

HUMBERTO MÁRIO MEZA

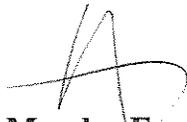
Política em Comunidade. Experiências da participação Kaingáng na
implementação da política da saúde indígena

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Departamento de Ciência Política
do Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Estadual
de Campinas sob a orientação do
Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira
Costa

200327877

Este exemplar corresponde à
redação final da tese
defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em
02/07/2003

BANCA



Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa (orientador)



Prof. Dr. Rachel Meneguello



Prof. Dr. Maria Suely Kofes

JULHO/2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE	BE
Nº CHAMADA	UMICAMP
	M579p
V	EX
TOMBO BC/	55317
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	21/08/03
Nº CPD	

CM00188253-6

BIB ID 298915

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

M579p

Meza, Humberto Mario

**Política em comunidade. Experiências da participação
Kaingáng na implementação da política pública da saúde indígena
/ Humberto Mario Meza - Campinas, SP : [s.n.], 2003.**

Orientador: Valeriano Mendes Ferreira Costa.

**Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Políticas públicas. 2. Índios Kaingang. 3. Reforma
sanitária. 4. Participação política. I. Costa, Valeriano Mendes
Ferreira. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.**

RESUMO

A discussão desenvolvida nesse trabalho insere-se no atual modelo participativo de co-gestão Estado-Sociedade Civil, via conselhos gestores ou deliberativos de políticas públicas, convênios de cooperação com ONGs, entre outras experiências participativas. Modelo que, no entanto, também caracteriza as relações atuais do Estado com as comunidades indígenas brasileiras, visando ensaiar uma nova prática indigenista. Partindo desse entendimento, analisaremos as experiências participativas dos moradores da Terra Indígena Kaingáng da região norte do Paraná, no bojo da implementação da política pública de saúde indígena, apenas três anos depois de aprovada uma reforma que, entre outras transformações, demanda o traspasso de funções no campo sanitário da FUNAI para a FUNASA, alterando ao mesmo tempo, o cotidiano dos usuários indígenas. Tentaremos determinar o conteúdo das estratégias indígenas perante essa mudança, e ao mesmo tempo, perceber quanto de novo (ou apenas renovado) existe na prática indigenista do Estado brasileiro.

ABSTRACT

Discussion developed into this text takes place on current State- Civil Society model of shared management, through of deliberating publics politics spaces, cooperation councils with NGOs and others participative experiences. At the same time, this model characterizes current relationships between the State and the Brazilian Indigenous Population, pretending to try a new indigenism practice. From this perspective, we shall analyze the participative experiences of whose living in Kaingáng indigenous land at north of Paraná, inner implementation of public policy of indigenous health, only three years after approbation of a reform that asks for a transfer of functions of sanitary area from FUNAI to FUNASA, altering daily life of indigenous users. We will try to determinate the indigenous strategies content in spite of that change, and to perceive the new (or only the improvement) that exists in the indigenism practice of Brazilian State.

Agradecimentos

O resultado dessa pesquisa deve-se mais à colaboração (e de certa medida à ausência) de pessoas do que das instituições.

Primeiramente, deve-se à aceitação dos indígenas Kaingáng da aldeia Apucarantina por terem permitido invadir todo o tempo disponível, as suas casas e a sua comida, em função da elaboração do trabalho empírico, obviando certas experiências difíceis antes vividas com outros pesquisadores.

Deve-se também ao acompanhamento e orientação metodológica do Prof. Dr. Valeriano Costa, que sem negligenciar a sua responsabilidade, me abriu o espaço para com certa independência desenvolver a pesquisa e, junto com ela, descobrir as rigorosidades que demanda qualquer trabalho desse tipo, especialmente quando se propõe analisar realidades politicamente complexas como esta.

Mas essa experiência metodológica não seria completa sem a colaboração das Profas. Dra. Rachel Meneguello e a Dra. Suely Kofes, cujos comentários, críticas e alertas aos riscos que estava me defrontando definiram surpreendentemente os rumos e conteúdos desta versão final, animando a aprofundar em estudos que nessa versão abordo apenas de forma tangencial.

Mesmo mérito encontro nos Profs. Dra. Evelina Dagnino e no Dr. John Monteiro que em alguns momentos do Mestrado, através dos seus respectivos cursos e interessantes discussões fora deles, me ajudaram a construir um entendimento mais complexo, problematizável, dinâmico e crítico da Cultura, da Política e das Sociedades Indígenas brasileiras.

À Profa. Dra. Kymie Tomassino da UEL e ao Dr. César Gotman da FUNASA por ter tido a paciência necessária para me introduzir nessa realidade tão difícil de apreender. Sem eles, teria sido impossível obter documentos, conhecer os caminhos andados, entender os indígenas e compreender a vivência da Terra Apucarantina.

Toda esta aventura acadêmica também não seria satisfatória sem a companhia, a solidariedade e as ricas discussões com meus amigos e colegas Ana Paula, Gabriel, Wagner, Juliana, Claudia, Sérgio, Ana Claudia, Maria do Carmo e Tati, que mediante nossa turma de mestrado e, depois, no grupo de estudos da “esfera pública” conseguimos enfrentar a solidão que esse tipo de experiências nos trazem.

Aos meus caríssimos amigos Dora, Benilson, Mari, Camilo, Cacilda, Gelson, Elaine, Martha, Mauro, Izbeleth, Marcelo e Juan Carlos que em vários momentos conseguiram me fazer sentir amar toda esta experiência em “terra estrangeira”.

Alguns na sua distância regalaram-me todo o tempo que tinham destinado para compartilharmos juntos, permitindo me ausentar por mais de dois anos, deixando os amigos, meu emprego e o meu país para concretizar essa meta. Às minhas irmãs Daviana e Gabriela, à minha mãe, a Cristina, a Thelma, a Elio, Reyna, Benjamin, David, Amália, Auxiliadora, Oswaldo, Nidia e Mário devo esse resultado, hoje concreto.

E finalmente, e claro, não menos importante, à Kohar e à Fundação Konrad Adenauer que financiaram essa vivência acadêmica e o desenvolvimento da investigação.

Sem vocês não teria sido possível

Muchas gracias..!

SIGLAS UTILIZADAS.-

AIS	Agentes Indígenas da Saúde
APEART	Associação Projeto Educação do Assalariado Rural Temporário
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial da Saúde Indígena
CISI/CNS	CISI/Conselho Nacional da Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional de Bispos do Brasil
CNS	Conferência Nacional da Saúde
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazona Brasileira
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisas
COPEL	Companhia Paranaense de Eletricidade
DR-FUNAI	Direção Regional - FUNAI
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI/INSUL	DSEI/ Interior Sul
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
IBAMA	Instituto Brasileiro de Meio Ambiente
ISA	Instituto Sócio Ambiental
OEA	Organização de Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra Indígena
UEL	Universidade Estadual de Londrina

ÍNDICE

Apresentação	11
<i>O processo da pesquisa</i>	15
<i>Kaingáng da T.I. Apucarantina, atores principais</i>	16
<i>Estrutura do texto</i>	18
Introdução: A reformulação da questão indígena no cenário atual	21
CAPITULO I	
ENSAIANDO UM NOVO INDIGENISMO?	27
(Reforma Sanitária e Sociedades Indígenas)	
1.1.- Entre a lógica econômica e política	29
(Estudos da reforma sanitária e saúde indígena)	
1.2.- O drama institucional	36
(A discussão de um novo tipo de sociedade)	
1.3.- A reforma no cotidiano	44
(Descentralização estatal e Sociedades Indígenas)	
CAPITULO II	
PRÁTICAS INSTITUCIONAIS	49
(O acomodo do Estado na temática indígena)	
2.1.- De velhos a novos atores	49
2.2.- Espaços institucionais da deliberação	54
2.3.- goifa to veme!	59
(falando de alcoolismo na aldeia Apucarantina)	
<i>a) Doença que dá cadeia</i>	62
2.4.- Atritos municipais, obstáculos para a representação indígena ..	66
CAPITULO III	
INSTITUIÇÕES E COTIDIANO	69
(Casos Kaingáng)	
3.1.- O cotidiano: cenário e problema político	70
3.2.- T.I. Apucarantina, o cenário	75
3.3.- Os atores no novo arranjo	78
3.4.- Experiências de vida, política no cotidiano	82
<i>- A fala instituída na comunidade (o caso COPEL)</i>	84
<i>- Questões de linguagem e legitimidade, ONGs de assistência</i>	90
<i>- Lideranças em trânsito (das banganhas e constrangimentos)</i>	95
<i>- A Bíblia do kuyã católico</i>	98
<i>- Caso de kuyã, caso de polícia</i>	102

- <i>Uma fórmula liberal legitimadora da tutela</i>	105
<i>(Intento de instaurar uma política de saúde da mulher indígena)</i>	

CAPÍTULO IV
EXPERIÊNCIAS DE CO-GESTÃO, ASSUNTO DE IDENTIDADE

(Auxílios teóricos)	111
4.1. A partilha da gestão como um novo dilema	114
4.2.- A identidade como valor político	121
4.3 Qual encontro?	128
(O que define a nova relação Estado-Indígenas?)	
Considerações finais	133
Bibliografia	139
Anexos	145

APRESENTAÇÃO

As idéias e análises expostas nas páginas a seguir poderiam se reconhecer em todas as pessoas que me foram de valiosa interlocução, a maioria delas não vinculadas com a temática indígena, porém foram certos acontecimentos durante o início da nossa pesquisa empírica os que determinaram as arguições desse trabalho.

Apenas algumas semanas depois que o foco da dissertação estava determinado, tive o privilégio de participar em um dos vários encontros de professores e conselheiros indígenas do norte do Paraná com funcionários de uma rede de ONGs que visavam entender qual a noção da participação social que têm os membros destas comunidades. O objetivo era a criação de novos programas em parceria com os atores étnicos.

Durante o encontro surgiram inúmeras definições e discussões formais de como se participa, das vantagens de participar, de formar organizações, etc, mas foi no momento dos indígenas falarem quando descobri as complexidades que essa questão em si envolve. Todos eles ressaltaram a necessidade de se verem engajados em diversos espaços participativos, partindo dos seus próprios Territórios Indígenas (T.I.)¹ e ao mesmo tempo, quase ninguém depositou a ação participativa como sendo um tributo das lideranças aceitas pelo mundo do branco, ou seja, caciques, chefe do Posto, idosos, etc.

Dentre as intervenções dos indígenas Kaingáng que mais me chamaria a atenção foram aquelas que assemelharam a ação participativa “à semente do milho”, e mais outra que chegou a considerar que a participação significa “compartilhar, dividir o pouco que a gente sabe”, para construir “organizações próprias” e serem “associações jurídicas com as quais se conseguiria respeito a nossa cultura, assim como se respeita a cultura do italiano, do alemão”.

Assim, ficaria convencido que a comunidade indígena disposto a pesquisar faria uma associação imediata entre a participação institucionalizada e a obtenção de con-

¹ Ao longo da dissertação, utilizarei as iniciais de T.I. para me referir às aldeias indígenas, pois essa é a noção de território reconhecida tanto pelos indígenas, quanto oficialmente e que remete à incorporação do fator territorial nos direitos indígenas, incluído no texto Constitucional de 1988

quistas sociais, mas essa certeza diluiu-se desde o primeiro dia em que pisei a T.I. Apucarantina, quando a esposa do Presidente do Conselho de Saúde, também indígena, interrompeu timidamente a minha conversa com seu marido, Renato, para colocar uma questão que nortearia todas as minhas inquietações durante os próximos meses: *“antes, os índio não era considerado para nada, mas agora nós somos importantes para tudo. O que fazer?”*.

Essas anedotas poderiam ter me revelado, entre muitas coisas, quantos os indígenas entendem da novidade política em que estão imersos, poderiam ter me dito muitas coisas sobre o papel das lideranças tradicionais no novo contexto, a função da mulher Kaingáng na prática participativa, etc, mas a constatação que tive era de que não existia um elo tão evidente assim entre a participação institucionalizada e a efetivação dos seus direitos sociais, nem que o contrário – que a institucionalização anulasse a efetivação desses direitos – poderia acontecer.

É por isso que o alcance dessa dissertação não é facilmente explicado abrindo mão do contexto em que ela se insere, pois embora possa ser encaixada como uma discussão em torno à cidadania indígena (aliás, esse era o objetivo original) ou das dimensões democráticas do “novo” indigenismo, etc; o resultado é insuficiente nesses termos, e assim, tenta apenas explicar as dinâmicas participativas embutidas no desenho de uma política pública específica, dirigida a uma comunidade indígena particular.

Por tanto essa dissertação trata da implementação da reforma sanitária brasileira nas comunidades indígenas, particularmente na T.I. Apucarantina do norte do Paraná, habitada por uma sociedade Kaingáng de 1,250 pessoas, reconhecida como a maior aldeia da região.

Sem perder de vista as complexidades que comporta, esse estudo pretende explicar de que maneira os atores indígenas desse território entram e elaboram as suas respostas no embate da política de saúde implementada, desde que esta implementação é decorrência de uma série de constrangimentos sofridos no bojo do Estado brasileiro e de uma alteração, não menos constrangedora, da sua relação com as próprias sociedades indígenas.

Partimos do entendimento de que a atuação indígena nos embates da política sanitária acontece em função das particularidades étnicas que o distingue, especificidades que não estão apenas espelhadas na sua relação com os não-indígenas, mas no planejamento e execução do atendimento da saúde, cujo discurso oficial se preza de estimar essas diferenças étnicas.

Se bem uma política pública planejada nesses termos envolve certas ambigüidades expressas na distancia que existe entre o discurso e a prática, a definição dela significou uma redefinição das competências de alguns órgãos do Estado, gerando assim uma série de constrangimentos institucionais que provocaram uma piora do quadro sanitário das comunidades indígenas.

A política pública de saúde que se aplica hoje nas comunidades indígenas brasileiras tem a sua gênese na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), processo político que mobilizou os anseios de todo um setor reformista vinculado aos movimentos sociais, partidos políticos e o próprio Estado durante os primeiros anos da transição democrática, mas ao mesmo tempo distancia-se dela, por causa da resistência colocada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) - órgão indigenista vinculado ao Ministério de Justiça- em permitir a concretização dessa reforma nas T.I. brasileiras.

A resistência era ocasionada pelo fato da reforma constituir uma total retirada da política de saúde indígena entanto responsabilidade da FUNAI, para se incorporar ao leque de atribuições da então recém-formada Fundação Nacional da Saúde (FNS), burocraticamente subordinada ao Ministério da Saúde, uma operação que também envolveria o traspasso de verbas e recursos humanos. Com ela, a FUNAI veria o seu quadro de atuação atingido, pois as políticas de educação e moradia seriam também descentralizadas a favor dos respectivos Ministérios técnicos da União.

Assim, por cima de qualquer motivação eminentemente econômica, este traspasso constituir-se-ia em um problema político, pois a redução das atribuições do órgão indigenista leu-se como questionamentos à sua prática e, ao mesmo tempo, gerava crises quanto aos fatores que justificariam a sua existência.

Mas essa mudança não ganhou apenas um reconhecimento no plano institucional. As comunidades indígenas, enquanto usuários/alvos da política viram a sua prática

política redimensionada, ao ter que dialogar com outros atores institucionais que não apenas a FUNAI, condição que começou a se refletir no envolvimento cada vez mais frequentes de ONGs de assistências, antropólogos que discutiriam políticas públicas, advogados que mediarão a sua relação com o Estado, etc.

Nesse sentido, a modificação institucional encontraria reconhecimento no cotidiano dos atores indígenas, cuja participação seria problemática em função da desconfiança que mediarão a relação com os representantes das ONGs, do município e até da FNS, apesar dessa última ser também constituída pelos outrora funcionários da FUNAI.

Esse cenário complicou a implementação da reforma sanitária nas aldeias, condição que junto às pressões da FUNAI exercidas sobre as lideranças indígenas e a administração central, provocaram a revogação da modificação institucional três anos depois, gerando uma crise ainda maior que só encontrou solução no ano 1999 quando por lei, a política de saúde indígena se constituiu em mais uma atribuição do Ministério da Saúde, implementada em parcerias com ONGs, ou com as administrações municipais através da figura dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Essa última modificação demandaria ao mesmo tempo, a criação de conselhos indígenas e agentes de saúde em cada T.I., desde que a nova política erigiu-se sobre três principais diretrizes norteadoras do SUS:

- De caráter deliberativo, isto é, sujeita a uma avaliação constante pelos atores envolvidos
- Em proximidade com os sujeitos alvos da política, forçando a desenhar uma prática de mão dupla que tente um diálogo entre o sistema tradicional indígena de saúde e o biomédico, concretizado na redefinição do conceito de saúde
- De controle social, ou seja, atribuindo responsabilidades políticas aos usuários do atendimento, condição que vem acompanhada de arranjos institucionais como a representação social, capacitação de conselheiros, reuniões locais e distritais em intervalos determinados, etc.

