

Bases Sócio Culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região norte do Brasil¹.

Luiza Garnelo², Sully Sampaio³

A temática aqui discutida será tratada em dois eixos: o primeiro se refere ao exercício do controle social no plano local, no funcionamento de conselhos locais ou distritais de saúde e o segundo tratará de um plano político mais geral, na interface das relações travadas entre as grandes organizações indígenas do Norte do Brasil e os gestores das políticas públicas de saúde indígena.

Os dados aqui analisados referem-se à atividades políticas de saúde indígena na região Norte do Brasil e foram coletados através da observação participante de reuniões de conselhos distritais e locais de saúde⁴, de fóruns de controle social como reuniões da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, encontros de profissionais indígenas de saúde (particularmente microscopistas e agentes indígenas de saúde), encontros de saúde promovidos pelas Organizações indígenas como o Encontro Macro-Regional Norte, preparatório para a Conferência de Saúde Indígena e etapas locais, distritais e nacional da III Conferência de Saúde Indígena. Também foram vias de coleta de informações a análise da correspondência referente à implantação do Distrito Sanitário de Manaus, enviada à COIAB por lideranças de aldeia e as atividades de capacitação de conselheiros indígenas de saúde, efetuadas pela equipe do Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena/RASI, nas quais os ricos momentos de interação cotidiana com esses protagonistas das políticas de saúde, ofereceram um auxílio inestimável para o entendimento do dia-a-dia dos conselhos e conselheiros.

¹ Queremos agradecer à equipe do DSEI/Manaus que nos franqueou o acesso à correspondência enviada à COIAB e às lideranças indígenas das organizações da Amazônia, presentes no Encontro Macro-regional e na III Conferência de Saúde Indígena, que autorizaram a gravação de suas falas nestes eventos.

² Médica sanitária, professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade do Amazonas. Coordenadora do Projeto RASI, Doutoranda em Antropologia - UNICAMP e-mail: garnelo@netium.com.br

³ Cientista Social, técnico do Projeto RASI, Mestrando do Programa de Pós-Graduação Natureza e Cultura na Amazônia – Universidade do Amazonas

⁴ Os dados sobre os conselhos foram coletados em fóruns deliberativos dos Distritos Sanitários Alto Rio Negro, Alto Solimões, Médio Solimões e Manaus.

Alguns conceitos básicos devem ser explicitados antes da discussão dos dados. O primeiro deles é o de Organização indígena, aqui caracterizada como forma institucionalizada de expressão do movimento etnopolítico no Brasil, buscando o protagonismo político através da defesa dos interesses dos grupos indígenas. As lutas étnicas podem ser consideradas espaços de disputa de relações simbólicas, através das quais se busca a conservação ou a transformação das correlações de força na sociedade, e uma neutralização simbólica e material das desigualdades sociais; as atividades das Organizações indígenas vem articulando a realidade política das aldeias com forças exteriores à elas, inaugurando formas de luta centradas no direito à diferença étnica e no acesso a bens e serviços oriundos da aplicação de políticas públicas (Bartolomé, 1995).

O segundo conceito chave é o de atividade política caracterizada por Oliveira Filho como “um processo público, pois abrange questões que afetam os interesses de grupos e não apenas de algumas pessoas em particular”(OLIVEIRA Fº. João Pacheco. IN: *Dicionário de Ciências Sociais*, 1987). Swartz, Turner (1966) caracterizam a política como “o estudo dos processos envolvidos na determinação e implementação de objetivos públicos e na obtenção e uso de poder diferencial pelos membros do grupo relacionados com aqueles objetivos” (1966:7, *Political Anthropology*, tradução de OLIVEIRA Fº, op cit.). Assim, entendemos o controle social como uma forma de atividade política exercida pelas Organizações indígenas, em busca da obtenção, junto às instituições gestoras das políticas sanitárias, de espaços de poder a serem utilizados não apenas nas lutas pelo direito à saúde, mas também no contexto geral das relações interétnicas.

A saúde não se constitui como espaço autônomo, por isso o entendimento da complexidade deste campo social deve ser referido à questões mais gerais da cosmologia, da organização das sociedades indígenas e do exercício do poder político seja em seu interior e ainda à luz das interações engendradas pelo processo colonizatório.

