varga
- nat. São Luís/MA;
- graduação em educação-artística, Faculdade Sta. Marcelina, São Paulo/SP, 1986;
- especialização (curso em andamento) em arte-terapia, Instituto Saedes Sapientiae, São Paulo/SP;
- servidora da Secretaria de Estado da Educação do Maranhão (cumprindo licença sem vencimentos);
- vice-presidente da Associação dos Arte-Educadores do Estado de São Paulo;
- membro do Fórum em Defesa da Escola Pública do Estado de São Paulo;
- membro do Comitê de Entidades Culturais do Estado de São Paulo;
- membro do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de São Paulo;
- coordenadora da comissão executiva da I Conferência Estadual de Saúde para os Povos Indígenas de São Paulo;
- membro da comissão executiva da I Conferência Macro-Regional de Saúde para os Povos Indígenas do Sul-Sudeste;
- membro da comissão organizadora da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

remuneração proposta: U\$ 1.500,00/mês
total (12 meses): U\$ 18.000,00

István Van Deursen Varga
- nat. São Paulo/SP;
- graduação em medicina, Escola Paulista de Medicina, 1983;
- especialização em saúde pública, CEDAS, 1984;
- especialização em homeopatia, Associação Paulista de Homeopatia, 1989;
- mestrado (finalizando redação da dissertação) em antropologia social, Depto. Antropologia - FFLCH-USP, São Paulo/SP; pesquisa sobre a introdução e expansão da homeopatia no Brasil do século XIX, suas ligações históricas com projetos societários, com utopistas e filósofos sociais, suas identidades e diversidades em relação ao discurso, à racionalidade e à ética médica e científica de então.
- ex-membro do Serviço de Educação em Saúde da Secretaria de

Estado da Saúde de São Paulo (experiências anteriores com educação de adultos e educação em saúde em favelas e na periferia de São Paulo);

- ex-coordenador do Grupo de Práticas Alternativas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

- ex-consultor de saúde da Comissão pela Criação do Parque Yanomami;

- ex-consultor da Coordenação de Saúde do Índio, da Fundação Nacional de Saúde;

- coordenador do I Fórum Nacional de Saúde Indígena

- coordenador da comissão executiva da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

- coordenador do Sub-Grupo de Atenção à Saúde do Índio (CADAIS/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo)

- membro do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de São Paulo.

remuneração proposta: **U\$ 2.500,00/mês**

total (12 meses): **U\$ 30.000,00**

TOTAL: U\$ 48.000,00

EQUIPAMENTOS

- microscópio portátil "MacArthur", da Kirk
(aprox.) - **U\$ 1.000,00**

- insumos para microscopia
(aprox.) - **U\$ 500**

- gravador cassete portátil
(aprox.) - **U\$ 150,00**

TOTAL (aprox.) - U\$ 1.650,00

- MEDICAMENTOS (p/ farmácia portátil de campo - 12 meses de uso)

TOTAL (aprox.) - U\$ 1000,00

- TRANSPORTE

- 4 passagens aéreas no trecho São Paulo - São Luís - São Paulo (2 p/ traslado da equipe de São Paulo p/ São Luís; 2 de reserva técnica, p/ eventuais reuniões ou retirada de remessas de insumos)

(aprox.) - **U\$ 1.770,00**

- 4 passagens aéreas no trecho São Luís - Belém - São Luís
(aprox.) - **U\$ 350,00**

- 2 passagens aéreas no trecho São Luís - Brasília - São Luís (para eventuais reuniões com órgãos de nível central)
(aprox.) - **U\$ 680,00**

- 8 passagens rodoviárias no trecho São Luís - Capitão Poço - São Luís
(aprox.) - **U\$ 150,00**

TOTAL: U\$ 2.950,00

- MATERIAL DE CONSUMO (p/ 12 meses)

- 02 caixas com 10 fitas-cassete C-60
- 40 filmes fotográficos coloridos 35mm., 12 poses, 100 ASA
- 20 " " " " " " 400 ASA
- 20 " " preto e branco 35mm., " " 100 ASA
- 20 " " " " " " 400 ASA
- 15 jogos (04 unidades) de pilhas alcalinas, para uso do gravador: total 60 pilhas alcalinas pequenas
- 02 baterias para máquina fotográfica
- 01 caixa de 50 unidades de pastas suspensas
- miudezas de escritório
- 2.000 folhas de papel sulfite
- 2.000 folhas de "formulário contínuo" para impressoras de microcomputador
- 5 fitas para impressora

TOTAL (aprox.): U\$ 850,00

SERVIÇOS DE TERCEIROS

- revelação e ampliação de filmes
(aprox.) - **U\$ 200,00**

- 5.000 cópias de xerox
(aprox.) - **U\$ 1.500,00**

TOTAL (aprox.): U\$ 1.700,00

TOTAL GERAL (aprox.): U\$ 56.150,00

XII - BIBLIOGRAFIA

Beozzo, José Oscar - "Leis e regimentos das missões", São Paulo, Loyola, 1983

Centro Ecumênico de Documentação e Informação - "Povos Indígenas no Brasil - 1987/88/89/90", São Paulo, CEDI, 1991

Coordenação Nacional dos Geólogos - "Em busca do ouro: garimpos e garimpeiros no Brasil", Rio de Janeiro, Marco Zero - CONAGE, 1984

II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas - "Relatório Final", Luziânia, 1993

Conselho Indigenista Missionário/Maranhão - "Povos Indígenas no Maranhão", São Luís, CIMI/MA, 1988

Droulers, Martine.; Maury, Patrick - "Colonização da Amazônia Maranhense" in Ciência e Cultura, 33(8): 1033-1050

I Fórum Nacional de Saúde Indígena - "Relatório Final", Brasília, 1993

Gistelinck, Frans - "Carajás, Usinas e Favelas", São Luís, 1988

Gomes, Mércio Pereira - "O povo Guajá e as condições reais para sua sobrevivência", Rio de Janeiro, mimeo, 1989

MacMillan, Gordon - "Digging Away Those Smallholder Blues: goldmining, and colonist agriculture in Roraima, Brazil", Boa Vista, mimeo

Valadão, Virginia - capítulo sobre os Tembé in Povos Indígenas no Brasil, 8 - sudeste do Pará (Tocantins): 177-209 São Paulo, CEDI, 1985

Varga, István Van Deursen - "Indigenismo Sanitário?", São Paulo, in revista Cadernos de Campo (dos alunos de pós-graduação em antropologia da USP), n.º 2, São Paulo, FFLCH/USP, 1992

- "II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: para uma avaliação preliminar" in Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente (dezembro/1993), São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1994