No nosso entender, essas condições institucionais justificam o interesse dessa dissertação, pois afinal, é da nossa conta determinar o quanto essa prática é realmente nova, mas não com o intuito de detectar a novidade apenas partindo do arranjo institucional, senão também a partir das estratégias criadas pelos indígenas perante esse arranjo, assim como as possibilidades de efetiva-las.

Trata-se de um objetivo que se torna problemático se considerarmos que a marca paternalista vivenciada durante décadas nas relações do grupo étnico com a FUNAI, ainda influencia o andamento das pesquisas acadêmicas feitas em grupos indígenas, como observaremos a seguir.

O processo da pesquisa

Mesmo que desenhada visando uma “metodologia” (qualitativa) bastante específica (entrevistas, análises de depoimentos, atas de reunião, relatórios, etc.), vale ainda mencionar que essa dissertação se defrontou com alguns obstáculos institucionais, especialmente delineados pela marca burocrática da FUNAI.

No mesmo ano que o órgão indigenista perdeu algumas responsabilidades no desenho das políticas sociais para comunidades indígenas, a FUNAI reviveu uma Instrução Normativa (01/1994) na qual remarca-se na sua responsabilidade de autorizar a “realização de pesquisas e o ingresso de pesquisadores em áreas indígenas” (*ver cópia da Resolução em anexo*), disposições que junto às resoluções 169/1996 e 304/2000 do Ministério da Saúde, constituem-se em obstáculos para qualquer pesquisador que pretenda analisar o atendimento sanitário nas populações étnicas.

Ambas as resoluções (*ver cópias em anexo*) são aplicadas por um Comitê de Ética em Pesquisas (CONEP/MS) que tem representações na maioria das cidades (e também Universidades) do país, cujo conteúdo é até desconhecido pelos conselheiros indígenas da saúde.

Sob o mandato das três resoluções, todo pesquisador que pretenda analisar a política sanitária deve obter uma autorização oficial da FUNAI, mas apenas se obtém primeiro a autorização da CONEP/MS. A autorização dessa instituição só pode ser

tramitada depois do pesquisador tirar um atestado médico, um atestado de vacina da febre amarela, ter preenchido um formulário de compromisso e elaborar uma espécie de “termo de compromisso” referido ao comportamento ético da investigação (*ver todos os documentos em anexo*).

Porém, essa dissertação não persegue detalhar as estratégias institucionais articuladas pelo Ministério da Saúde e a FUNAI nesse sentido, mas apenas menciona-las para deixar constatado que foi graças à mediação dos funcionários municipais, membros dos Pólos Base, e especialmente pelos conselheiros indígenas que de certa forma são também autoridades na prática sanitária, que a pesquisa empírica relatada nesse texto foi facilitada no interior da T.I. Apucarantina.

Uma constatação que, contudo, revela algumas rupturas dos indígenas Kaingáng com algumas decisões formais da FUNAI, bem seja pela cercania que têm com a experiência de pesquisadores acadêmicos, antropólogos, etc; ou bem pela apropriação que eles fazem da sua prática, sem necessariamente recorrer às decisões formais do órgão indigenista.

Uma constatação que demanda conhecer melhor a comunidade à qual estaremos nos referindo ao longo desse texto, moradores da maior reserva indígena da região norte do Estado de Paraná.

Kaingáng da T.I. Apucarantina, atores principais

No Brasil, as populações indígenas Kaingáng representam um contingente populacional numericamente importante, especialmente nos Estados do Sul, onde hoje somam aproximadamente 30,000 pessoas. De todas elas, estima-se que umas 10,000 moram no Estado de Paraná.

Nesse grupo populacional, os Kaingáng da T.I. Apucarantina têm uma significativa importância, especialmente devido ao tenso contato com os não indígenas, sempre mediados pelos conflitos de terra, entre o período de 1700 e 1945. Como testemunha dessa tensa relação, existe hoje na aldeia uma usina hidroelétrica acionada pela Companhia Paranaense de Energia Elétrica (COPEL) desde 1954, pela qual a empresa repassa um valor bastante baixo, em correspondência com os danos

ocasionados na área indígena. A existência dela tem ocasionado certos constrangimentos que dão conta do discurso político Kaingáng, analisado nessa dissertação.

Mas o contato dos Kaingáng da Apucarantina também está caracterizado por tensões. Desde há muito tempo, as mulheres da aldeia vêm até a cidade de Londrina, acompanhadas pelos filhos e o marido para comercializar o artesanato e os balaios, atividade a partir da qual interagem com a cidade, mas não unicamente com sentido comercial, e sim, se re-apropriando do lugar que lhes pertencera antigamente, uma visão que não deixa de causar certos constrangimentos aos moradores londrinenses.

Respondendo à afluência dos indígenas, a cidade tem encontrado algumas estratégias com as quais responder a atividade comercial dos Kaingáng. Há menos de dez anos, a Prefeitura de Londrina resolveu construir o *varê*, melhor conhecido como “Centro Cultural”, onde os indígenas são confinados a permanecer o tempo que for necessário, pois na época, o argumento dos moradores da cidade era que a presença dos indígenas vendendo nas ruas era motivo de constrangimento e responsabilizavam à Prefeitura por não assumir nenhuma conduta.

O *varê* é formado por oito casas de cipó e dois banheiros, que se supõe, reproduzem a estrutura habitacional da T.I. Apucarantina. Segundo dados da Secretaria de Ação Social, o local alberga uma média de 50 famílias indígenas por mês.

A atividade comercial desse tipo é exercida normalmente pelas mulheres que vão às ruas e nas áreas de semáforos para vender, enquanto os homens esperam cuidadosamente do outro lado da calçada. Junto a essa modalidade comercial, o assalariamento temporário também tem lhes proporcionado outra alternativa de sustento. É comum, encontrar Kaingáng roçando pasto ou colhendo nas fazendas vizinhas da aldeia.

Em se tratando de família indígena, qualquer modalidade de obtenção de renda, seja a agricultura para a subsistência, o dinheiro adquirido no assalariamento ou com a venda de artesanato, nunca é suficiente para suprir suas necessidades básicas, pois são famílias numerosas, nas quais a sustentabilidade é um ponto crítico. O dinheiro obtido não dá para passar o mês. Logo, voltam a fazer balaios e caminham o dia

inteiro pelas ruas para vender ou trocar. E assim continuam em um ciclo de idas e vindas, tentando conciliar e intercalar, o plantio, a limpeza deste, com a venda dos balaios.

A população indígena da T.I. Apucarantina atualmente soma entre 1,250 e 1.300 pessoas, em um total de 300 famílias. Todos os Kaingáng falam a língua materna, sendo as crianças até sete anos de idade, estritamente monolíngues. Entre jovens e adultos existe o domínio do português, ainda assim, usam preferencialmente a língua materna².

Estrutura do texto

Uma vez explicado o conteúdo da dissertação, vale a pena detalhar a ordem em que esses argumentos serão expostos, sem se afastar das intenções traçadas.

O Primeiro Capítulo compreende uma análise do contexto no qual essa pesquisa insere-se, a da criação do SUS no Brasil e os matizes da reforma sanitária. Esse contexto será exposto a partir do conteúdo de alguns estudos significativos em torno à modificação no campo da saúde, visando entender o encontro desta mudança com a temática indígena. Nesse capítulo faremos um levantamento dos principais constrangimentos institucionais causados na esteira dessa reforma, especialmente os problemas experimentados nos agentes do Estado envolvidos (FUNAI, FUNASA, etc.).

O Segundo Capítulo consiste numa avaliação de como essa reforma é hoje vivenciada, especialmente nos discursos e nas práticas institucionais do município, conselhos e esferas distritais onde a política de saúde indígena acontece. É o capítulo da avaliação da esfera institucional, do seu discurso e da sua prática, enfatizando-se no encontro dela com as práticas cotidianas dos conselheiros e agentes indígenas da saúde.

² Ao que parece, se tratar de uma prática bastante conveniente na discussão sobre identidade entanto um valor material na T.I. Apucarantina, pois no momento dos indígenas se apropriar do português como ferramenta política, asseguram a língua materna como constitutiva do campo das relações internas.

Neste capítulo observaremos um dos principais matizes dessa experiência na T.I. Apucarânia, onde o atendimento à saúde da aldeia é feita pelos funcionários municipais sem a intermediação de ONG nenhuma, condição que também delinea as percepções dos atores (tanto dos agentes do Estado, quanto da comunidade indígena) sobre o outro, uma visão bastante definida pelas relações de tipo familiar (funcionárias da Secretaria de Ação Social sendo madrinhas de crianças indígenas) que constituem essa parceria.

No III Capítulo tentaremos uma maior proximidade com as estratégias indígenas entanto resposta à oferta do Estado em função da parceria (ou “co-gestão”). Nele se faz uma descrição de relatos, depoimentos e episódios, onde na nossa visão, as práticas institucionais são refletidas na sociabilidade entre os moradores da Apucarânia, uma esfera que segundo os nossos argumentos, alberga o processo político.

Nosso argumento é operacionalizado pelo fato dessa esfera ser também constitutiva de novos interesses, pois é evidente que assim os representantes da aldeia como os agentes da Prefeitura envolvidos na prática sanitária, formam parte de grupos sociais desprovidos de definições prévias, o que não lhes anula a construção de tipificações prévias a esse encontro.

O último Capítulo será assim uma espécie do sustento teórico que podemos tirar da experiência analisada, partindo da leitura de estudos sobre os modelos participativos de co-gestão, cuja prática também não dispensa alguns momentos de consumação da identidade entre os atores que formam parte dessa experiência participativa.

O objetivo nessa seção é determinar quanto das estratégias indígenas descritas nas seções anteriores, pode ser explicado por esses estudos, pois é neles onde a dimensão institucional e da subjetividade da prática política, são consideradas.

Gostaríamos de alertar que em função desse percurso, essa dissertação não constitui um estudo acabado. Não pretendemos apresentar argumentos conclusivos por duas básicas razões: primeiro, porque a política pública escolhida é bastante recente, embora as suas diretrizes tenham gerado uma série de tensões institucionais desde os tempos da VIII Conferencia Nacional da Saúde e o processo Constituinte que lhe acompanhou entre 1986 e 1988. E finalmente porque acreditamos que o redimensionamento que a temática indígena tem começado a ganhar nas Ciências Sociais, obriga a não se considerar um tema ainda esgotado, particularmente em função do lugar das sociedades indígenas nas realidades nacionais atuais.

INTRODUÇÃO

A reformulação da questão indígena no cenário atual.-

Apesar da temática indígena ter sido considerada no Brasil, sempre em função da sua baixa dimensão demográfica, enquanto recursos (ou não) para o mercado de trabalho, ou finalmente, como sendo os vestígios de uma realidade anterior; as questões que a existência dessas comunidades envolvem, nunca têm estado distantes do componente territorial.

Nem mesmo na definição das políticas oficiais do contato. Basta lembrar os fatores que inspiraram a política “rondoniana” de corte positivista, justificada nas pretensões do Estado sobre projetos de desenvolvimento, ou bem, as diretrizes do regime militar quanto à autonomia e o sistema de propriedade dos grupos étnicos, especialmente daqueles que moram em zonas de fronteiras. Isso sem considerar as complicações geradas em territórios indígenas onde foram instaladas usinas elétricas ou a relação de certos grupos étnicos com a expansão rural, grupos de seringueiros, representantes do poder local, etc³.

E o eixo territorial, em um país onde os problemas de propriedade assumem dimensões violentas, é claro que o problema indígena não pode ser subestimado, desde que o 12% do território nacional alberga as 210 populações indígenas brasileiras. Dessa proporção, apenas 58% já foram homologados, um 15% já estão reconhecidos, e o resto ainda está em fase de exploração. Assim, existem 575 terras indígenas sujeitas à demarcação do Estado⁴.

Nesse contexto, a dificuldade de se apropriar plenamente da temática indígena reside na falta de clareza quanto à importância política destes grupos étnicos, pois

³ Detalhes do planejamento do indigenismo brasileiro podem ser encontrados em CARDOSO DE OLIVEIRA (1972, 1988), HECK (1996) e RAMOS (2001)

⁴ Segundo dados recentes, 60% das aldeias indígenas brasileiras estão no Amazonas, o que representa um 70% do território indígena total. O 40% restante das populações étnicas estão nos estados do Centro-Oeste, Nordeste e o Sul. Nesses últimos, cenário da nossa pesquisa, moram indígenas das populações Kaingáng, Xetá e Guarani. Dados do Instituto Sócio Ambiental (ISA). Para maior detalhes: www.isa.org.br

embora o território constitua uma importância considerável para as coletividades indígenas, ele não esgota a temática na sua dimensão política.

Isto é, em palavras de EUNICE RIBEIRO (1983): “falta ainda definir o campo político no qual inserir a questão indígena”, apelando ao fato da relação dessas populações com o Estado brasileiro comportar algumas confusões quanto à natureza desses atores. No seu entendimento, apesar do caráter paternalista sob a qual desenhara-se o indigenismo brasileiro, o Estado também tem assumido decisões totalmente contrárias ao benefício dos seus tutelados, no entanto, as sociedades indígenas “perdem-se” entre a conjugação dos direitos particulares como sujeitos diferenciados, e a demanda pelo direito universal, entanto cidadãos brasileiros.

Na fala da autora, ao não existir um lugar específico dentro da sociedade nacional para os indígenas, transforma-se esses atores em “indigentes”, nos mais pobres entre os pobres, condição a partir da qual o Estado dialoga.

Vinte anos depois dessa afirmação, porém, alguns critérios continuam sendo válidos. Em princípio porque os indígenas continuam transitando entre a aplicabilidade dos direitos com uma visão diferenciada e do direito entanto valor universal, mas também porque, em função disso, nem o Estado nem os atores indígenas assumem uma posição unívoca.

É nessa falta de pureza, não obstante que a dinâmica política pode inteiramente acontecer, pois na afirmação de SANTOS (2003):

“(...) temos direito a sermos iguais quando a diferença nos faz inferiores, porém, temos direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”

Aplicada à noção dos direitos, tanto no plano da universalidade quanto da diferença, entenderemos essa condição se considerarmos que o contrário da “igualdade” não se contrapõe à “diferença”, mas à “desigualdade”, não obstante esse dilema comporta na prática algumas armadilhas observadas no desenho das políticas públicas, a partir de definições que surgem no cenário internacional.

Nessas instâncias, por exemplo, a questão dos direitos indígenas está colocada no plano formal, a partir de declarações oficiais, eventos e atos protocolários, até na

instauração do Decênio Internacional das Populações Étnicas⁵, que apesar de se tratar um período improdutivo na prática, expressa certas mudanças quanto à compreensão da realidade indígena.

Em 1953, por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) começou uma revisão dos critérios de cientistas e governos nacionais para se referirem às populações indígenas do continente.

As questões da OIT ofereceram as bases para a redação do Convênio Interamericano 107 em 1957, mas que depois de várias críticas vindas das organizações indígenas qualificando-o de “assimilacionista”, foi substituído em 1989 pelo Convênio 169 sobre Populações Indígenas e Tribais em países independentes⁶, porém não superado totalmente ainda, devido à resistência de alguns Estados por reconhecê-lo, ocasionando de fato, a existência de dois instrumentos jurídicos internacionais vinculados ao mesmo tema, com pontos de vista diferenciados.

Mesmo assim, a atuação de alguns órgãos internacionais, referida às garantias dos Direitos Humanos não tem deixado de fora os debates sobre os direitos indígenas. Em 1983, a subcomissão de Promoção e Proteção aos Direitos Humanos criou um grupo de trabalho sobre populações indígenas, com rotinas de reunião a cada ano, com uma forte participação de inúmeras organizações indígenas latino-americanas e das respectivas representações nacionais.

Após esses encontros, a subcomissão redigiu o que seria um esboço do “Projeto de Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas” levado ao seio da Comissão dos Direitos Humanos da ONU. Ainda hoje, o referido projeto não foi aprovado.

Apesar dos visíveis atrasos, a subcomissão já tinha adotado em 1992, um projeto de “Declaração sobre os direitos das pessoas pertencentes a minorias nacionais, étnicas,

⁵ Trata-se de um período instaurado pelas Nações Unidas (1995 - 2004), no qual esperava-se a aprovação e decretos internacionais que garantiriam os direitos das minorias étnicas. Na prática, os resultados dessa aposta têm sido nulos, apesar das homologações de algumas legislações nacionais nesse sentido.