Apesar das importantes diferenças nas formas de organização social dos povos indígenas amazônicos, a literatura antropológica⁵ já produziu estudos que permitem assinalar alguns aspectos comuns à maior parte deles, que interessam à presente análise: O primeiro deles é a predominância do poder local, no qual as relações intra aldeia ocupam um lugar de destaque no

⁵ Dentre os trabalhos que efetuam amplas análises comparativas entre os povos das terras baixas sul-americanas, demonstrando semelhanças e diferenças entre eles, podemos assinalar a produção de Pierre Clastres (1978)(1982), Peter Rivière(1984), Joanna Overing(1983-84) e Eduardo Viveiros de Castro(1993).

mundo indígena; quanto mais distante do plano local tanto mais rarefeitas se tornam as linhas de expressão do mesmo. Coerente com esta forma de expressão da sociedade, a chefia política indígena não costuma gozar de poder de mando; conforme assinala a literatura (Clastres, 1978), Rivière, 1984) o chefe indígena ameríndio se caracteriza como um mediador de conflitos, distribuidor de bens, cuja capacidade de intervenção é fundada no diálogo, no convencimento dos liderados e no cumprimento das regras de reciprocidade entre grupos de parentesco. A legitimidade do poder político da liderança é garantida pela afiliação a este tipo de grupo social e o exercício da solidariedade é direcionado pelas regras de consangüinidade e/ou de afinidade; além disso, na Amazônia, muitos grupos também concretizam sua organização social no controle de gênero e de geração

A história do contato gerou, em certa medida, um redimensionamento destes princípios, ao possibilitar a ampliação do espaço de poder da chefatura através do controle de bens e serviços auferidos em negociação com os não índios. As transformações engendradas pelo processo colonizatório propiciaram o surgimento de mediadores das relações interétnicas cujos papéis sociais são distintos daqueles desempenhados pelas chefias de aldeia, mas cuja legitimidade também obedece aos princípios gerais que orientam o poder político local, embora tenham sido mescladas com outros parâmetros como a escolaridade e conhecimento do mundo dos brancos; estes últimos fatores são essenciais para a escolha dos agentes de modernização, mas são insuficientes para garantir a eficácia de sua ação social que, no mundo indígena ainda são garantidas pela posição ocupada pelo líder no universo do parentesco.

Estas características da organização social dos grupos tribais tem fortes reflexos no desenvolvimento do controle social⁶ em saúde indígena; dentre as principais inflexões produzidas pelas formas próprias do pensamento indígena assinalamos:

- A legitimidade de ação de conselheiros **não indígenas** de saúde é fundada em critérios de elegibilidade e representatividade de grupos igualitários de cidadãos, em nome de quem pode tomar decisões. As sociedades indígenas não partilham a idéia de democracia representativa tipo

⁶ Na saúde pública brasileira o termo controle social é para designar o controle e o acompanhamento que a sociedade civil deve exercer sobre a aplicação das políticas públicas e dos recursos destinados à prestação de cuidados sanitários; via de regra ele é exercido nos conselhos de saúde onde são planejadas as ações de saúde destinadas a um região geográfica determinada.

grega; aqui a noção de representatividade não contempla a delegação de autoridade e da possibilidade de decidir pelos representados. O poder do chefe político indígena não tem alcance suficiente para tomar decisões que possam alterar a realidade social de seus liderados e nem tem como garantir que suas decisões e acordos sejam por estes cumpridos. Como sua autoridade é centrada no uso da palavra eles não conduzem os liderados conforme seus desejos, mas enunciam propostas e pontos de vista que podem ser considerados, seguidos ou rejeitados pelos liderados (Clastres, 1982).

Tais características da chefia indígena são atualizadas nas suas modernas associações, voltadas para a mediação do contato interétnico, que também são entidades sem poder de mando, com atribuições de ouvir, entender, explicar e sugerir rumos a tomar nas negociações com a sociedade nacional; a delegação recebida se destina a uma intervenção intercultural mais eficiente junto ao mundo não indígena, veiculando demandas coletivas que ultrapassam os interesses individualizados de cada aldeia (Bartolomé, 1995).

- As obrigações de reciprocidade, oriundas do parentesco se expressam no dia a dia das entidades e nos conselhos de saúde; nestes, o principal compromisso ético dos conselheiros é com os interesses e prioridades de seu grupo de parentes, por quem são pressionados para efetuar a distribuição de bens que afluem a partir do sistema de saúde, em obediência à lógica redistributiva própria dos grupos indígenas amazônicos; a obrigação da chefia, de servir à sociedade, é atualizada na figura do dirigente de Organização indígena e conselheiros de saúde, que devem distribuir bens e serviços, como combustível, medicamentos, motores de popa e cargos remunerados ou de prestígio, equilibradamente entre a parentela. No caso da saúde, tais demandas se confrontam com a lógica técnica, que orienta o planejamento das ações dos Distritos Sanitários e a distribuição dos insumos, de acordo com necessidades geradas pela frequência e distribuição de doenças e composição demográfica da área de cobertura dos serviços.