⁶ Até hoje considerado o único instrumento jurídico internacional que diz respeito aos direitos indígenas, reconhecido apenas por catorze Estados nacionais com esse tipo de populações. O Decreto legislativo nº 143 aprovado no 20/06/2002 pelo Senado brasileiro reconhece o Convênio 169/OIT como condizente às leis brasileiras, porém ainda não está incorporado ao ordenamento jurídico nacional. Esse é um dos pontos incluídos na proposta de ONGs indianistas para a política indigenista do novo governo Lula (STAVENHAGEN, 2001; CIMI, 2002)

religiosas e lingüísticas” (47/135) do 18/12/1992, além de duas resoluções (Res. 637 da VII Assembléia Geral e Res. 1514 da XV Assembléia Geral), relacionadas aos direitos de “livre determinação e autonomia”, e uma nova noção de direitos de minorias étnicas, incluído nas diretrizes do artigo 27 do “Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos”, aprovado em 1996.

A Organização de Estados Americanos (OEA) por sua parte, já encomendou à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (CIDH) a elaboração de um projeto de Declaração Americana sobre os direitos das populações indígenas, ainda não redigido⁷.

Se bem a presença do movimento indígena nesses campos tem sido decisiva para o reconhecimento dos direitos, salta aos olhos que a maioria dos decretos reconhecem os direitos à livre determinação, mas apenas se sujeita à estrutura da regulação estatal, e por outro lado, reconhecem o exercício da identidade indígena entanto seja um direito vinculado ao indivíduo e não à estrutura coletiva da qual pertence, dilemas que concretizam a armadilha que a diferença comporta, quando colocada em dimensão oposta à noção da igualdade.

Basta dar uma olhada a parte do conteúdo desses Decretos:

Convenio 169/1989 OIT Sobre pueblos indígenas y tribales

Parte I.- Política General

Artículo 1....

3) La utilización del término *pueblos* en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional

Artículo 8...

2) Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional, ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.

⁷ Para detalhes desses processos, consultar [www.un.org e www.unhchr.ch]

Declaração dos Povos Argel, 1976

Seção VI - DIREITOS DAS MINORIAS

Artigo 19 - Quando, no seio de um Estado, um povo constitui minoria, tem direito ao respeito por sua identidade, suas tradições, sua língua e seu patrimônio cultural

Artigo 20- Os membros da minoria devem gozar, sem discriminação dos mesmos direitos que os outros cidadãos do Estado e participar com eles em igualdade, na vida pública.

Artigo 21 - Estes direitos devem ser exercidos mediante o respeito aos legítimos interesses da comunidade em seu conjunto, e não podem servir de pretexto para atentar contra a integridade territorial e a unidade política do Estado, quando este atua em conformidade com todos os princípios enunciados na presente declaração

Os conteúdos dos decretos revelam os matizes do novo manejo do Estado à questão da autodeterminação étnica, cujo projeto revela de fato, claras incompatibilidades entre os interesses locais (grupos étnicos regionais) e os da sociedade global (Estado).

Assim, o regime de *autonomia* étnica seria realizável como projeto de vida política-jurídica dos Estados, mas apenas com condições específicas, nas quais pelo menos o interesse local fosse em parte compatível com os interesses globais.

Como veremos nos capítulos a seguir, essas ambigüidades oficiais não são nada inocentes ao tentar definir quem é (e quem não é) indígena, pois em parte, esses conceitos também desenham o rumo das políticas públicas implementadas nos cenários nacionais, e, portanto, comportam tensões no terreno das categorias e definições de realidades que vão atreladas ao “ser indígena”, como por exemplo, o tempo, espaço e território, noções definidoras da identidade.

Uma complexidade que de certa forma existe também na implementação da política de saúde indígena, alvo dessa dissertação, e da qual tentaremos nos aproximar através de episódios e narrativas dos sujeitos indígenas envolvidos, para apreender um fragmento das ambigüidades que também caracterizam hoje o processo democrático brasileiro.

CAPÍTULO I

ENSAIANDO UM NOVO INDIGENISMO? (Reforma sanitária e sociedades indígenas)

Afiançada nos debates da Constituinte de 1988, a reforma sanitária brasileira modificou os conteúdos da relação Estado - Sociedade Civil, desvendando a decadência do sistema previdenciário e um novo estilo no sistema de lucro permitido pela promiscuidade com o setor privado nas políticas de atendimento.

Contudo, a novidade institucional trouxe à tona a existência de uma diversidade de preferências e interesses expressos ao longo dos fóruns de discussão temática, dos quais a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) em 1986 se tornaria mais do que um ponto de partida, o maior fórum já observado na história das políticas de saúde no Brasil, no qual inscreveram-se novos atores políticos e desafiaram suas capacidades políticas vivenciadas durante os últimos quinze anos.

Entre as diretrizes formuladas em decorrência da VIII CNS - e a sua cristalização no texto constitucional - o mandato do **atendimento universal**⁸ não apenas provocou o colapso do sistema exclusivista (trazendo por um lado, a reestruturação da relação entre o Estado e o setor privado e a incorporação de um novo discurso oficial), mas também, a implementação de novos desafios políticos e técnicos para setores - excluídos do atendimento previdenciário - que surgiriam no seio dessa reforma.

As sociedades indígenas brasileiras foram um dos principais atores surgidos na esteira dessa mudança, situação que junto à incorporação de novos direitos constitucionais, representou uma nova realidade política para esses grupos étnicos, criando parcerias com órgãos do Estado – com os quais, aliás, não tinham até então relação alguma – e desvendando uma série de constrangimentos institucionais para efetivar tal mudança.

⁸ A VIII CNS definiu o projeto da reforma sanitária que, a despeito das tensões geradas pela interação dos diversos grupos de interesse, introduziu profundas mudanças no setor, de modo a torná-lo “mais democrático, universal, acessível e socialmente equitativo”. A movimentação em nome dessa reforma foi animada por fatores internos (pela emergência de novos movimentos sociais de diversas índoles exercitando uma nova forma da política no contexto da luta contra a ditadura) e por fatores externos (Declaração de Alma-Ata organizada pela OMS em 1978) demandando modelos inovadores na saúde pública, desde universalidade do atendimento até a descentralização de ações, gerência, planejamento e gestão (GERSCHMAN, 1994; PEREIRA, 1996; BARRETTTO, 1999)

Os constrangimentos ocorreriam por causa do deslocamento das políticas sociais de atendimento a comunidades indígenas, até então gestadas e executadas pelo único órgão indigenista do Estado brasileiro, Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para os respectivos ministérios técnicos (educação, meio ambiente, agricultura e saúde). Tal deslocamento de funções deixou a FUNAI responsável apenas pelas atividades de demarcação e controle territorial das áreas indígenas.

Em decorrência da mudança institucional, as comunidades indígenas descobriram-se divididas e confusas, ao ter que lidar com uma série de dilemas causados pelas alianças com órgãos do Estado (Prefeituras, Universidades, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, etc.) e com novas responsabilidades técnicas, anteriormente negadas, em função da relação tutelada com a FUNAI desde a sua criação em 1969.

Entre todas as mudanças das políticas sociais, a reforma sanitária representa a política com maior desafios para as comunidades indígenas, por motivos tão diversos quanto problemáticos.

A saúde é um dos temas mais importantes em qualquer sociedade – e nas sociedades indígenas esta é uma questão especial que passou por alterações causadas por esta nova realidade e modificando as relações sociais no interior dos territórios indígenas – mudanças que vão desde a nomeação de agentes e conselheiros de saúde, até a formação de novos circuitos de poder e representação que disputam espaços com a liderança tradicional.

Em virtude desse entendimento, neste capítulo pretendemos analisar o novo tipo de relação entre sociedades indígenas e Estado, desenhada através da novidade institucional imposta pela reforma sanitária que, aplicada à realidade indígena brasileira, existe entanto sub-sistema de atendimento integrado ao Sistema Único da Saúde (SUS).

Na primeira parte, avaliaremos os rumos e conteúdos da reforma sanitária brasileira, a partir de vários estudos acadêmicos que privilegiam o contexto da crise previdenciária, como uma espécie de ponto de partida para entender a dinâmica política na origem do SUS. Tentaremos descrever como esse processo foi ao encontro da implementação de uma política de atendimento de saúde para populações indígenas.

Na segunda parte destacaremos os matizes da modificação institucional que surgiu com a VIII CNS, e perpassou todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, desdobrando-se em tensos arranjos no interior do aparato estatal e revelando, mais do que atritos entre agentes do Estado (FUNAI/ FUNASA/ Prefeituras Municipais), o desenho de novos tipos de sociedades indígenas.

No final, tentaremos marcar uma posição sobre os efeitos dessa mudança institucional, no cotidiano⁹ da aldeia Kaingáng, moradores do Posto de Apucarantina, destinando especial atenção às características das associações formadas (e instituídas) no Território Indígena (T.I.) e – mais vinculados ao plano formal – no tipo de relação entre o sistema de saúde biomédico (ocidental) e o sistema indígena. Ambos os processos, testemunhados na T.I. Apucarantina, embora não exclusivamente neste local.

1.1 Entre a lógica econômica e política (Estudos da reforma sanitária e saúde indígena)

As análises de experiências de gestão local na área da saúde têm privilegiado o aumento da participação de atores sociais, e sobretudo a qualidade dessa participação. Estudos recentes revelam também como essa participação transita entre a lógica política (democrática) e a econômica (relacionada à eficiência) da descentralização¹⁰.

Portanto, duas grandes orientações têm-se pautado na maioria dos estudos sobre a reforma sanitária brasileira, que evoca os interesses encontrados dos diversos atores envolvidos, e ao mesmo tempo revela a marca das ambigüidades herdadas nesse processo.

A primeira encontra justificativa na crise fiscal do Estado que regeu o processo de descentralização, abrindo espaço ao surgimento de interesses particulares atuantes na reforma sanitária. Estudos desenvolvidos por PEREIRA (1996), COSTA (1996) e

⁹ Queremos esclarecer nossa noção do “cotidiano” como campo da análise. A despeito dos dilemas teóricos que essa noção apresenta, assim como as dificuldades para a sua apreensão normativa – mas sem pretender escapar dos seus desafios - nessa dissertação usaremos o cotidiano ao referirmo-nos às **formas de sociabilidade** que tenham conteúdo político, e não às rotinas de vida sedimentadas e institucionalizadas

¹⁰ Para conferir, vide COHN, 1994; GERSCHMAN, 1994; GUIMARÃES, 1994; FLEURY, 1995; PEREIRA, 1996;

GERSCHMAN (1994) dão conta das tendências que modificaram o curso político orientador do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao mesmo tempo, a descentralização tem sido também entendida a partir da sua lógica política, na medida em que – no caso da saúde – possibilitou a participação de diversos atores sociais e aproximou ao nível local – portanto, aos seus destinatários – a gestão da política de saúde, cristalizada na aposta institucional pelos conselhos de saúde em todas as esferas administrativas (COHN, 1994, FLEURY, 1995, BAPTISTA, 1997).

Porém, ambas as dimensões coincidiram ao transitar por rumos administrativos, nos quais têm sido analisadas com maior clareza.

GERSCHMAN (1994) já apontava, por exemplo, como a reforma sanitária começara a transitar desde a sua formação, entre duas das principais categorias de transição democrática usadas por O'DONNELL (1988) para entender os conteúdos dos processos de democratização, na sua forma de descentralização estatal: entre a “transição por colapso” e uma “transição pactuada”.

Ambos os tipos de descentralização diferenciam-se no estilo de repressão executada pelo regime burocrático-autoritário e/ou nas eficácias das suas políticas econômicas. Isto é:

“(...) No primeiro caso (transição por colapso) trata-se de regimes burocráticos-autoritários fortemente repressivos e cujas políticas econômicas foram destrutivas. Eles geram um vácuo político ao seu redor, perdem os apoios políticos e, ao não conseguirem controlar o processo político, caem estrepitosamente. As transições por colapso, ainda que ocorram em contextos econômicos catastróficos, comportam menor condicionamento político para as forças de oposição e uma maior liberdade dos governos democráticos. No segundo caso trata-se de regimes que tiveram um melhor desempenho econômico e nos quais o uso da repressão foi menos brutal e extensivo, o (...) que significou a manutenção das alianças com os setores médios e empresariais que se beneficiaram com as políticas econômicas do regime autoritário. Desta maneira as elites civis e militares tiveram condições de encaminhar uma transição pactuada, impondo às forças de oposição condicionamentos no estabelecimento de governos democráticos” (1994: 21-22).

O processo de transição democrática no Brasil dispensou essas categorias normativas, e apesar da natureza altamente repressiva do regime ditatorial e – no caso saúde – sobrevivendo em meio a uma crise previdenciária, também exigiu maiores condicionamentos políticos da oposição. Desta maneira, permitiu-se um tipo de “transição pactuada” entre as elites e o setor conservador que impulsionara a reforma, apesar das suas causas possuírem características de um regime autoritário decadente.

Nesse sentido, a reforma sanitária está inserida num contexto marcado pelas ambigüidades do processo democrático, ao conseguir ser identificada como um significativo avanço institucional, porém insuficiente quanto à necessidade dos espaços públicos conquistados serem instituídos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações da cidadania e a um Estado desacostumado com o controle dos seus atos pela sociedade.

Ao que parece, essa foi parte das linhas não formais que nortearam as principais estratégias da reforma desde 1985, até se concretizar na Constituição de 1988 com um discurso bivalente, que fez conviver a prevalência de interesses privatistas - marcados por uma relação clientelista do setor privado perante o Estado - com uma valorização do espaço público, apontado pelo campo reformista como a marca mais democrática da reforma do setor da saúde.

Tratam-se de fenômenos apontados por PEREIRA (1996) como a causa de “efeitos perversos” que mesclam a descentralização da gestão e o alargamento das responsabilidades sociais, com a política de focalização social resultante das dificuldades fiscais dos governos para subsidiarem programas sociais solidários e universalistas:

“Para se compreender esse fenômeno, ou seja, como a proposta neoliberal constituiu-se como uma alternativa hegemônica no setor saúde no Brasil, é extremamente útil recorrer ao conceito elaborado por Raymond Boudon acerca dos «efeitos perversos», ou melhor, dos efeitos não antecipados gerados pela agregação de interesses inter-relacionados no desenvolvimento de uma determinada política, no caso, a da reforma sanitária brasileira” (1996: 455)

Certos acontecimentos determinaram a perversidade desses efeitos. Desde os primeiros anos da década de 1980 até a assinatura da Constituição de 1988, aconteceram três fatos marcantes para o processo da reforma sanitária, que não apenas norteariam a reforma sem afastá-la dos dilemas já apontados, mas que também envolveram o planejamento da política de saúde indígena, praticamente nos mesmos termos.

Trata-se da VIII Conferência Nacional da Saúde organizada fundamentalmente pelo campo reformista; o nascimento do SUDS, o qual, surgido fora da discussão pela Constituinte refletia o tom da administração Sarney nesse processo, e finalmente, a institucionalização do SUS no texto Constitucional de 1988.

A VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) entende-se como o maior fórum de discussão do setor saúde jamais visto na história das políticas sócias no Brasil, resultante das atividades articuladas em torno do movimento pelas Ações Integradas de Saúde (AIS).

No âmbito das políticas nacionais, o movimento de AIS buscou organizar as ações desagregadas e – na maioria – paralelas das múltiplas instituições governamentais e privadas que assistiam à população brasileira, confluindo ao mesmo tempo com a ala reformista que pretendia consolidar a unificação do setor saúde no âmbito federal em um único organismo público, que assumisse as responsabilidades pela assistência médica individual e coletiva ao mesmo tempo¹¹.

A estratégia de consolidação pretendia o deslocamento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e demais autarquias para o Ministério da Saúde, órgão reitor do atendimento sanitário que se pretendia universal, transformando o setor privado em subsidiário do setor público, enquanto a proposta descentralizadora privilegiava uma maior aproximação da gestão das políticas aos seus respectivos usuários, sob o ideário de uma administração com eficiência e agilidade.

¹¹ Na análise de Pereira, que se apropria das categorias de Sérgio Auroca, ambos os projetos confluiriam no mesmo objetivo, recorrendo caminhos institucionais diferentes, o que permitia chamá-las de estratégia “por cima” relacionada aos projetos institucionais do MS e a Fiocruz de consolidar a máquina administrativa (unificação). No entanto, a estratégia “por baixo”, mais vinculada às AIS, privilegiava a descentralização e a eficiência do setor público, tendo nos movimentos sociais e no setor legislativo seus principais campos de atuação. (PEREIRA, 1996)

Nesse ínterim, a VIII CNS conseguiu articular diversos grupos de interesses tanto da esquerda quanto do setor conservador do campo reformista, em torno a uma pluralidade de questões, dentre as quais podemos destacar a unificação institucional, a descentralização dos serviços de saúde, a hierarquização dos atos e cuidados médicos e a participação popular na gestão e execução dessas diretrizes.