Os agentes de controle social ficam divididos entre as duas lógicas e cientes de que o não atendimento às solicitações oriundas do parentesco, pode gerar um desgaste político capaz de inviabilizar sua reeleição para os cargos representativos, seja no movimento indígena ou nos conselhos de saúde.

- Autarquia e autonomia são valores caros à vida aldeã, onde cada grupo deve ser capaz de prover sua própria subsistência e evitar formas de dependência entre clãs ou famílias; quando necessário, relações de interdependência são mantidas através de trocas ritualizadas. Tal estilo de vida é pouco compatível com noções técnicas como hierarquia e área de cobertura da rede de serviços, que orientam a organização das unidades em ordem de complexidade crescente, localizadas segundo requisitos de densidade demográfica, acessibilidade e distribuição de doenças, devendo oferecer atendimento a todos os grupos populacionais que formam sua área de abrangência. Na medida em que cada aldeia deseja controlar seus meios de reprodução social e que a implantação de uma unidade de saúde gera um incremento real no fluxo de bens e prestígio, sua localização em uma aldeia específica é interpretada, não como uma medida técnica racionalizadora de custos, e sim como um privilégio político da comunidade sede, instaurando relações de dependência entre o conjunto de comunidades usuárias do serviço e a aldeia em que ele se localiza e gerando um campo fértil para o acirramento de conflitos e disputas preexistentes.

No âmbito comunal os cuidados de saúde são avaliados mais por sua importância sócio-simbólica do que pelo seu poder biológico de curar; bens e serviços de saúde são inseridos no circuito de trocas cerimoniais entre grupos de parentes, não guardando relações necessárias de correspondência com os preceitos da razão epidemiológica.

- As formas indígenas de conceber a doença e a saúde definem boa parte das reivindicações levadas aos conselhos; tais concepções não giram apenas em torno de idéias geradas na cosmologia específica de cada grupo, mas também daquelas incorporadas ao longo do processo colonizatório, que produziu diversos modelos de atenção à saúde⁷, tais como o modelo campanhista, veiculado pelos missionários e pela FUNAI, o modelo de atenção médica curativa centrado na demanda espontânea individual, e mais recentemente as propostas preventivistas do Distrito Sanitário Especial Indígena. As populações indígenas, assim como outros grupos sociais não índios, aprenderam a conhecer e valorizar, a medicina curativa centrada no uso intensivo de medicamentos e equipamentos médicos; tal valorização se expressa através de demandas sempre crescentes de medicamentos, hospitais, laboratórios e outros meios tecnológicos que são

⁷ Modelo de atenção à saúde são as maneiras como são produzidas as ações de saúde e a forma como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las (Garnelo et alli, 1999).

encaminhados à Organizações indígenas e aos Conselhos de saúde, onde se chocam com as prioridades estabelecidas nos planos distritais, que valorizam ações de promoção à saúde e prevenção de doenças

As propostas dos diferentes modelos de atenção à saúde que se produzem historicamente, geram uma gama de discursos sanitários conflitantes entre si, gerando grande dificuldade para os mediadores interétnicos em tornar inteligíveis, para suas bases políticas, as características e diferenças de cada um, auxiliando-as na tomada de decisão sobre a definição de prioridades em saúde. O mais comum é a geração de um hiato entre as informações detidas pelos dirigentes e a população comum da aldeia, o que também influi no aporte de apoio político para os mesmos.

Foi possível observar a concretização das categorias acima descritas em reuniões de conselhos locais e distritais de saúde congregando povos Tukano e Aruaque (Alto Rio Negro), Tikuna (Alto Solimões), Matsé, Cambeba, Miranha, Kulina e Kanamari (Médio Solimões), Mura, Munduruku, Parintintin e Apurinã (Distrito Sanitário de Manaus), bem como na volumosa correspondência dirigida ao presidente da COIAB, onde se alinham copiosas solicitações de bens, serviços e cargos por chefias de aldeia. A pressão redistributiva parece incidir com mais intensidade nas fases iniciais do processo de implantação das instâncias de controle social e de atenção à saúde; à medida em que cresce o entendimento das potencialidades e limites oferecidos pela implantação do Distrito Sanitário, o que se tem observado, até o momento, é uma tendência de refluxo dos pedidos de bens e serviços para os dirigentes da Organização indígena conveniente e o direcionamento da intervenção nos planos distritais, buscando influenciar nas prioridades de alocação de recursos financeiros do Distrito.