À realização da VIII CNS seguiu-se a I Conferência Nacional de Saúde do Índio (no mesmo ano), situação que atrelou os avanços e retrocessos da organização de um sistema de saúde para povos indígenas, aos avanços e retrocessos do processo de implantação do próprio SUS.

Parte dessas idas e vindas refletem-se em outros dois fatos marcantes para o estabelecimento do SUS: a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a inscrição da própria reforma sanitária no texto constitucional em 1988.

Com a força da proposta de unificação do Sistema Nacional de Saúde resultante da VIII CNS, a administração Sarney não deu amostras de consolidar os pontos colocados no fórum: na segunda metade do seu mandato engavetou o processo, sob ameaça de destituir os principais líderes da reforma, partindo para uma estratégia “intermediária”.

Como demonstrado por PEREIRA (1996), a intenção da administração era eliminar toda a importância política do movimento de AIS, evidenciando a incapacidade do campo reformista em combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório em âmbito federal.

Sob esse argumento, criou-se por Decreto Executivo (94.657 / 1987) o SUDS, a partir do qual a responsabilidade pela prestação de serviços e as funções de planejamento ficariam por conta dos Estados e dos Municípios.

“A universalidade, juntamente com os outros princípios da reforma sanitária (...) também são incorporados, porém, a ênfase maior do SUDS recaía sobre a descentralização” (*Idem*, 1996: 440)

O caminho estrutural escolhido pela administração no auge da transição democrática revelava os verdadeiros conteúdos (e rumos) da própria transição, que no mesmo momento de pactuar com as elites locais a reforma sanitária, negou uma negociação com os setores reformistas, ao atuar em um campo alheio ao processo constituinte.

Na mira dos seus críticos, o SUDS tornou os secretários estaduais de saúde em “caudilhos e imperadores” da saúde, ao mesmo tempo em que a política de atendimento continuava propensa às práticas clientelista.

Entretanto, no mesmo período em que a administração emperrava as estratégias do campo reformista, esses atores conseguiram atingir no espaço legislativo, as condições necessárias para cristalizar o SUS pelo caminho constitucional.

Mobilizado por partidos políticos de esquerda e membros do movimento sanitarista, os atores do campo reformista tiveram sucesso graças à apropriação da área social no Congresso Nacional, no momento em que as alianças do setor conservador privilegiaram o campo financeiro do processo de transição (políticas monetárias, processos de privatização, etc.).

Embora minoritário, o campo reformista conseguiu apoio às emendas pela universalização e estatização do serviço, além de compartilhar a gestão da política de atendimento em todos os seus níveis.

Trata-se de mudanças que apesar de terem conseguido alterar as relações do Estado com o setor privado na política de atendimento, não evitou um vigoroso crescimento do próprio setor privado através do Subsistema de Atenção Médica Supletiva.

Recorrendo mais uma vez à análise de PEREIRA:

“O que se verifica, na realidade, nessa década, é uma explosão nunca antes vista de empresas de seguros de saúde, da chamada medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos exames complementares que, em comunhão, absorveram uma demanda sempre crescente das classes médias, que não estavam mais dispostas a desfrutar de um serviço de péssima qualidade oferecido pelo setor público, vindo dessa forma a privatizar pelo afastamento um espaço público garantido através dos princípios universalistas da Constituição de 1988. Por outro lado, o setor público passa a ser o locus primordial de atenção médica para a população de baixa renda e excluída” (1996: 454 – 5)

Embora aparentemente afastados das discussões que também se desenrolaram no campo da implantação de uma nova política de saúde indígena, todas estas tensões colocadas pela veiculação de diversos interesses na reforma sanitária nortearam a – ou pelo menos se refletiram na – definição de uma nova política de atendimento para populações indígenas, com maiores sensibilidades e constrangimentos já percebidos na implementação do SUS.

Com a instituição de uma nova política de atendimento sanitário, e mais ainda, com a indicação de garantir o atendimento público e universal, as sociedades indígenas não ficariam de fora dessa mudança. Se os anos 80 foram vitais para a definição das diretrizes do SUS, toda a década seguinte foi o principal cenário das tensões pela implementação de uma política diferenciada para sociedades indígenas.

Todas as tensões estão expressas na existência efêmera de instituições de caráter deliberativo e/ou consultivo, que dariam conta da definição da política de saúde para sociedades indígenas (inúmeros decretos presidenciais, comissões intersetoriais e até alguns DSEI viram a luz e a morte em intervalos de menos de três anos), mas que foram atingidas pela ambigüidade sobre a qual assentara-se a própria reforma sanitária, acrescentando a natureza de cunho corporativista da principal instituição do Estado, responsável pela formulação de políticas públicas para sociedades indígenas (FUNAI) e o envolvimento de agências do terceiro setor nesse processo.

Uma vez colocados em destaque os fatores que mediaram a formulação do SUS, na seguinte seção tentaremos analisar quais os elementos que intervíram na definição da política de saúde indígena, reproduzindo não unicamente a convivência com os

interesses particularistas observados na implementação do SUS, mas também outros comportamentos com características muito específicas que dão conta da natureza bastante confusa (entre o paternalismo e a anulação dos seus direitos) da relação Estado – Sociedades Indígenas.

1.2. O drama institucional

(A discussão de um novo tipo de sociedade)

A assinatura da nova Constituição em 1988 não marcou apenas uma nova fase na formulação das políticas sociais no Brasil. Significou, também, o início de uma discussão acerca de um novo tipo de sociedades indígenas, dessa vez afastadas da sua principal caracterização de paternalismo e incapacidades políticas.

A inclusão de novos direitos indígenas reunidos em um capítulo constitucional alcançou maior visibilidade entre órgãos indianistas – até para a própria FUNAI – ao perceber que supera as condições herdadas do Estatuto Nacional do Índio, vigente desde 1973. Se com o Estatuto do Índio prevalecia o caráter de sujeitos tutelados pelo Estado (com uma natureza anuladora de direitos), com a Constituição, essa condição desapareceu ao reconhecer formalmente direitos civis, políticos e sociais, e a sua própria capacidade para exercê-los¹².

O novo status legal permitiu conciliar os anseios democratizantes do SUS com as propostas para uma nova política de saúde indígena, flagrando tensões no desaparecimento da marca paternalista na política social, ao criar, esvaziar, e criar de novo, instâncias para a formulação da política de saúde.

Assumindo o mandato da VIII CNS, diversos órgãos e movimentos com conteúdo indigenista convocaram a realização da I Conferência Nacional de Saúde Indígena, a partir da qual iniciou-se um percurso de mudanças e constrangimentos institucionais concomitantes com as experiências de implementação do SUS.

¹² No título VIII [Da Ordem Social] do Capítulo VIII [arts. 231 – 232] reconhecem-se uma série de novos direitos para sociedades indígenas, os quais, na visão de órgãos indianistas, traduzem-se em duas importantes inovações: o direito à terra enquanto direito “histórico” (primário) e um ponto final ao discurso assimilacionista que vinha caracterizando as diretrizes da FUNAI na sua relação com os grupos étnicos (CIMI, 2002; ISA; RICARDO, ISA/1995)

Em 1991 foram criadas no Conselho Nacional de Saúde, diversas Comissões Intersetorias, que teriam por objetivo a articulação de políticas setoriais de atendimento para grupos específicos, entre elas, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e o Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena (NISI).

A normalização de instituições vinculadas ao atendimento sanitário para sociedades indígenas foi precedida por uma série de decretos presidenciais (23/91; 24/91; 25/91 e 26/91) que conferiram as bases legais para aplicar a proposta surgida na I Conferência Nacional, apontando para a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que seriam a base de operacionalização da política.

Nos documentos e anais das discussões na época, os DSEI são definidos como uma “unidade organizacional de responsabilidade do Ministério da Saúde, estabelecida a partir de uma população e território definidos por critérios sócio culturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços”.¹³

O único DSEI criado, porém, em fevereiro de 1991 (e, na verdade durante a década toda) foi apenas o Distrito Sanitário Yanomami, que de acordo com os relatórios não se concretizou pela falta de participação efetiva dos índios e pela prevalência de questões mal resolvidas quanto a competências da FUNAI e FNS relacionadas ao atendimento.

Essa primeira fase de tensões institucionais expressou também as primeiras dificuldades que uma política pública, diferenciada e descentralizada, representaria para a aplicação de suas diretrizes em grupos sociais que durante séculos vivenciaram uma relação paternalista e unilateral com o Estado brasileiro.

Na descrição do quadro institucional apresentado por BARRETTO (1999):

“A FUNAI com um corpo de profissionais experientes no lidar com as especificidades culturais dos indígenas, porém carentes de investimento financeiro e técnico, passou a articular-se em oposição frontal aos técnicos da FNS, que por sua vez sofria de uma certa desorganização interna provocada pela junção das ex-SUCAM e fundação SESP, tecnicamente bem formados. A estrutura verticalizante destas últimas instituições e a falta de experiência ou preparo específico de seus funcionários para lidar com as

¹³ Trecho da discussão sobre a proposta da nova Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas veiculada na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas por indicação das 8^{va} e 9^{va} CNS

especificidades culturais, políticas e organizativas da Saúde do Índio, chocaram-se com as necessidades emergenciais da assistência prestada pela FUNAI às populações indígenas” (1999: 180)

A esse agravante quadro institucional, acrescentou-se o fato de que praticamente nenhuma das mudanças decorrentes da I Conferência Nacional (de Proteção à Saúde do Índio) e dos citados decretos executivos, contava com a efetiva provisão de recursos federais, ocasionando sérios problemas para a implantação de uma política de atendimento coerente que garantisse serviços adequados e treinamento de pessoal (DIEHL, 2001).

Por causa das desconfianças institucionais, e como consequência dos repetidos confrontos FUNAI/FNS, o Executivo assinou um novo Decreto (1.141) em 1994, revogando as disposições anteriores (23/91, 24/91, 25/91 e 26/91), de modo que a faculdade de gerenciar a nova política voltaria à FUNAI, configurando um contexto no qual o Estado assume uma função intermediadora de conflitos gerados no interior do próprio aparato estatal.

Como consequência dessas medidas, a FUNAI seria a responsável pelas ações assistenciais médico-sanitárias, e a FUNASA trataria dos assuntos relacionados à prevenção e controle de agravos.

A partir desse momento, as principais comissões intersetoriais, criadas à luz das Conferências anteriores (especialmente CISI e NISI), esvaziaram-se, ao mesmo tempo em que os DSEI's não passaram de ser uma realidade embrionária, geralmente por causa das dificuldades que os profissionais do setor tinham para convocar à III Conferência Nacional de Saúde do Índio e à falta de reunião do resto das comissões.

Nessa nova fase, a articulação da FUNAI e FUNASA passou também por dificuldades, não apenas por assuntos de competências relacionadas ao atendimento, mas pela falta de verbas e de clareza sobre a sua organização no campo da saúde (caso FUNAI), ou com verbas, mas obstruídos por uma estrutura burocrática que impossibilitava contratação de pessoal e a obtenção de recursos no nível local (caso FUNASA).

Ambas as instituições celebravam convênios e programas de atendimento com municípios, organizações indígenas e ONGs, porém a maioria deles carecia de metas e objetivos para atingir os índices sanitários das populações indígenas.

Como era previsível, a descoordenação e inaplicabilidade dos projetos refletiram-se na realidade cotidiana de cada população indígena. A falta de organização e o paralelismo das ações de saúde se espelharam no atendimento completamente irregular, com um alto número de óbitos e na ausência de um levantamento epidemiológico de sociedades indígenas.

Um conjunto de relatórios da maioria das administrações regionais da FUNAI e da Coordenação da Saúde do Índio/FUNASA registrou em 1998 um total de 466 óbitos sobre uma população de cerca de 60,000 pessoas, das quais quase 50% delas correspondia a menores de cinco anos de idade, especialmente devido a infecções respiratórias e intestinais, além da malária e desnutrição. O suicídio e a violência foram parte importante em algumas regiões, atingindo até a terceira causa da mortalidade entre populações indígenas no Brasil¹⁴.

A incoerência nas ações e a falta de profissionais para um atendimento regular mobilizou muitas comunidades indígenas de diversas maneiras para reclamar por um atendimento contínuo, e partiram de ações para eles mesmos adquirirem mais conhecimentos e formas de controlar os problemas de saúde de maior impacto.

Mesmo sem um programa de formação, uma significativa parcela de indígenas completou o processo de escolarização, tornando-se profissionais de nível técnico para atuar no campo da saúde, até que em novembro de 1997, o Ministério Público Federal convocou uma audiência para tratar a questão do atendimento de saúde indígena, partindo de uma demanda da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS) para revogar o Decreto 1.141 de 1994.

O documento base para a III Conferência Nacional de Saúde do Índio relata assim:

"(Todos) esses processos, aparentemente descoordenados, contribuíram para que as organizações indígenas tivessem subsídios mais concretos para se mobilizarem pela saúde, tema prioritário na pauta do movimento indígena, após a questão da demarcação das terras, fazendo com que as suas

¹⁴ Dados registrados pelo Documento base para a III Conferência Nacional da Saúde do Índio que teria como objetivo e a re-instituição dos DSEI's e uma melhor coordenação pelo atendimento

recomendações fossem encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde que, em novembro de 1998, aprovou as recomendações 34 e 38 que propõem a revogação do Decreto 1.141/94 (...)"

Cerca de onze anos após o início das discussões em torno da questão da saúde do Índio, foi finalmente assinado o **Decreto 3.156** em agosto de 1999, articulado à **Medida Provisória 1.911-8** (relativa à organização da Presidência da República e dos Ministérios) e à **lei 9.836** de setembro no mesmo ano. Assim configurou-se a base da nova política de saúde indígena, ordenando o repasse de verbas, recursos humanos e técnicos da FUNAI para FUNASA, tornando esta última a gestora da política pública de saúde através dos DSEIs, articulado como um sub-sistema ao SUS.

No decorrer desse processo institucional, as populações indígenas não só conseguiram aproximar-se mais ainda ao mundo institucional do funcionamento do Estado, como também evidenciaram a urgência de um debate nacional que substituísse as velhas categorias de análises e representações.

Na nossa visão, três fatos importantes relacionados à questão indígena necessitam de novas abordagens para entender o tipo de sociedades (e os seus arranjos) em discussão: a) as possibilidades de se discutir, no âmbito parlamentar, um novo Estatuto do Índio que substituiria a relação de tutela; b) o aparecimento diferenciado (e crescente) dessas populações no censo nacional (IBGE, 2000), c) a articulação de um novo discurso oficial para se referir ao desenho das políticas sociais dirigidas a esses atores.

Hoje no Brasil existem duas propostas de lei para revogar o velho Estatuto de Sociedades Indígenas, que na avaliação de órgãos indianistas, procuram "garantir proteção e direitos aos índios sem considerá-los incapazes"¹⁵.

A primeira, conhecida como projeto 2.057/91, (substitutivo do deputado Luciano Pizzato) já foi aprovada por uma Comissão Especial da Câmara dos Deputados. A segunda, no entanto, é uma proposta alternativa apresentada pelo governo às sociedades indígenas.

¹⁵ Relatório do Instituto Socio-ambiental com relação às discussões do novo Estatuto de Sociedades Indígenas [www.socioambiental.org.br]

Alimentados pelas opiniões de organizações de caráter indigenistas (CIMI, ISA e diversas ONGs no norte do país), todas as propostas mantêm a obrigação de assistência do Estado aos índios nas áreas das políticas sociais, e ao mesmo tempo incluem uma série de novos direitos, especialmente relacionados aos direitos autorais de conhecimentos e costumes.

Não obstante, o debate mais importante gira ainda em torno da eliminação explícita do status de "tutelados" perante o Estado brasileiro. Nesse sentido, ambas as iniciativas expressam contradições no tratamento e punições dos crimes cometidos pelos próprios índios, especialmente no que se refere às competências dos tribunais, e um redimensionamento do papel da FUNAI como órgão indigenista oficial.

Apesar das nuances colocadas pelos textos quanto ao papel da FUNAI, talvez a manifestação mais importante da inovação do discurso oficial, seja o fato das agências do Estado – e dos próprios projetos de novo estatuto – se referirem à categoria de “sociedades indígenas”, anulando categorias homogêneas para entender a natureza desses grupos.

O reconhecimento de indígenas entanto coletividades¹⁶ elimina a noção de se considerar “o índio” como uma realidade homogênea (similar a realidades integradas como “o mundo do branco”, “o sexual”, “o mercado”, etc.) e uma vez colocadas nesse nível, em confronto com elas; traz à tona uma visão mais coerente com a mediação que existe entre o sujeito indígena e o mundo institucional.

Foi a partir desse entendimento que OLIVEIRA, J.P. (1997) observou como, via lei, finalmente admite-se a existência de coletividades (o grupo) que se interpõem entre o indivíduo e a instituição (nesse caso, o próprio Estado), uma noção que vai ao encontro do que DA CUNHA, M.C (1985) sublinhara como existente no campo cognitivo e de sensações dos próprios sujeitos (indígenas) das políticas sociais.

Gostaríamos de nos deter nesse ponto para ser mais explícito, pois apesar de se tratar de uma discussão vinculada aos estudos antropológicos, evidencia como a

¹⁶ A definição dessa coletividade na Constituição de 1988 faz parte do primeiro reconhecimento oficial, não explícito, nesse sentido

ambigüidade (ou não) ao momento de categorizar a “identidade”, coloca sérios problemas na definição de políticas públicas para sociedades específicas, discussão que atravessa o escopo dessa dissertação.

Inúmeros estudos antropológicos (OLIVEIRA, R. 1972; DA CUNHA, 1985; OLIVEIRA, J.P., 1997; 1999; WRAY, 1993) têm evidenciado como a noção de “o indígena” como uma realidade homogênea cria tensões no momento de definir o desenho de políticas públicas para sociedades desse tipo.

O ideal de integração aplicado tanto à noção de sociedades indígenas quanto ao território brasileiro, reflete-se nos fundamentos do Estatuto do Índio (Lei 6.001/1973), que embora contraditório, com relação aos preceitos constitucionais, é o único instrumento legal vigente para definir o que se considera oficialmente o índio¹⁷.

Reforçando as observações de DA CUNHA, M.C. (1985), é importante notar que essa noção não apenas parte dos critérios biológicos [“de origem e ascendência pré-colombiana”] para identificar a identidade indígena, mas também toma a cultura como uma esfera “estática e objetivada”, cuja visão não pode dar conta dos processos dinâmicos construtores da identidade étnica.

Em segundo lugar, a segmentação das definições de pessoa e sociedade (“índio” por um lado e “comunidade” por outro) não vai ao encontro dos critérios cognitivos e de sensações que o sujeito indígena lança mão para se identificar, para formar a sua identidade. De acordo com a autora, “não há como definir índio (indivíduo) senão em função da comunidade indígena” (Op. cit. pp. 33-4).

Outra manifestação que evidencia a retomada da questão indígena por vias afastadas do discurso oficial, é o mais recente fenômeno de “valorização do orgulho” indígena.

¹⁷ lei n° 6.001/1973

Definição textual:

“Art. 3.- Para os efeitos de lei, ficam estabelecidas as definições a seguir discriminadas:

I.- Índio ou Silvícola - É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional;

II - Comunidade Indígena ou Grupo Tribal - É um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados.

Trata-se de uma visão sociológica apontada pela organização e resultados dos dois últimos censos nacionais do IBGE, revelando um crescimento da população indígena, embora face à população brasileira não represente uma parcela muito significativa (apenas cerca de 0.2% da população total do Brasil).

A partir de 1991, o censo apresentou pela primeira vez as cifras de populações indígenas brasileiras (294,165 pessoas), que batiam com as estimativas das entidades vinculadas ao assunto étnico, que consideravam a existência de cerca de 250.000 a 300.000 pessoas.

Já no censo do ano 2000, as populações indígenas mostraram uma presença maior (de entre 500,000 e 700,000) representando um acréscimo de 138,5%. Se bem numericamente não representam uma proporção importante em relação ao número de habitantes no país, as cifras surpreenderam até mesmo às próprias organizações indianistas, que fizeram ressaltar o fenômeno do crescimento do orgulho étnico.

Não pretendemos analisar os fatores que justifiquem tal fenômeno, porém, sem dúvida reveste de importância a questão indígena, pelo fato das estatísticas sociais não serem desvinculadas nem das políticas de governo, nem das representações sociais (OLIVEIRA, J.P: 1997, 1999).

O levantamento de novos grupos étnicos até então desconhecidos em vários Estados brasileiros¹⁸, revela a necessidade de avaliar as relações do órgão oficial com estas sociedades. No entanto, coloca certos desafios para a sociedade brasileira construir um novo olhar sobre a questão étnica. Como se vê, a importância do fenômeno indígena não se revela em termos quantitativos, mas qualitativos.

No nosso entendimento, todos esses fatores configuram as nuances da nova relação entre o Estado e as sociedades indígenas, mediados por um contexto bastante particular, no qual as instituições debatem-se entre a eficácia do Estado - representada na lógica liberal de minimizá-lo - e a lógica de uma regulação democrática dos direitos sociais.

¹⁸ Segundo os dados oficiais, estima-se a existência de 55 grupos isolados, sendo que com 12 deles, a FUNAI já vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária (FUNASA, 2000, IBGE,2000)

Ambas as escolhas determinam o caminho da nova consolidação democrática brasileira e o dilema com o qual ela se defronta, e que ao mesmo tempo configura o conteúdo da relação do Estado com os outros setores sociais.

Porém, no caso da relação com as sociedades indígenas, esse trânsito determina-se também por fatores que acontecem no cotidiano do grupo étnico, no conteúdo das relações sociais - dimensão que pretendemos analisar nessa dissertação, outorgando maior ênfase à articulação do sistema de saúde indígena com o sistema biomédico, assim como na criação de novos mecanismos identificados de legitimação de lideranças locais (*agentes indígenas de saúde, conselheiros indígenas, etc.*) que atuam nesse âmbito.

1.3. A reforma no cotidiano (Descentralização estatal e Sociedades Indígenas)

Como já apontado, o encontro com a democracia no Brasil aconteceu marcado por ambigüidades que provocam uma confluência de objetivos entre duas lógicas (a política e a econômica), aparentemente conflitantes.

Trata-se de um encontro entre duas dimensões que requerem a existência de espaços públicos participativos, marcados pelo desenho de uma relação de “gestão compartilhada” (ou co-gestão), detalhadamente explicada por DAGNINO (2002) na figura de uma confluência perversa entre os interesses instrumentais (por assim dizer) do Estado que persegue o sucesso do modelo neo-liberal de compactação, e do projeto participativo da sociedade civil para a extensão da cidadania¹⁹.

Na implementação de uma política de saúde, planejada a partir de mecanismos deliberativos e participativos, com objetivos universais, essa lógica aparentemente ambígua expressa-se na convivência do lucro aferido pelo sistema privado de atendimento com a dinâmica democrática refletida no atendimento público e universal e o alargamento das responsabilidades de co-gestão.

Trata-se dos signos de uma nova racionalidade política, que ao abstraí-la em termos da análise, se traduzem no encontro da tendência descentralizadora do Estado

¹⁹ A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônica, ambos os projetos requerem de uma sociedade civil ativa e propositiva. DAGNINO E.- *Sociedade Civil e Espaços públicos no Brasil* (2002)

com as demandas participativas da sociedade civil, configurando a marca do denominado “Estado Moderno”, na medida em que contempla a democratização, a autonomização e a participação popular (COHN, 1994).

Frente a esses processos, as sociedades indígenas não articulam uma posição homogênea, porém as suas demandas por reconhecimento tanto das lideranças indígenas, quanto de seus sistemas tradicionais de organização, deflagram um projeto que persegue o alargamento da participação e uma mudança na estrutura organizativa do Estado. Isto é, a criação de Estados pluriculturais, cuja estrutura deve conter no mínimo, avanços nos seus mecanismos de representação.

Consideramos que para que isso aconteça, exigem-se mudanças e novas visões que perpassem as definições do “indígena” como sujeito político, e do território no qual eles atuam.

Ainda que de forma tangencial, a disputa pela noção de “índio” ou “sociedades indígenas” já foi abordada nesse capítulo, porém para entrar em concordância com nossos objetivos de pesquisa, remarcaremos a existência de uma segunda disputa, mas não menos importante, vinculada à noção de “território”.²⁰

Essa noção não é apenas chave no campo teórico, mas configura-se como categoria fundamental para entender os critérios estatais na formação das políticas de atendimento, como se vê, por exemplo, nas justificativas para formar os DSEIs.

De acordo com as observações de FRANK (1998: 85-86), nesse sentido, a maioria das demandas indígenas, tanto de políticas sociais como de direitos políticos, estão vinculadas ao seu território, ao local, mas entendido como um espaço flexível e móvel; noção refletida, por exemplo, na forma dispersa e espalhada em que vivem essas populações, ou bem na sua repetida e intensa história de migrações.

A visão estatal de território, pelo contrário - embora os avanços incorporados na Constituição, no Decreto 3.156/99 e na lei 9.836/99 - continua sendo de permanência, fixo e imóvel.

²⁰ Não estou me referindo apenas às disputas por regulação fundiária de Territórios Indígenas no Brasil, o que aliás constitui a primeira reivindicação das sociedades indígenas para garantir a eficácia dos direitos sociais das quais eles são criadores e destinatários, mas da visão entre o indígena e o não-índio em torno aos espaços territoriais, disputa melhor explicada pela “dicotomia” entre “fixo” e “móvel” (FRANK, 1998)

Ambas as disputas (por conceitualização de indígena e território) têm sido decisivas no período pós-constituente e, no caso da política pública de saúde, impressa no processo de implementação dos DSEI's como o espaço territorial apropriado para exercer o atendimento.

Apesar de que na implementação da nova política de saúde, ambas as noções foram inclusas (o que aliás constitui uma das garantias para a participação indígena na deliberação da política pública) a "distritalização" da saúde indígena continua priorizando os espaços (e atores) federais como os "propositores" da agenda de discussões e o principal "legitimador" das chefias distritais que dirigem o sistema nesse espaço.

Os 34 DSEI atuantes no Brasil foram instituídos sob diretrizes que perseguem o alargamento do sistema de representação (a paridade da representação em cada DSEI está garantida pela composição de 50% de usuários, isto é, indígenas e o outro 50% representado por organizações governamentais, ONGs prestadoras de serviços e de trabalhadores do setor saúde) e a efetivação dele através de encontros semestrais nos quais analisam o andamento da política naquele distrito.

Porém, mais uma vez, os avanços no plano formal não se correspondem com a prática política no espaço. A própria lei criadora dos 34 DSEIs ordena que as chefias de cada distrito sejam formalizadas pelo "presidente do órgão responsável pela execução desta política, isto é, FUNASA"; enquanto a agenda dos encontros é determinada previamente, sem sequer consultar aos conselheiros indígenas que formam parte do Distrito.

Durante os dois encontros do DSEI que acompanhamos no ano de 2002, cerca de 60% da agenda da reunião era dominada por fatores burocráticos que tangem à estrutura do Distrito, ou seja, a prestação de contas por cada Pólo Base de Atendimento, rotatividade (ou não) de cada presidente do Conselho Local de Saúde, etc.

A proporção restante, relacionada à execução do atendimento em cada aldeia, a implantação de novos projetos de atendimento, construção de novos postos, etc. eram pontos de agenda apresentados pela mesa diretiva de cada DSEI, para a qual eram convidados os representantes dos agentes institucionais (Ministério Público, FUNAI,

etc.) para avaliar a consonância dos projetos discutidos com o marco jurídico do Brasil.

Não só a agenda não era elaborada em conjunto com os conselheiros, como também o conteúdo dessa discussão era monopolizado pela mesa diretiva e os seus convidados “especialistas”, situação que dificulta a aceitação dos atores indígenas para a implementação de algumas iniciativas, como a que nos tocou testemunhar durante a tentativa da FUNASA de aplicar uma política de planejamento familiar nas populações indígenas do sul brasileiro.

Nos parece que essa dinâmica compromete a exigência do controle social por parte dos usuários da política de saúde, em princípio pelo fato deles assistirem aos encontros distritais sem a noção do que aí será discutido, restringindo – na maioria das vezes – a temática do encontro às dimensões burocráticas do funcionamento de cada DSEIs.²¹

Embora essa situação esteja mais associada aos desafios que atores indígenas enfrentam no processo de aprendizado político, na maioria das vezes esses atores também experimentam dilemas pela ampliação dos mecanismos de representação.

É recorrente encontrar nas atas de reunião dos DSEI's algumas discussões sobre o fato de que, dentro da comunidade, os conselheiros locais e AIS são percebidos como “funcionários da Prefeitura”, por pertencerem à rede de atendimento, embora a sua atuação esteja legitimada perante o Estado como representantes da comunidade indígena, alvo da política.

Apesar desse dilema expressar-se com maior clareza nas discussões da esfera distrital, as questões de representação e liderança são bastante problemáticas no

²¹ Na última reunião recordei como o Presidente do Conselho (Indígena) Local de Saúde da Aldeia Apucarantina confirmou o desconhecimento do público que ele “representa” sobre o conteúdo dessas reuniões, ao comentar: “as pessoas lá da aldeia sempre querem saber o que é que nós viemos fazer aqui. Não só porque isso vai influenciar o que vai se fazer lá no Posto, mas porque eles querem saber mesmo por que é que nós viajamos até de avião para chegar aqui, o que é que essa viagem vai deixar para a saúde deles, da nossa gente”. Naquele mesmo dia, a chefia do DSEI/Interior Sul distribuiu o quadro de gastos do semestre, repreendendo aos conselheiros locais pelo incremento do gasto em combustível, em comparação com o gasto em medicamentos, situação que na visão da chefia do DSEI, se traduz na ineficácia do controle indígena sobre o Pólo Base de atendimento. Trata-se de uma condição mais parecida ao “controle pelo avesso”, no qual o Estado controla a capacidade da sociedade indígena de controlar o próprio Estado, e, ao mesmo tempo, o repreende quando essa capacidade não aparece efetiva aos olhos do próprio órgão estatal

cotidiano da aldeia, especialmente porque a maioria das nomeações de conselheiros locais e agentes de saúde entra em tensões com as relações de parentesco - bastante presente nas organizações dos grupos indígenas - dificultando a visibilidade de uma proposta política unívoca e coerente da comunidade em questão.

Acreditamos que é nessa dimensão (embora que não apenas na nomeação dos conselheiros e agentes de saúde que entram em tensões com a liderança local), que a implementação da nova política de saúde reflete-se com maior clareza quanto à sua característica mais inovadora.

A novidade da reforma sanitária para as sociedades indígenas está dada pelo fato de alterar o cotidiano da população indígena, aproximando o sistema de atendimento biomédico ao interior de cada T.I. brasileiro, criando uma nova infraestrutura, levando para o seio de cada território agentes que antes eram desconhecidos. Enfim, distinguindo novos tipos de relações sociais, marcadas pelas tensões com a liderança local, e pela importância que o novo Posto de Saúde adquire no dia-a-dia da comunidade.

Para entender melhor essa dinâmica, nos próximos capítulos avaliaremos detalhadamente duas práticas dessa inovação cotidiana: a relação dos conselheiros e agentes com a liderança local, e quanto alterou-se na relação interna desse grupo, após a chegada de médicos, enfermeiros, assistentes e uma equipe de odontologia com uma prática de atendimento de segunda a sexta (e de plantões no final de semana) que há menos de seis anos não era possível.

Ambas as práticas serão analisadas a partir de estudos de caso de duas experiências aí vivenciadas: a elaboração de uma política de combate ao alcoolismo na aldeia, cristalizada na redação de uma cartilha anti-alcoolismo elaborada pelos próprios indígenas e uma recente discussão pela reforma do Posto de Saúde.

Ambas as experiências, inseridas no planejamento do atendimento à saúde indígena via município, serão avaliadas em duas dimensões, que consideramos bastante importantes para entender o conteúdo do indigenismo vivenciado: as práticas institucionais, isto é, o tipo de relação ensaiado com a sociedade indígena na visão dos atores institucionais; e as alterações que esse “novo encontro” tem provocado no cotidiano dos atores indígenas, institucionalizados ou não.

CAPÍTULO II
PRÁTICAS INSTITUCIONAIS.-
(o acomodo do Estado na temática indígena)

2.1 De velhos a novos atores

Ainda que a relação do Estado brasileiro com as sociedades indígenas tenha se oficializado somente após da criação do SPI em 1910, previamente já existiam muitas tensões nesse encontro, especialmente marcadas por uma servidão obrigatória e o acirramento dos conflitos pelo domínio da terra.

O predomínio das relações escravistas no Brasil colonial reconheceu-se depois nos processos de composição social da capitania (MONTEIRO, 1984), tendência que estava refletida nos decretos do governo imperial, referidos às sociedades indígenas, se caracterizando pelas contradições e hesitações entre a cordialidade e a violência, quanto à escravidão indígena e a autonomia dos seus territórios.

Nos termos usados por BARBOSA:

“Decretava-se hoje o cativo sem restrições, amanhã a liberdade absoluta, depois um meio termo entre os dois extremos. Promulgava-se, revogava-se, transigia-se” (Lisboa, apud Paula In: BARBOSA, 2001: 183)

Essa herança de contradições contextualizou a criação do SPI, cujo objetivo era proteger os índios nas áreas de penetração da colonização interna, mas não apenas como um signo humanitário, e sim como uma forma de assegurar a expansão colonialista sem maiores traumas.