No outro extremo deste cenário temos as Organizações indígenas, um tipo de instituição sem equivalente nos modos tribais de vida, mas que não se isentam da influência das formas de exercício do poder político nas sociedades que lhes deram origem. Estas entidades vem construindo historicamente um tipo de identidade política centrado na apropriação e utilização de formas institucionais e saberes não indígenas, mas que permitem um reencontro e um reforço da “comunidade étnica” em busca de seus direitos civis, além de viabilizar a captação de bens, recursos e serviços capazes de contribuir para a redução da assimetria produzida pelo processo colonizatório.

Albert(2001) que vem analisando a trajetória das Organizações indígenas no Brasil, demonstra uma tendência à institucionalização, à uma vinculação crescente às agências de cooperação e às idéias de desenvolvimento sustentável, que valorizam a questão indígena por sua ligação às propostas ambientalistas. As transformações flagradas pelo autor, comportam um deslocamento de lutas políticas centradas ” ... numa etnicidade estritamente política, embasada em reivindicações territoriais e legalistas, para o que se poderia chamar de *eticidade de resultados*, na qual a afirmação identitária se tornou pano de fundo para a busca de acesso ao mercado e, sobretudo ao ‘mercado de projetos’ internacional e nacional aberto pelas novas políticas descentralizadas de desenvolvimento sustentável (local/sustentável)” (2001:198).

O autor assinala ainda uma retração do Estado brasileiro no cumprimento de suas obrigações institucionais de representação política e jurídica dos povos indígenas, abrindo caminho para que as organizações desempenhem funções assistenciais em áreas variadas como educação, saúde, vigilância territorial e projetos econômicos diversos. O processo é caracterizado como uma transferência das responsabilidades essenciais do Estado para as esferas locais através de descentralizações de poder no interior do próprio aparato estatal, com se deu na municipalização da educação, ou para entidades não governamentais através de mecanismos de terceirização, como vem ocorrendo com a saúde (2001:199).

O processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, iniciado em 1999, vem seguindo a via da terceirização, concretizada através de convênios com entidades não governamentais, sendo muitas delas, Organizações indígenas contratadas para a execução integral das ações distritais de saúde. Tal estratégia não encontra correspondente em qualquer outra área do Sistema Único de Saúde, onde as experiências de terceirização tem se restringido à contratação de serviços em áreas específicas como atividades meio, recursos complementares de diagnóstico e prestação de alguns serviços especializados. A rede privada permanece ocupando um espaço privilegiado na destinação de recursos do SUS, mas sua atuação não implica em renúncia na execução direta de serviços de saúde pelo poder público, como vem ocorrendo com a saúde indígena. Tal decisão política restringe o cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão do sub-sistema de saúde indígena.

Analisando as relações entre o Estado e o terceiro setor⁸, Magalhães(2000) demonstra que no contexto neoliberal brasileiro vem se instalando um processo de redução do Estado, com repasse progressivo de suas funções públicas para entidades civis, como as Organizações Sociais e as atuais Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público/OSCIP, que passam a se pautar pelo atendimento a interesses públicos, ao serem encarregadas, pelo poder de Estado, da execução de políticas públicas. O autor demonstra que processo pode conduzir a um incremento da democratização da sociedade e da capacidade de intervenção nas políticas públicas, por grupos civis organizados, em busca da redução de assimetrias econômicas e sociais. Além disso, a captação de recursos pela terceirização pode propiciar um fortalecimento institucional e um aprimoramento da gestão administrativa dessas entidades civis, podendo resultar numa maior capacidade de intervenção no cenário social (2000:42-54).

Por outro lado, o deslocamento de poder também implica numa desconstrução do aparelho estatal e, no caso da saúde, numa impossibilidade de funcionamento adequado do Sistema de Saúde, cuja pulverização de ações e serviços tende a gerar descoordenação, ineficiência e ineficácia. O modelo terceirizado tampouco afasta o risco de corrupção, e instaura a necessidade de um acompanhamento técnico minucioso das ações conveniadas, para as quais os órgãos públicos não tem preparo adequado.