A necessidade de uma diretriz nesse sentido antecipou-se às tendências imperiais, que apesar dos matizes, se resumia num ditado só: *valorização do progresso e avanço da "civilização" nas áreas desconhecidas* (Idem).

De fato, o objetivo do desenho das políticas era não apenas facilitar uma progressão - linear e transitória - do seu estatus de indígena a "civilizado", mas também evitar maiores confrontos pela construção da linha telegráfica e a estrada ferroviária noroeste do Brasil.

As diretrizes do General Cândido Mariano Rondon basearam-se no ideário positivista de uma progressão linear do índio. (...) *o respeito ao índio, freqüentemente alegado na retórica protetora, cingia-se estritamente à manutenção de uma sobrevivência enquanto passagem de um estado evolutivo a outro mais avançado na escala do progresso da humanidade* (OLIVEIRA, R.C.1988)

Porém, diversos estudos apontam o fato de que a conjuntura nacional na época, mesmo com a proeminência do ideário positivista, estava permeada por contradições. A estrutura política liberal cristalizada em 1889 não tinha sua correspondência no plano econômico, especialmente controlado pelas oligarquias estaduais (BARBOSA, 2001; GAGLIARDI, 1989).

Na análise de GAGLIARDI:

"Essa contradição da sociedade brasileira - de um lado aparentemente liberal e, do outro, o poder oligárquico, mas intimamente articulado - iria exercer influências profundas sobre a política indigenista que estava por começar, uma vez que ela se inspirava na concepção republicana, algo irreal que existia apenas na aparência"
(GAGLIARDI: 189)

Dessa maneira, o SPI enfrentou os dilemas de aplicar uma política pública de caráter evolutivo e pensada na formação da República, enquanto as burguesias locais colocavam obstáculos ao processo, especialmente no tocante à posse de territórios.

Entre muitos dos objetivos do SPI, nesse sentido, por exemplo, estava a criação de centros agrícolas, "constituídos por trabalhadores nacionais", mesmo sendo índios. A demarcação da terra produtiva seria garantida com base no resultado do seu trabalho. Porém, as demais possibilidades - como nulidade, direito de arrendamentos ou alienações do território - facilitou as condições para o poder das oligarquias locais reduzirem esses territórios (idem, 205 - 7).

A política e a retórica mantiveram-se durante toda a existência do SPI, até 1967 quando cedeu espaço à FUNAI. O domínio político exercido por militares nessa época, anulou parte do otimismo que teria surgido com essa inovação, embora as "novas" diretrizes não se distinguiam muito da visão "rondoniana". Porém, a permanência desse tom institucional - militar foi decisiva para as sociedades

Kaingáng do sul brasileiro, quanto à política de desenvolvimento contida nas diretrizes do SPI, refletindo-se numa série de decisões de povoamento que reduziram enormemente a posse de terras pelos índios.

Na região norte do Paraná, a lógica da integração obrigou a uma brutal redução do território Kaingáng, que se concentrava em uma faixa contínua desde o que é hoje o município de Londrina até Ponta Grossa, na qual a sociedade indígena dividia os seus recursos de caça e colheita.

Relatos históricos sobre o levantamento indígena na região²² demonstram como o sistema de aldeamentos do século XIX eram os únicos sistemas encontrados pelos caciques, para evitar as grandes mobilidades a que eram obrigados devido às perseguições e povoamento, que não lhes permitiram fazer suas roças nem estabelecer um sistema fixo de caças.

O aldeamento Kaingáng só foi possível graças a uma "doação" de 33,800 ha. que o Barão de Antonina fez à sociedade indígena em 1859, permitindo a formação de três grupos em um período de dez anos. Embora esse sistema diminuísse as agressões dos índios arredios, os aldeamentos também serviram para usar a mão-de-obra indígena nas fazendas de café.

Entre 1900 e 1950, o governo republicano instaurou duas políticas de ordenamento territorial, a partir das quais perseguiu-se a redução dos territórios indígenas, privilegiando a visão de desenvolvimento agrícola e a expansão das cidades. Assim, em 1924, os sistemas de aldeamentos começaram a sofrer intermináveis invasões, enquanto o próprio Estado autorizava a concessão dos terrenos intermédios aos aldeamentos, a favor dos funcionários e pessoas não-índios que cuidavam deles.

Nos anos seguintes, esse processo acelerou-se inclusive por um Decreto de Getúlio Vargas em 1945, determinando a redução das reservas indígenas brasileiras, alegando que o país necessitava incrementar o desenvolvimento da região. Os critérios de redução seriam de 100 ha. por família de cinco pessoas, mais 500 ha. para a infraestrutura do Posto Indígena.

A medida foi aplicada no Estado do Paraná até quatro anos depois sob o governo de Moysés Lupion, determinando que os Kaingáng ficassem apenas com 14% da área

original "doada" pelo Barão de Antonina, a qual já era menor em comparação com o território original que os Kaingáng ocupavam até o século XVIII.

O Decreto estadual resultante da disposição do governo Vargas (Decreto nº 13.722/1949) reservou para a terra Kaingáng, localizada entre os rios Apucarana e Tibagi, um total de 6,300 ha. de extensão, depois que a área original aproximada e autorizada pelo governador do Estado, Francisco Xavier da Silva, em julho de 1900, era de 54,000 ha. aproximadamente (*ver mapa em anexo*).

Com a extinção institucional do SPI e a criação da FUNAI, órgão com responsabilidades indigenista vinculado ao Ministério da Justiça, as reivindicações pela temática indígena comprometeram os anseios dos setores institucionalizados da sociedade civil, especialmente por conta dos fóruns e congressos indianistas mundo afora, que a partir dos últimos anos da década de 70 exprimiam demandas por reconhecimento à própria existência e, portanto, ao domínio da terra. No Brasil, a maioria das organizações acusavam a FUNAI de exercer uma "tutela desleal", por causa da posição que essa entidade assumira contra os interesses fundiários das sociedades indígenas.

A partir desse momento nasceram as primeiras agências de contato direto com os indígenas - missões de fé, CIMI, projetos e programas especiais de assistência – mas, mesmo assim, somente após a discussão pela Constituinte em 1988, continuava existindo um sentido de não reconhecimento das sociedades indígenas, devido à condição assimilacionista do Estado.

Durante todo esse tempo, a "tutela" marcou a relação do Estado com as sociedades indígenas, visão que no período militar, entendeu-se como própria da condição antidemocrática que dominou as relações da sociedade civil com o aparato estatal, segundo consta nos depoimentos reproduzidos por HECK (1996), relacionado ao desenho das políticas públicas no regime militar²³. Em depoimento do Brigadeiro Protásio Lopes do Comando Aéreo da Amazônia:

²² Estudos históricos sobre os sistemas de povoamento e aldeamentos na região encontram-se em TOMMASINO (1987, 1992, 1995) e TADEU MOTA (2000)

²³ Devo advertir que nesse sentido, uso o termo de "tutela", de acordo com o entendimento de DAHL com substanciais diferenças do modelo de "paternalismo" de THOMPSON. Em DAHL entende-se tutela não como uma variante do regime democrático, mas como um sistema totalmente contrário à democracia. Isto é, um regime que confere ao Estado a noção de uma instituição "governada por dirigentes **meritórios**", que formam

"Confesso que não sei o que é cultura de índio. Estudei a cultura dos Maias, dos Astecas, ouvi falar da cultura dos egípcios, enfim, uma série de culturas realmente grandes, mas a cultura do Tirió, aquele pobre infeliz que vi barrigudo, com verme, morrendo a mingua porque não pode tratar-se, cheio de verminose, eu não sei. Pode ser uma cultura excelente, mas eu prefiro colocá-lo num hospital, tratá-lo e depois deixá-lo completamente são, um brasileiro, e não um apátrida, um pária, como eles são (...) o meu convívio com o índio é esse. Por isso acho que o índio tem de ser assistido, porque nós fomos índios. Meus pais foram índios" (HECK, 1996)

Como se vê, o predomínio da visão integracionista e evolutiva permeou a totalidade dos planejamentos de políticas indigenistas (desde a homologação de territórios indígenas – principalmente dos mais próximos a zonas de fronteira, educação indígena, agricultura, meio ambiente e até a própria política de saúde), situação que explica, em grande medida, tanto o drama institucional causado pela alteração – do arranjo e dos atores – da política de saúde indígena dos anos 90, assim como alguns dos problemas atuais para implementá-la em cada T.I. brasileira. A transformação da política sanitária para populações indígenas não significava apenas um simples deslocamento de recursos, mas colocou um problema político muito maior, vinculado à existência da própria FUNAI enquanto órgão indigenista.

Apesar das dificuldades, o arranjo das políticas sociais dirigidas às sociedades Kaingáng da região norte do Paraná, tem certas particularidades que precisam ser entendidas para avaliar o desenho atual, no qual não pode se menosprezar o papel do município de Londrina.

A relação entre a T.I. Apucarantina e o município, por exemplo, não surgiu pelos efeitos dos direitos constitucionais, pela lei 9.836, nem pelo resto de disposições relativas à saúde indígena. Pelo contrário, a execução dos projetos locais datam de 1993, sob coordenação da Secretaria de Ação Social, que em parcerias com outras

parte de uma minoria. Na visão de THOMPSON, "paternalismo" é um termo descritivo e impreciso, desde que tem menos especificidade histórica do que outros, ao mesmo tempo contém mais implicações de calor e de relações pessoais que não supõem noções valorativas. No nosso entender, existem diversas vertentes de tutela, desde a que está contida na proposta weberiana de racionalidade (normas hierárquicas do poder), até a visão marxista do partido revolucionário operário, como o principal sujeito histórico e de vanguarda. Na experiência da aldeia Apucarantina, no entanto, ambos os tipos de relações são vivenciadas cotidianamente como observaremos mais adiante, nesse texto (THOMPSON, 1989; DAHL, 1993)

secretarias municipais e ONGs, desenvolvem projetos de meio-ambiente, agricultura e educação especial.

No período da nossa pesquisa de campo, a Prefeitura já vinha desenvolvendo um projeto integral de saúde, com ênfase na campanha de prevenção e combate ao alcoolismo, experiência na qual observam-se várias práticas relacionadas às competências de deliberação e controle que serão analisadas na seção a seguir, visando entender uma parcela dos conteúdos do novo diálogo entre o Estado e a sociedade indígena pesquisada, através da execução da política de atendimento de saúde indígena.

2.2. Espaços institucionais da deliberação

As bases jurídicas para a aplicação de uma nova política de atendimento para comunidades indígenas foram garantidas plenamente a partir dos últimos meses de 1999. Porém, a sua aplicação só foi efetivada quando todas as condições institucionais (passe de verbas, definição de competências, formalização dos DSEI e a nomeação de conselheiros e agentes de saúde) foram ativadas, há menos de três anos.

Na T.I. Apucarantina, os projetos de parceria entre o município e a FUNASA começaram a ser aplicados entre o ano 2000 e 2001, com a nomeação do conselho local de saúde e a instauração de todos os espaços de deliberação que hoje atuam na reserva. A estrutura de atendimento repete o estilo de políticas sociais terceirizadas, se bem que, até hoje, não há nenhuma ONG atuando nas políticas de cuidados à saúde.

O esquema estrutura-se pelo repasse da verba federal (FUNASA/MS), que sai dos chamados “Pólo Base” para ser administradas pelo município que assinou o convênio de atendimento²⁴. No caso do município de Londrina, os recursos da política de saúde são administrados conjuntamente pelas Secretarias da Saúde e da Ação Social, com

²⁴ Na região norte do Estado, o PB de Londrina é responsável pelo atendimento em nove T.I., via projetos com os municípios mais próximos que administram os recursos. No caso da T. I Apucarantina, o processo de autonomia municipal atingiu esse sistema, pois o novo município de Tamarana criado apenas há seis anos, reivindica a sua responsabilidade pelo atendimento de saúde, cuja decisão dependerá de uma resolução do STF. Esse fato coloca alguns transtornos quanto aos mecanismos de representação, situação que analisaremos mais adiante, nessa dissertação

os quais contratam-se os serviços do Hospital Santa Casa da Cidade, responsável pela contratação da equipe médica e manutenção do Posto de Saúde.

A T.I Apucarantina é a segunda aldeia na prioridade financeira, apesar de ser o território com maior população indígena da região. Via convênios, só no I Semestre de 2002, o PB de Londrina tinha investido na aldeia cerca de R\$ 23.400,00 previsto para ser gastos no ano todo, dos R\$157, 376 que foram gastos nas nove aldeias atendidas. Os gastos estão detalhados no quadro a seguir:

Gastos na saúde da Aldeia Apucarantina (Fev- Out. 2002)

Combustível e Lubrificante	10.621,85
Medicamentos Básicos	6.581,25
Remoção Paciente/Passagem	1.910,00
Funeral	1.694,08
Órteses e Próteses	870,00
Material odontológico	565,00
Urgência e emergência	320,00
Exames especializados	317,00
Combate à desnutrição	301,96
Material de Limpeza	191,15
Outros/Serviços de terceiros	90,55
TOTAL	23.462,84

Fonte: Dados DSEI/INSUL

O alto gasto apenas com combustível, quase 50% a mais do investimento em medicamentos, levou à cobrança da chefia do DSEI/INSUL (Interior Sul) durante a última reunião do ano, remarcando sobre o fato da T.I. Apucarantina possuir rotas de acesso privilegiadas, se comparada às demais reservas de população Kaingáng.

A partir dessa cobrança, o controle por parte do Estado impõe a sua marca burocrática ao exigir dos conselheiros indígenas um retorno que possua os mesmos conteúdos, isto é, exigem dos Conselhos Locais uma linguagem que exprima o

mesmo conteúdo técnico com o qual o Estado opera, numa espécie de controle estatal que deve resultar em maior controle vindo das sociedades indígenas, mas apenas na pauta que dispõe o respectivo DSEI.

Trata-se de um dos vários estilos da relação que o novo Estado, já redimensionado, ensaia com essas sociedades, numa dinâmica melhor explicada pelo Kaingáng Renato, Presidente do Conselho Indígena Local de Saúde:

“O conselho (local) está precisando de mais conhecimento, porque se eu não estivesse fazendo isso, mais tarde quem vai cobrar é a FUNASA.... e aí conselho, por que é que você não viu isso?... por que é que aconteceu isso?. Para isso é que se tem o Conselho Local, para acompanhar, e a FUNASA cobra. Se o conselho vê alguma coisa de errado, ele pode direcionar para a FUNASA que é a responsável da saúde do índio. Por exemplo, do caso de se tiver um desvio de verba, direciona para a Procuradoria, o Ministério Público, né...!” (grifo nosso) (depoimento, Presidente CILS/T.I. Apucarantina)

Mesmo sendo pequeno, o trecho no depoimento de Renato reproduzido aqui, nos oferece duas importantes dicas para entender a dinâmica institucional dos atores responsáveis pelo atendimento da saúde indígena ao entrar na reserva. A primeira diz respeito ao teor do diálogo Estado- agentes Kaingáng, e a segunda, revela-nos a noção dos agentes indígena sobre essa prática.

Acreditamos ser necessário relatar, neste ponto, mais um episódio para reforçarmos a nossa explicação. A reunião mensal do Conselho Local de Saúde com os funcionários da FUNASA e da Prefeitura correspondente ao mês de Dezembro/2002 foi adiada em vista da falta de convocatória por parte da Secretaria de Ação Social. O encontro seria realizado um mês depois, cuja pauta por parte do Conselho Local (Indígena) de Saúde seria elaborada segundo as considerações do próprio município. Devido ao fato do atendimento à saúde indígena ser bastante recente, a verba dos primeiros dois anos não foi investida totalmente, restando entre R\$ 10.000 e R\$ 15.000 a serem investidos, para o qual a Prefeitura consultou aos conselheiros sobre as prioridades.

Até o encerramento do nosso trabalho empírico, a reunião não tinha sido convocada, porém, já estava decidido o investimento na reforma do Posto de Saúde (ampliarem mais uma sala e comprar equipamentos), a construção de um novo Posto

em uma outra aldeia Kaingáng e o conserto de uma camioneta que seria usada como ambulância da T.I. Assim decidido, a reunião seria apenas para “acompanhar” (como expressa Renato) o andamento dessas reformas.

Pode se notar, nesse sentido, que a prática institucional - embora o Conselho e os funcionários da FUNASA / Prefeitura assistam ao diálogo em condições de equidade – a pauta e a dinâmica do diálogo ficam por conta destes dois últimos atores, mesmo que ele não aconteça no DSEI, e sim, dentro da Aldeia, onde os conselheiros locais Kaingáng possuem maior mobilidade e influência.

Quanto à percepção dos próprios indígenas que atuam nesse espaço, podemos inferir, mais uma vez, quanto o peso da marca institucional continua sendo marcante. As atuações dos conselheiros parecem se pautar pelos dois atores/agentes da cidade (FUNASA e Prefeitura) ao ponto que eles (os conselheiros) não assumem o papel de gestores da política quanto ao uso de recursos, limitando-se a acompanhar os investimentos, sob a coerção da FUNASA e o seu controle institucional:

“(...) porque se eu não estivesse fazendo isso, mais tarde quem vai cobrar é a FUNASA.... e aí conselho, por que é que você não viu isso?... por que é que aconteceu isso?. Para isso é que se tem o Conselho Local, para acompanhar, e a FUNASA cobra”.

É importante remarcar mais dois fatos para explicar quanto o papel de controle por parte do Estado se impõe sobre a prática do controle indígena. Desde que as reuniões do Conselho Local com os funcionários da FUNASA – Prefeitura instituíram-se na reserva, todas são desenvolvidas na sala do Posto de Saúde, entre quatro paredes. No entanto, todas as discussões da liderança indígena com a comunidade são convocadas em praça pública, ao redor da qual todos os habitantes estão assentados.

Essa é a razão pela qual, depois de cada reunião, os conselheiros e a liderança local decidem convocar a comunidade a um encontro na praça do centro da T.I., onde a avaliação do atendimento da saúde discutida anteriormente é repassada a todos os membros daquela comunidade.

Se comparada a outras práticas de conselhos, essa dinâmica expressa um melhor desempenho dos mecanismos de representação²⁵, não obstante, limita as capacidades de controle, tanto dos conselheiros como dos seus representados (a comunidade) ao instituir um esquema de deliberação posterior, que aparece após a fala do Estado, impedindo assim que exista uma adequada intervenção prévia da comunidade.

No depoimento do Kaingáng Renato, detalhando essa dinâmica, vê-se como acontece a intervenção da comunidade na prática, ao lhe perguntarmos sobre como a comunidade de Apucarantina tem cobrado o papel do Conselho (Indígena) Local de Saúde, nesses últimos dois anos de experiência :

“Até o momento, nada. Por enquanto, tudo tá tranqüilo. Se tem alguma coisa faltando, se sobrou dinheiro e tal, eles querem saber. Às vezes, algum recurso que está na farmácia e às vezes se esgota, ou eles ficam devendo, e aí a comunidade começa a ver isso, e então eles cobram para a gente quando se faltam os medicamentos (...) é para isso que são as reuniões todo final de mês. Aí todos podem entrar e participar, principalmente a liderança, para depois, a liderança passar para a comunidade. Às vezes se faz uma reunião geral, e aí eles chamam eu para a gente falar para eles. Sempre é assim, eles chamam e aí eu falo quando se tem alguma coisa para colocar para a comunidade” (depoimento, Presidente CILS/T.I. Apucarantina)

Nesse nível, a postura do Conselho e dos indígenas da comunidade aos quais este formalmente representa, parece totalmente coerente se analisada sob a luz dos termos que o convênio assinado entre a FUNASA e a Prefeitura dispõe, nos quais o Conselho Local de Saúde possui competência de “fiscalizadores, de controle social e para sancionar ou revogar convênios”. Porém, nenhuma delas alcança as diretrizes já delineadas pelo Estado, e muito poucas vezes são levadas ao seio das discussões do DSEI.

²⁵ Nos parece urgente fazer duas ressalvas a essa afirmação, para evitar que possa ser tomada como uma conclusão bastante precipitada, até porque não pretendemos apresentar nada conclusivo neste texto, por considerar que se trata de uma discussão inesgotável. Primeiro, ao falar de outras “experiências conselhistas”, estamos nos referindo às práticas dos Conselhos de Políticas Públicas instituídos nos âmbitos estaduais e municipais, onde a sua composição paritária e plural cria uma disputa de posições e problematiza a idéia de legitimidade da representação (TATAGIBA, 2001). Nos Conselhos (Indígenas) Locais de Saúde não existe tal paridade (todos os membros são indígenas) e, portanto, a legitimidade não se expressa, aparentemente, em termos problemáticos. Não obstante, essa obviedade (e aí, a segunda advertência) dilui-se ao comprovar na experiência empírica que tal legitimidade é também problematizada pela existência de uma liderança tradicional com a qual os conselheiros interagem, e pela força das relações que já estavam, instituídas (de parentesco, clínicas. etc.), cujo assunto é analisado em outro capítulo

Já apontada uma parte da prática política no território Apucarantina, gostaríamos detalhar como dois, dos mais importantes elementos do discurso oficial (controle social e respeito ao sistema tradicional de saúde indígena) funcionam, a fim de analisar mais fatores desse exercício, para além das competências que a lei, formalmente, confere a todos os atores em diálogo (conselheiros, agentes, prefeitura, etc.).

Tentaremos discutir na seção seguinte, como essas duas diretrizes da política (controle social e o diálogo com o sistema tradicional de saúde) manifestam-se numa das mais importantes políticas de atendimento hoje executada na T.I. Apucarantina pela Prefeitura de Londrina : política de prevenção e combate ao alcoolismo.

2.3 goifa to veme!

(Falando de alcoolismo na aldeia Apucarantina)

O projeto municipal de atendimento em prevenção e combate ao alcoolismo na T.I. Apucarantina é hoje “a menina dos olhos” das políticas sociais indigenistas da Prefeitura de Londrina. Reforçado no bojo da parceria com agentes da FUNASA, porém datado desde os primeiros contatos há mais de dez anos entre o município e a aldeia, o programa já rendeu uma série de oficinas e capacitações dirigidas aos indígenas Kaingáng, dentro de um projeto mais abrangente, que envolve políticas de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Agora esse trabalho de envolvimento reflete-se na elaboração de uma cartilha elaborada por indígenas Kaingáng (na sua maioria, crianças menores de 12 anos que desenharam cenas do cotidiano da aldeia, vinculadas ao consumo de bebidas alcoólicas), que a Prefeitura disponibilizou a partir dos primeiros meses de 2002, partindo das percepções dos próprios indígenas sobre os seus próprios hábitos de consumo de álcool.

No discurso oficial diversos fatores justificaram a criação do programa. Em princípio pelo fato de que no ano 1998 a maioria das mortes registradas na aldeia aconteceram por “causas externas” (acidente, agressão, etc.). Um levantamento estatístico feito nesse ano observou no registro ambulatorial que, dos cinco óbitos, três

deveram-se a essas causas, especialmente relacionadas a agressões domésticas ou mesmo brigas entre os próprios indígenas, fora do âmbito familiar.

A determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS) categorizando a dependência alcoólica como doença, somado ao agravamento desse quadro na T.I. Apucarantina, reforçou a necessidade do programa, embora dificultado pela carência de informações sistemáticas (como aliás, acontece na maioria dos territórios indígenas do Brasil), o que impedia a elaboração de um quadro epidemiológico confiável dos Kaingáng, a partir do qual implementá-lo.

Mesmo assim, um levantamento preliminar feito pela administração municipal, a fim de determinar os hábitos de consumo alcoólico na aldeia, verificou que 26,8% do total da população Kaingáng de Apucarantina vinha bebendo regularmente nesse ano. Em relação ao sexo, essa proporção de consumidores do álcool era formada na maioria por homens (40,1%), e 14,2% de mulheres indígenas²⁶.

O aumento do conhecimento indígena sobre as bebidas de outro tipo, que não as usadas nas comemorações religiosas e rituais da aldeia (a maioria delas já nem se praticam), também justificou as diretrizes do projeto. Um levantamento histórico feito pelo governo municipal constatou a instalação de quatro alambiques dentro da aldeia, autorizada pelo governo do Estado no mesmo período da instalação da usina elétrica, entre os anos 30 – 50.

A introdução de bebidas, já destiladas, produto desse tipo de contato, não apenas ocasionou mudanças no hábito do consumo, como também alterou os rituais, nos quais os Kaingáng já costumavam usar bebidas fermentadas, especialmente de milho. Em todas as cerimônias começaram-se a usar as bebidas destiladas, já não trazidas de fora da aldeia, mas feitas pelos alambiques dentro do território, incidindo até na percepção do que era a bebida alcoólica²⁷.

²⁶ Dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do município, nos quais também detalha-se como o consumo alcoólico é majoritário entre homens de 15 – 35 anos (54,6%). Entre as mulheres, a proporção era de 18,8% nas faixas de 15 a 35 anos, e de 25% na faixa de 35 a 45 anos. Mais de 45% das mulheres que fazem uso de bebidas se dá entre os 30 a 49 anos de idade. À primeira vista parece que, entre os Kaingáng, as mulheres apresentam o problema do alcoolismo em idades maiores que entre os homens.

²⁷ Houve a propagação e aceitação de que a cerveja e o vinho não são bebidas alcoólicas. Assim, alguns Kaingáng consideram apenas os destilados (a pinga, a cachaça) como bebidas alcoólicas e, como tal, capazes de provocarem algum prejuízo (KOHATSU, 1999)

A narrativa dos Kaingáng, no marco da implementação do programa, explica as mudanças desse tipo na visão da comunidade:

“... o alambique começou no toldo no Apucarana grande. Os índios não tinha chefe, o cacique era Penki Pereira. Mandaram o forno lá de Curitiba.. Eles fabricavam a pinga e o açúcar. Não sei quem ensinou, mas tinha um velho, um tal de Fortunato, era índio, e aí os índio aprendeu com ele. Vieram muito índio de longe, lá do Itararé morar aqui por causa do alambique. Naquela época, o governo que cuidava dos índio era de Curitiba. O forno era muito grande, eles moíam a cana e fervia aquele caldo e daí faziam a pinga. As mulheres não faziam a pinga, ajudavam na lavação, lavava as caldeira. Antes do alambique, os índio bebia kife. Fazia bastante kife. Depois levavam o kife para o alambique. Os índio começou a beber muito. O chefe depois recolheu e vendeu o forno e aí os índio ficaram sem alambique. O cara que mandou o alambique viu que os índio estava descontrolando a vida deles, tiraram o alambique e até os gado dos índio....”²⁸ (Depoimento do indígena Vagãnh de 100 anos, reproduzido na cartilha do Programa, (2002)

Ainda que esse depoimento nada diga quanto às estratégias da comunidade para enfrentar o problema, é revelador no que se refere ao ator responsável por combatê-lo. O vínculo imediato dos problemas de dependência alcoólica ao contato maior com os não-índios (especialmente o Estado, que justificado pela autoridade decide o traslado e retiro dos alambiques) faz com que, na visão dos índios, que o Estado assuma a responsabilidade de controlar esse problema.

Essa visão explica como a maioria das estratégias (inclusive o caderno redigido e desenhado pelos indígenas) vêm do Estado, incluindo não apenas aquelas institucionalizadas pela norma legal (contratos de parceria, convênios com a FUNASA, etc.), mas também, algumas estratégias inspiradas no sistema não-índio, mas que os Kaingáng adotam no seu cotidiano como sendo “efetivas”.

A estratégia mais inquietante foi a instalação de duas celas frente à praça pública da aldeia, onde homens ou mulheres indígenas que provocarem violência por causa do álcool sejam punidos “até que o porre passa”.

²⁸ Assim como o “kife”, existiam outras bebidas (“goiocupry” e kiki”) bastante freqüentes nas festas do “kiki koi”, ou festa do milho, em louvação e celebração à comida. As bebidas eram feitas de milho com mel, fermentadas dentro de um cocho de madeira

Assim, examinaremos mais detalhadamente como as estratégias de controle funcionam, tanto as que vêm do Estado, quanto as criadas pela sociedade indígena envolvidas no programa antialcoolismo, que possam dar conta, mesmo que parcialmente, da dinâmica da política de saúde indígena na T.I. Apucarantina.

a).- Doença que dá cadeia

Apesar do programa de prevenção ao alcoolismo ser relativamente novo (apenas no ano passado o problema de dependência indígena ao álcool foi discutida como estratégia nacional), a experiência na T.I. Apucarantina já contém certos métodos de ação, que revelam a dinâmica do “controle social”, cuja temática distingue a bandeira oficial do sub-sistema de saúde indígena.

Na visão do Estado, essa prática se traduz nas estratégias que as comunidades indígenas devem implementar sobre os agentes do Estado, executando desse modo, a visão institucional de eficiência quanto ao desempenho da política pública. Não obstante, observamos que esse controle acontece em duas vias (da sociedade indígena sobre o Estado e vice-versa), com maior ênfase no controle do Estado, considerando toda a sua capacidade técnica e burocrática.

No caso da política social analisada, esse controle consiste nas cobranças que agentes do Estado exercem sobre quanto e como os atores indígenas fiscalizam a execução da política de saúde. Na implementação do programa de prevenção e combate ao alcoolismo, essa dinâmica se expressou em várias estratégias que vieram principalmente dos agentes da Prefeitura de Londrina.

A primeira estratégia do município foi mesclar oficinas oferecidas por professores indígenas, conselheiros e agentes de saúde, além de todas as associações (de moradores, pais e filhos, etc.) existentes na aldeia, com ações proibitivas como a suspensão de venda de álcool dentro da reserva, exceto nos dias festivos (dia do índio, natal, jogos de futebol, etc.).

De acordo com Marlene, responsável pela execução das políticas sociais na aldeia, o ponto central de todas as estratégias é dado pelo levantamento do discurso indígena sobre o problema do álcool, que expressa a temática do controle (de VER, JULGAR e AGIR) usado pelo Estado, para elaborar o programa de atendimento indígena:

“A metodologia que eu trabalho com os Kaingáng é de trazer a fala deles. Eles são sujeitos. Eles são os que vão dizer para mim. Eu não vou chegar lá e dizer, aqui todo mundo bebe e o alcoolismo é um problema, não. A seqüência de atividades que programo com eles é para que eles ao final vão dizer, olha Marlene aqui alcoolismo é um problema, porque as pessoas bebem, assim e assado (...) eles conseguem perceber qual é o problema, embora que isso já seria entrar a outros problemas, a questão da definição da cultura, como bebem, quanto bebem, se eles trocam ou não os padrões de vida, o que significa beber, se bebem quando estão alegres ou bebem por tristeza. Há uma série de variáveis aí que é bem diferente do alcoolismo enquanto uma doença progressiva e fatal que desenvolve dependência.

Quando você vai nos índios, você tem que relativizar esses conceitos e desenvolver uma outra perspectiva, entendeu?. Você tem que tomar conta disso, se eles bebem ou não bebida fermentada, aí entra a cachaça. (Para eles) a bebida fermentada tem uma função, dentro da sociedade ainda tem muitas outras, mas com a passagem da bebida destilada a coisa na verdade revirou, e tal.

Então, alcoolismo é um tema bastante complexo né, porque não dá para aplicar os mesmos conceitos que a OMS, por exemplo, coloca em relação à questão da dependência.

E aí você tem que para pensar por que umas pessoas param sozinhas sem nenhuma ajuda, outras convertem-se a uma determinada religião para parar de beber, etc” (agente da Secretaria de Ação Social, Prefeitura de Londrina)

Embora as diretrizes oficiais determinem que essa metodologia deve ser orientada pela própria fala indígena, as estratégias praticadas são enviesadas por posturas adotadas nas sociedades não-índias. Na visão do grupo Kaingáng, toda bebida que não seja destilada (cerveja, vinho, etc.) não tem uma composição alcoólica, pois em tempos remotos bebidas desse tipo (“kiki”, “kife”) possuíam funções cerimoniais. Em relação às bebidas tradicionais, normalmente tinham a função de intermediar a comunicação entre as pessoas e as diferentes divindades.

Com o contato e as mudanças no beber, alguns dos significados também mudaram. Assim, entre os Kaingáng, tem o significado de trazer alegria, de esconder a vergonha por não conseguir falar a língua portuguesa, servindo ainda de rito de passagem entre os jovens (SOUSA, 1999). A principal estratégia do Estado, porém, foi a de obviar essa percepção e incluir nas medidas proibitivas todas as bebidas mesmo aquelas não destiladas.

A estratégia que mais chama a atenção, não obstante, é o vínculo que os próprios indígenas estabelecem entre o problema do álcool e questões de segurança interna, depois que eles construíram duas celas de frente para a praça pública para punir indígenas envolvidos em conflitos violentos por causa da bebida.