Outra importante consequência assinalada por Magalhães (op.cit.), é que, ao repassar a responsabilidade da execução, o poder de Estado afasta de si a cobrança dos destinatários do serviço; por sua vez, a entidade civil captadora dos recursos passa a sofrer uma dupla pressão, a dos usuários e a do financiador (2000:47). Ele refere ainda a superposição de papéis do terceirizado, que passa a atuar simultaneamente como *organização militante*, isto é, em luta pelos direitos sociais e uma *organização profissional*, ou seja, uma entidade prestadora de serviços sociais, cujo acesso a organização militante procura garantir.

As características descritas pelo autor são bastante convenientes para direcionar nossa análise das relações entre as grandes Organizações Indígenas da Amazônia brasileira que assumiram convênios com o Ministério da Saúde para executar as ações distritalizadas de saúde, nas áreas indígenas. A impacto desta relação pode ser dimensionado ao considerarmos o perfil

⁸ Fernandes, caracteriza o terceiro setor como "um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos" (1994:21)

dos 11 convenentes indígenas na Amazônia⁹, que são entidades de grande alcance regional, recobrando realidades multiétnicas que agregam os povos indígenas de Roraima (Conselho Indígena de Roraima/CIR), Rondônia (Coordenação das Nações e Povos Indígenas dos Estados de Rondônia, Norte do Mato Grosso e Sul do Amazonas/ CUNPIR), Alto Solimões (Organização Tõru Mõru/ OTM), Vale do Javari (Conselho Indígena do Vale do Javari/ CIVAJA), Alto Rio Negro (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro/ FOIRN), Médio Solimões (União das Nações Indígenas de Tefé/ UNI-Tefé), Alto Juruá e Alto Purús/Acre (União das Nações Indígenas do Acre/ UNI-Acre), Médio Purús (Organização dos Povos Indígenas do Médio Purús/ OPIMP), Amapá (Associação dos Povos Indígenas do Oiapoque /APIO) e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira/ COIAB¹⁰, totalizando mais da metade dos povos indígenas da Amazônia legal. Tais Organizações são as maiores, mais estruturadas e experientes nas lutas etno-políticas travadas nas duas últimas décadas.

A vinculação dessas entidades à proposta de terceirização do Ministério da Saúde gera uma influência direta desta política de governo sobre as condições de vida da maior parte dos grupos indígenas da Amazônia legal, a área de grande interesse estratégico na geopolítica mundial, para onde incidem as atenções e interesses da sociedade globalizada.

A trajetória percorrida por elas mostra, tal como apontou Albert (2000, op. cit.), a superação da fase de denúncias contra a violação dos direitos indígenas que marcaram os primeiros momentos de constituição do movimento indígena e a tomada de decisão de intervir no cenário político através de ações concretas, capazes de contribuir para a melhoria das condições de vida dos grupos aldeados. Tal decisão é perfeitamente congruente com as expectativas forjadas, pela base política dessas entidades, em torno do trabalho dos mediadores do contato interétnico, de quem se espera que sejam capazes de captar bens e serviços para redistribuição comunal. As posições publicamente assumidas pelos dirigentes das grandes associações indígenas do Norte, demonstram a necessidade de promover uma mudança nas formas de interação com suas bases políticas, rumo à estratégias de neutralização da desigualdade, sob pena de esvaziamento da retórica política do movimento indígena, caso esta não se traduza em modificações claras e perceptíveis no dia a dia do aldeado.

⁹ Este número de convenentes é de Maio de 2001; no momento atual é possível que o número de convenentes indígenas tenha aumentado.

Esta decisão política é explicitada na posição dos signatários de um documento¹¹ elaborado pelas grandes Organizações Indígenas do país, no calor dos conflitos ocorridos na comemoração dos 500 anos de descoberta do Brasil. Neste documento, elaborado no contexto de uma guerra de posições e interpretação dos graves eventos políticos de coroa vermelha, as lideranças se posicionam contra o CIMI, que as acusara, em carta anterior, de terem sido cooptados pelo governo; historicam e justificam suas posições no trecho transcrito a seguir:

“Atuou-se para que a participação indígena deixe de ser apenas decorativa para que possamos assumir nossas responsabilidades. Articulações, convênios foram firmados na perspectiva de promover a melhoria de vida para as populações indígenas de todo país. Mais recentemente, várias organizações passaram a manter Convênio com a Fundação Nacional de Saúde na perspectiva de modificar o triste quadro de saúde dos povos indígenas; cansados de analisar os relatórios anuais do CIMI a respeito das ‘violências contra os povos indígenas’ procuramos mudar o curso da história e dos acontecimentos na vida cotidiana das aldeias. Por assinarmos os convênios com a Fundação Nacional de Saúde fomos duramente criticados pelo CIMI que não concorda que as organizações indígenas atuem na prestação de serviços de saúde, alegando que esta é uma política de terceirização” (2000:74)

A posição política veiculada no documento reflete o momento organizativo dessas entidades, que buscam uma vinculação mais objetiva com as necessidades da vida aldeã do que as clássicas bandeiras do movimento indígena permitem. O esvaziamento da bandeira de luta da demarcação, hoje resolvida na maior parte dos grandes territórios indígenas amazônicos, produz a necessidade de novos campos de consenso capazes manter a aglutinação dos sujeitos sociais aos projetos do movimento etno-político. Aqui, a etnicidade política se transfigura em necessidade técnica, capaz de gerar produtos visíveis e palpáveis de saúde, educação, auto-sustentação e outros. A chamada *eticidade de resultados* é uma forma de ação política, mais

¹⁰ O convênio firmado pela COIAB visa a prestação de assistência às populações indígenas de 11 municípios próximos à Manaus.

pragmática decerto, mas nem por isso menos política, ou menos legítima, que se apropria de novos espaços de luta, na busca viabilizar a resolução de problemas e propostas de transformação da sociedade, através da própria iniciativa indígena.

Novas estratégias de ação exigem novos perfis de gerência, demandando a formação de quadros com habilitação técnico-administrativa, capazes de conduzir processos de captação e circulação de bens e serviços que anteriormente não compunham a grade habitual de atuação das Organizações indígenas. A trajetória dos dirigentes evidencia um ativo aprendizado da linguagem e estratégias da tecno-burocracia, do manejo de instrumentos administrativos e técnicas de gestão, como via de apropriação da lógica institucional de entidades públicas e de cooperação internacional visando o aprimoramento da eficiência e eficácia de suas entidades.

Tal opção não está isenta de riscos, como os já apontados por Magalhães (op. cit.). Na medida em que a Organização indígena assume atribuições públicas, recebe também os ônus do contraditório processo de desmanche do Estado brasileiro, assumindo funções constitucionais das quais este tenta se eximir; o processo gera um atrelamento, ainda que involuntário, à prioridades políticas definidas nas esferas de governo e molda o funcionamento da entidade a planos, metas, prazos e orçamentos que violentam seu ritmo de trabalho e propósitos de atuação. Atrasos no repasse de recursos, cortes de orçamento, conflitos trabalhistas e problemas decorrentes do mau funcionamento de outros níveis do Sistema Único de Saúde passam a onerar politicamente a prestadora de serviços, deixando os órgãos de governo à salvo da crítica dos usuários. Igualmente não é desprezível a contradição em desempenhar simultaneamente as funções de organização militante e de prestadora dos serviços cuja abrangência e qualidade, a militância procura garantir; o formato peculiar da terceirização da saúde indígena e do funcionamento dos conselhos de saúde transforma a convenente indígena em executora e fiscalizadora de si própria.

As enormes responsabilidades geradas pelas funções sociais da ação sanitária, pela complexidade técnica das ações programadas e dos intrincados mecanismos de movimentação e prestação de contas de recursos públicos passa a exigir um grande esforço das pessoas e instituições e gerar um risco real de relegar outras atribuições das entidades a um plano

¹¹ Dos 25 signatários deste documento, 11 deles tem ligações diretas com a gestão dos convênios estabelecidos com o Ministério da Saúde.

secundário e de produzir uma burocracia indígena voltada para a condução de processos técnico-administrativos com pouca aderência aos processos político-comunais.

Entretanto a participação no processo de terceirização aponta também para a possibilidade de desconstrução do estigma da tutela e da incapacidade política e intelectual que lhes foi atribuída pelo mundo do “branco”, no processo colonizatório. O reconhecimento das Organizações indígenas como parcerias potenciais, pelo Ministério da Saúde instaura a possibilidade de um protagonismo político, trazendo-as para o centro de uma cena política onde anteriormente as instituições indigenistas tentavam relegá-las a um lugar social subordinado, ou mesmo se negando a reconhecer sua existência jurídica. As potencialidades desta conjuntura foram rapidamente apreendidas pelos dirigentes e contribuíram para sua decisão de assumir a arriscada proposta da terceirização.

A análise das falas das lideranças no encontro macro-regional promovido pela COIAB em Maio de 2000 permite evidenciar as características e motivações desta trajetória.

“ Antes era para nós lutarmos por nossos direitos. Que direito era esse? Era a demarcação das Terras Indígenas...Então foi com essa base que foi criado o movimento indígena e nós chegamos hoje num patamar tão grande, numa esfera bem mais alta que até mesmo hoje nós mesmos estamos querendo nos enrolar...O que nós queremos com a saúde é uma parte só...dentro do movimento indígena ela exige muito mais coisas: aspectos sociais, aspecto de auto-sustentação, aspecto cultural, aspecto político e aspecto de cura de doença que enfrentamos dentro de nossas áreas” (Liderança do CIVAJA)

“ ..nossa idéia desse debate é para discutir o que está acontecendo, problemas que tivemos e a reação de nossas Organizações... em alguns lugares tivemos problemas políticos seríssimos com essa coisa de terceirização e neoliberalismo, mas lá na ponta, na comunidade está o agente de saúde trabalhando com sua radiofonia, os médicos passando por lá, fazendo atendimento, fazendo alguma coisa pelo povo que jamais se viu lá... Com isso algumas organizações não gostaram, disseram que a gente agora tinha contrato e que agora o governo ia ditar regra para fazer o trabalho; que estávamos em risco porque assumimos toda a responsabilidade administrativa e iríamos receber toda a reclamação dos povos... então aparentemente é uma coisa assim tão complicada porque a gente nunca tinha trabalhado nisso,

mas se você for perceber, aos poucos o povo e as lideranças, todos estão aprendendo...”
(Presidente da COIAB)

“ Com relação a questão do convênio a UNI-Acre tem acompanhado desde 1991, ..., a discussão do processo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena... a gente vem acompanhando esta discussão na CISI e na própria Conferência Nacional de Saúde Indígena, juntamente com o CIR, a COIAB e outras organizações indígenas...A UNI-Acre sempre foi uma das defensoras para que a saúde indígena tivesse comando único; nós acompanhamos a discussão e aprovação da Lei Arouca no congresso e nas comissões que estavam propondo o projeto de lei que nós aprovamos. Nesse sentido é uma política do governo, mas por outro lado nós participamos, nós contribuimos para que essa política realmente fosse transformada em lei que nos beneficiasse... Se este convênio estivesse na mão de uma Prefeitura ou de uma entidade de não indígena a gente não teria uma participação direta no sentido de fazer planejamento, de discutir, corrigir alguma coisa, ...ninguém nos chamaria para nada” (liderança da UNI-Acre).

“ A FOIRN é uma organização indígena que foi fundada em 87, e com o decorrer dos anos foi crescendo suas atividades, haja visto que era só discussão política teórica que se fazia; os governantes não tomavam posição em relação às comunidades, então por isso é que as lideranças indígenas resolveram dar meios de ação para a FOIRN para que se pudesse colocar em prática, para mostrar para o poder público que é possível fazer as coisas...É neste sentido que a FOIRN, além de outros convênios que ela já tinha com agências estrangeiras também fez convênio com o governo. Esse convênio permitiu fazer muitos trabalhos de saúde nas comunidades, mas também contribuiu para a política indígena, porque nesta mobilização comunitária para discutir política de saúde também se discute projetos de interesse do movimento indígena. Neste sentido, o convênio que a FOIRN tem com o governo ... dá mais força para o movimento indígena para se capacitar para entender melhor de política de saúde e de administração. Então a gente vê o outro lado..” (liderança da FOIRN).

As falas mostram a preocupação de dirigentes que, por força de ofício devem lidar simultaneamente com localismos e globalismos, conjugando intervenções dirigidas a temas muito amplos, como o ônus político de partilhar o processo de terceirização, com a necessidade de desenvolver ações concretas no âmbito comunitário. A mudança do paradigma de atuação do

movimento etno-político é claramente evidenciada nas histórias e necessidades concretas por ele protagonizada, ao lado de uma eficiente apropriação dos conceitos e propósitos da reforma sanitária. As formas de intervenção social das lideranças indígenas evidenciam os propósitos de assumir o protagonismo na implantação do modelo de distritalização sanitária indígena. Percebendo também a multipotencialidade do processo planejam obter, através do mesmo, uma intensificação de bandeiras políticas gerais da movimento indígena.

O processo reflete a concretização de um tipo potencial de autodeterminação, aquela caracterizada por Viveiros de Castro como “... idéia (que) sublinha ... o caráter de Sujeito dos povos indígenas, sublinha sua diferença ativa; sua capacidade virtual de definir os rumos da própria história. A autodeterminação implica num direito essencial: o *direito à diferença*, direito difícil de se conceber e de se conceder; de resto, direito que não se concede e sim que se reconhece.” (1983:235)

O cenário explicitado pela atuação dos dirigentes da Organizações indígenas do Norte do Brasil mostra vitalidade, clareza de propósitos e comprometimento com sua etnicidade, permitindo caracterizá-los, tal como o conceito formulado no início do texto, como um *grupo envolvido na implementação de objetivos coletivos, em busca de obter poderes diferenciados, que os habilitem a perseguir projetos relacionados com a satisfação de tais necessidades*, ou seja, como um grupo cujas ações se configuram como de natureza plena e integralmente política.

Bibliografia

- ALBERT, Bruce. 2001 “ Associações Indígenas e Desenvolvimento Sustentável na Amazônia Brasileira”. In: **Povos indígenas no Brasil, 1996/2000** SP: Instituto Sócio Ambiental
- BARTOLOMÉ, Miguel. 1995 .“Movimientos etnopolíticos y autonomías indígenas en Mexico” . **America Indígena**, 1-2:361-382.
- CLASTRES, Pierre. 1978. **A Sociedade contra o Estado. Pesquisas de Antropologia política**. Rio de Janeiro. RJ: Ed. Fc°. Alves
- _____. 1982. **A Arqueologia da Violência. Ensaios de Antropologia Política**. Rio de Janeiro. Ed. Brasiliense
- DODGE, Raquel E. 2001. **Povos Indígenas: Direito, Ética e Controle Social**. Palestra de Abertura da III Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, , 19pp

- FERNANDES, Rubem, 1994. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. RJ: Ed. Relume Dumará.
- GARNELO, Luiza., *et alli.* (1999). **Contribuições para a Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro**. Manaus, 33 pp (mimeo)
- MAGALHÃES, Edgard. 2000. **O Estado e a Saúde Indígena. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami**. Dissertação de Mestrado em Política Social, Universidade de Brasília.
- _____. 1999. **A descentralização e o terceiro setor: entre o esvaziamento do Estado e o fortalecimento da sociedade civil**. Brasília: SER/UNB, 12pp, (mimeo).
- OLIVEIRA FILHO, João Pacheco. 1987. IN: *Dicionário de Ciências Sociais*. Editora Fundação Getúlio Vargas, 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ.. 66p
- ORTOLAN MATOS, Ma, Helena. 1997. **O Processo de criação e consolidação do Movimento Pan-Indígena no Brasil (1970-1980)**. Dissertação de Mestrado em Antropologia, Universidade de Brasília.
- OVERING, Joanna, 1983 – 84. “Elementary structure of reciprocity: A Comparative note on Guianese, Central Brazilian and Northwest Amazon Sociopolitical Thought”. *Anthropologica* (59-62): 331-348
- RIVIÈRE, Peter. 1984. **Individual and Society in Guiana. A comparative study of Amerindian social organization**. Cambridge: Cambridge University Press
- SWARTZ, M., TURNER, V., TUDEN, A. 1966. **Political Anthropology**. Chicago; Aldine Publishing Company.
- VIVEIROS de CASTRO, Eduardo. 1983. “Autodeterminação indígena como valor”. *Anuário Antropológico* 81. Fortaleza-RJ: Ed. Universidade Federal do Ceará/Tempo Brasileiro.
- _____. 1993. “Alguns aspectos da afinidade no Dravidiano Amazônico”. In: VIVEIROS DE CASTRO, E., e CARNEIRO DA CUNHA, M. **Amazônia: Etnologia e História indígena**. SP: NHII – USP/FAPESP

Documentos Consultados

As Faces Escuras do Indigenismo Missionário com as Modernas Formas de Dominação Colonial. Documento produzido pelas Organizações Indígenas em Abril de 2000. In: **Povos indígenas no Brasil, 1996/2000** SP: Instituto Sócio Ambiental

As Muitas Faces de uma Guerra. CIMI interpreta comemorações dos 500 anos e critica movimento indígena. In: **Povos indígenas no Brasil, 1996/2000** SP: Instituto Sócio Ambiental.

COIAB. *Relatório Final do Encontro Macro Regional preparatório para a III Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Maio de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília. Maio de 2001.

Cartas escritas por chefias de aldeia para a COIAB