Segundo explicação de Nazareno, chefe do Posto, as punições não são definidas pelas normas formais “do branco”, porém, o castigo foi adotado do sistema não-índio embora aplicado de forma emergencial e dispensando a dinâmica dos sistemas jurídicos:

“(...) não, mas é que deu uma briga e nós prendemos. Os índio tinham tido um problema, tinham brigado até com agressão corporal foi só para acalmar os índio, mas já estão soltos. Eles ficam sob os olhos e vigilância da comunidade, mas porque tinha que ter uma punição, né?” (depoimento, chefe do Posto Apucarantina)

Na maioria das vezes, o “confinamento” por horas na cela é apenas mediado pela decisão das lideranças tradicionais (cacique e/ou chefe do Posto), embora em mais de uma ocasião a própria comunidade é quem decide se o índio violento deve ou não ser enviado à cela, ou apenas cumprir sua pena com trabalhos braçais perante os demais indígenas, de modo que o vexame seja a sua punição.

São comportamentos das normas costumeiras que, embora fiquem à margem da norma jurídica, repetem e adaptam a dinâmica dessa última, de modo que possa funcionar segundo o cotidiano da população onde essa norma é praticada.

Pode se notar assim que, apesar de a bebida alcoólica mediar as relações sociais dos indígenas Kaingáng com conteúdos religiosos e místicos, a introdução das destiladas trouxe novos significados, fundamentalmente de violência, cuja acepção tem maior peso entre os indígenas, do que os efeitos de dependência²⁹.

Essa percepção adquire maior significado quando é levada à praça pública e envolve a toda a comunidade em torno de uma só discussão, que pode ser mais

²⁹ Mesmo que na narrativa indígena seja notável a percepção que eles têm quanto aos efeitos físicos da bebida, sempre se sublinham os elementos externos (de violência) que ela representa: “(...) é triste lembrar que a Joana, o Francisco, o Manuel Alfredo, a Ana Adolfo, o Timotéo, o José Anastázio, o Zeca Meneguildo, que eram nossos parentes, morreram por causa da bebida” (trechos da cartilha indígena)

concreta quando os atores indígenas observam que a sua decisão tomada pela norma “não escrita”, se concretiza na frente deles ao utilizar a cela já destinada.

Nos parece que esse exemplo, mesmo que bastante particular, revela uma dinâmica que se entende mais adequadamente na articulação das esferas institucionais e do cotidiano da população indígena. Trata-se de uma relação entre duas dimensões que, aparentemente excludentes, se inter-relacionam e modificam mutuamente, permitindo o andamento da política enquanto processo.

Mais ainda no funcionamento de uma política pública, que se presta a democratizar o atendimento na saúde indígena (aproximando-o ao cotidiano dos moradores da aldeia e transformando todos os seus destinatários em co-gestores), onde ambas as dimensões colocam sérios desafios para a análise do processo político que aí se exerce, mas necessário para detectar qual o grau de novidade que existe na atual prática indigenista no Brasil.

Para acudir a esse desafio, no próximo capítulo analisaremos alguns casos (nem todos relacionados à execução do atendimento de saúde indígena) onde essa dinâmica acontece, e quanto pode nos falar da política desenvolvida pela população étnica. Não obstante, gostaríamos ainda de nos deter em relatar brevemente uma recente experiência institucional, que determina em parte, a dinâmica que articula o cotidiano da aldeia à novidade institucional.

Trata-se de um pleito judiciário entre o município de Londrina e o novo município de Tamarana, para determinar a quem compete a implementação das políticas sociais para a comunidade Kaingáng de Apucarantina. Um confronto que surgiu há menos de dez anos, quando o distrito de Tamarana obteve a autonomia municipal, mas que entrou em atrito com a sua antiga base administrativa, ao reclamar recursos federais para o atendimento indígena, já que a T.I. Apucarantina situa-se dentro de sua jurisdição, e não dentro de Londrina, à qual são repassados os recursos da FUNASA.

2.4.- Atrito municipal, obstáculos para a representação indígena

Em 1998, o distrito de Tamarana, localizado ao sul da cidade, mais próximo da T.I. Apucarantina, alcançou o status de município com dependências administrativas e técnicas autônomas. O novo município estende-se desde uma porção do território indígena Apucarantina, condição que lhe responsabiliza pelo atendimento público à comunidade, à revelia da maioria dos habitantes da reserva (*ver mapa em anexo*)

Os dois municípios (Londrina e Tamarana) esperam ainda uma resolução do STF para determinar qual deles tem a competência pelo atendimento, um pleito que surgiu há pelo menos dois anos quando um ex-cacique da T.I. Apucarantina promoveu um abaixo-assinado, aparentemente por influência e acertos de lideranças locais do novo município.

O abaixo-assinado - que logo foi desconsiderado pela comunidade - demandava que todas as políticas sociais deviam ser assumidas por Tamarana, argumentando o atendimento irregular que caracterizava as relações com Londrina³⁰. No começo de 2002, a comunidade e as novas lideranças (cacique, conselheiros e o chefe do Posto) da T.I. Apucarantina encaminharam uma nova petição ao Procurador da República na cidade, para que o atendimento continue por conta de Londrina, acompanhando um relatório técnico para demonstrar que o novo município não tem a infraestrutura nem a competência necessária para atender a reserva.

Por enquanto, as políticas de atendimento são executadas em parceria por ambas as Prefeituras, situação que causa sérias dificuldades, especialmente na nomeação de representantes e eleição dos interlocutores para a aplicação do atendimento de saúde.

Um dos mandatos do Decreto 3.156/1999 é que a comunidade indígena alvo do atendimento deverá possuir representação no Conselho Municipal de Saúde na sua

³⁰ Segundo relatos dos indígenas, o ex-cacique conseguiu influenciar o cacique naquele ano para promover o pronunciamento em favor do novo município Tamarana. Depois a comunidade detectou os riscos dessa decisão, resultando na substituição do cacique pela comunidade e em atividades para reverter os efeitos do abaixo-assinado. É muito conhecido na aldeia que esse ex-cacique tinha obtido vários benefícios (dinheiro e um carro novo) pela sua ação. Esse episódio nos relata como, dentro do próprio território, os vícios da liderança local reproduzem-se na postura da liderança indígena, especialmente aquela liderança que foi instaurada, com reconhecimento oficial, para dialogar com o Estado, estreitando laços com a postura caudilhistas do município

cidade de abrangência, especialmente se a parcela da população indígena for igual ou superior a 5% da população total do município

Embora a T.I. Apucarantina esteja dentro desses parâmetros, a sociedade indígena ainda mantém dúvidas sobre a necessidade de assumir esse espaço de deliberação, e, portanto continuam ausentes tanto do Conselho de Londrina, quanto de Tamarana.

Dúvidas arrazoadas por Renato, Presidente do Conselho Local (Indígena) de Saúde, que explica assim:

"(...) nas discussões que a gente tem, sempre nos informam que é melhor esperar o que se diga na justiça para primeiro a gente saber a qual município é que pertencemos para depois ir lá ao Conselho Municipal. Já dissemos que queremos continuar sendo atendidos por Londrina porque o posto (de enfermagem) que temos lá é por conta de médicos de Londrina, os professores chegaram por concurso em Londrina, e além disso, nunca consultaram à gente quando se fez a divisão em uma terra que antes pertencia da gente. O pessoal da prefeitura [de Londrina] acha melhor esperar para que nós tomemos a decisão"

Apesar da indecisão em assuntos de competência, o espaço outorgado pelo decreto permite aos membros da T.I. terem um representante no Conselho Municipal do novo município enquanto não existir uma decisão final; mas até hoje a liderança indígena não tem mostrado o interesse em assumi-lo, por clara influência, desta vez, da autoridade local de Londrina³¹: *"O pessoal da Prefeitura acha melhor esperar para que nós tomemos a decisão"*.

Podemos assim notar o desencontro de interesses institucionais, no momento em que o agente federal (FUNASA) insiste na tentativa dos indígenas Kaingáng terem uma representação no Conselho. No entanto, a autoridade municipal mantém cautela, emperrando qualquer decisão da comunidade, especialmente pelo fato do município ser mais próximo à T.I., do que os funcionários da FUNASA.

³¹ No começo do segundo semestre do ano, o chefe do Pólo Base de atendimento (órgão da FUNASA) em Londrina intimou ao cacique da T.I. para eleger um representante no Conselho Municipal de Tamarana, mas o desinteresse da liderança indígena de se apropriar desse espaço continua sendo evidente

Em segundo lugar, ainda que a falta de representante indígena nos Conselhos de ambos os municípios não atrapalhe em nada o atendimento no local³², a ausência no fórum municipal acentua as diferenças dos sistemas de saúde praticados (no município e na aldeia), apesar dos lineamentos e a origem das reivindicações acerca dos dois sistemas serem praticamente os mesmos.

Na maioria das vezes, os funcionários do município (conselheiros municipais, Casas da Saúde e Hospitais) reagem contrariando as necessidades dos indígenas, não apenas no que se refere à percepção do sistema de saúde Kaingáng, mas especialmente quando o paciente indígena sai da aldeia para ser tratado no âmbito municipal, aspectos que mesmo sendo discutidos na reunião mensal dos Conselheiros Indígenas com funcionários da Secretaria Municipal da Ação Social, não ultrapassam a geografia local, nem mesmo dialogam com o sistema da cidade.

A incidência de todos esses aspectos institucionais, enunciados até aqui, no cotidiano dos Kaingáng será abordada no próximo capítulo, apelando fundamentalmente aos processos de aliança que a comunidade indígena tem instituído com antropólogos, universidades, advogados, etc., não apenas nos elementos que formam a dinâmica do atendimento à saúde indígena.

³² A T.I. Apucarantina é atendida regularmente por um posto de saúde que funciona no local com um médico, três enfermeiras e uma equipe de odontologia. Além disso, tem um serviço ambulatorio que permite a mobilidade de doentes para internação em ambos os municípios, dependendo da gravidade. O atendimento e todos os funcionários são pagos - e foram contratados - pela prefeitura de Londrina, com recursos da FUNASA

CAPITULO III INSTITUIÇÕES E COTIDIANO (Casos Kaingáng)

A discussão proposta nesse capítulo não pretende recorrer fielmente ao método etnográfico para entender o cotidiano da sociedade Kaingáng, mas apenas descrever posturas e comportamentos observados no campo das relações sociais praticadas na T.I. Apucarantina (e as vezes, fora dela), que dêem conta da novidade institucional pretendida pela reforma sanitária, ao se instituir com práticas e instituições rotineiras.

Uma operação que, embora descompromissada, não escapa da necessidade de se envolver no desafio imposto pela vitalidade do “cotidiano” como campo de análises, um termo cuja polissemia e dilemas teóricos, obrigam ao pesquisador assumir claras posições quanto aos elementos que deve considerar como problematizáveis, e composto de conteúdos políticos.

Devo aclarar, como já pretendia fazer nos trechos discutidos acima, que assumimos esse desafio sob o entendimento de que a objetivação da vida cotidiana, instituindo e/ou tipificando códigos, sanções, comportamentos, etc., forma parte de um processo no qual os grupos sociais instauram a sua noção da política, especialmente quando essas “objetivações” de comportamentos vão ao encontro de novidades na estrutura que lhe entorna.

No caso da realidade pesquisada, essa operação nos permite avaliar a esfera onde a reforma institucional da política de saúde indígena encontra-se, objetivada e tipificada, no cotidiano da aldeia Kaingáng. É óbvio que ambas as dimensões não vão a esse encontro totalmente puras, nem desprovidas de tipificações anteriores a ele, condição que unida ao fato da esfera, onde esse encontro acontece, ser fortemente dinâmica (em constante movimento, criadora de interesses e percepções) nos revela a dinâmica política (e a acepção da própria política) da qual pretendemos nos apropriar, a fim de perceber o conteúdo do indigenismo, hoje praticado no Brasil.

Sob esse entendimento, discutiremos certas práticas e episódios do cotidiano Kaingáng (e o seu respectivo processo de “tipificações”) onde a política institucional da saúde indígena já descrita, reflete-se e transforma-se, criando novos interesses, novas relações sociais, isto é, operacionalizando a política.

Para consegui-lo, iniciaremos abordando os dilemas e conflitos que essa abordagem nos coloca, apelando a certos estudos teóricos em torno à revitalização do cotidiano enquanto arena de luta política e campo de análises.

3.1.- O cotidiano: cenário e problema político

Recentemente, diversos autores têm apontado a revitalização da vida cotidiana, como campo privilegiado da política (DAGNINO, 1994, 2000; SANTOS, 1996; LECHNER1990). O fato de a vida cotidiana ser agora mais visível, não mais entendida como o mundo das necessidades, tem uma explicação bastante particular na experiência latino-americana.

A perseguição, o exílio e a repressão das ditaduras latino-americanas contra intelectuais, universidades e militantes de movimentos sociais, etc., marcam uma nova experiência que transtorna o mundo diário entre eles, e ao mesmo tempo, define um novo horizonte de reflexão.

Seria limitado explicar que o interesse científico pela vida cotidiana tem as suas raízes nas experiências cotidianas de intelectuais a ponto de traduzi-las no seu próprio programa de investigação - até porque existem razões maiores no terreno teórico, como por exemplo, o problema de não existir mais uma conceptualização unívoca do Estado entanto Estado Democrático - porém, a vida cotidiana se transformou no campo privilegiado das análises, na medida em que as experiências autoritárias não eram facilmente reconhecíveis nos discursos interpretativos da realidade.

Em palavras de LECHNER (1990) "o estudo do Estado Autoritário não dá conta do medo e da agressividade do homem comum, as análises da economia neoliberal do mercado não diz nada sobre o significado do consumo nem dos cessantes; a descrição das mudanças no sistema educacional mantém silêncio perante os processos efetivos do aprendizado".

Em segundo lugar, o interesse pela vida cotidiana não só foi a expressão de novas experiências cotidianas de intelectuais e pelas insuficiências do Estado como alvo de

análise, mas particularmente pelas inovações que herdaram os movimentos sociais a partir dos anos 80, para a reconsideração da vida diária³³.

A problematização da vida cotidiana como campo de estudo leva a problemas conceituais maiores, não apenas pelas implicações que provocam ao pesquisador (desde que este também faz parte dessa cotidianidade) mas também por definir o que é, o que se entende, no sentido prático, por "vida cotidiana".

Com o intuito de aprofundar nas complexidades que significa considerar o "cotidiano" como campo de análise, vemos que LECHNER entende a "vida cotidiana" como um campo teórico vestindo uma roupagem de crítica reflexiva, porém não como um conceito crítico em si, mas por um fenômeno contemporâneo que surge como crítica em dois sentidos, isto é, uma "crítica contra a própria vida cotidiana" e crítica contra "as formas habituais da política".³⁴

Nessas perspectivas faz-se complicado construir uma conceptualização única, normativa e reconhecida do que é a "vida cotidiana", desde que nela jogamos assuntos da vida banal, rotineira que é "apenas percebida", mas que se instituem como certezas do ser humano para enfrentar as novidades e as incertezas. Enfim, os seus próprios mecanismos para construir a confiança numa relação vis-à-vis.

No entanto, se na vida conseguimos distinguir fragmentos "não problematizáveis", banais e rotineiros da vida social; vamos definindo simultaneamente os fragmentos que não são banais, mas perfeitamente constitutivos da vida em comum e pelo fato de ser constitutivo da comunidade, acontece em um contexto histórico específico.

³³ EVERS, T.- *De costas para o Estado, longe do Parlamento*. In: Revista Novos Estudos. CEBRAP, São Paulo, abril 1983

³⁴ Desde ambas as perspectivas, pode se entender como um fenômeno que nasce em duas vias. Como uma nova abordagem teórica mas ao mesmo tempo, como um novo horizonte reflexivo da cotidianidade. Citando a GOULDNER, LECHNER (idem) adverte que analisar a vida cotidiana nesses sentidos resulta em dificuldades maiores, vinculadas por exemplo, às perspectivas históricas dos sujeitos sociais de pesquisa: "a) distinguir o que há do passado sedimentado como natural e normal em um presente vivido enquanto conjuntura, e b) problematizar o que é apenas as experiências rotineiras e, portanto, não problemáticas, até para o próprio pesquisador

Não é da nossa conta tentar determinar se a relativa importância da "vida cotidiana" a transforma em um fenômeno universal para explicar os níveis de atuação dos grupos sociais (se a vida cotidiana é a mesma em todas as sociedades), até porque seria um exercício inútil que apenas problematizaria a sua conceitualização, mas não nos ajudaria a compreendê-lo como um campo no qual as sociedades constroem a sua própria ordem.

Sob o entendimento de que a democracia estabelece a problemática de procurar uma nova ordem (O'DONNELL, 1989, LECHNER, 1990, TELLES, 1996, 2000) tentaremos determinar como essa ordem é construída. Seguindo as pistas dos teóricos da democracia, trata-se de uma ordem construída no cotidiano e nunca desvinculada do seu contexto.

No caso brasileiro, o fato de considerarmos que a consolidação democrática não passa apenas por uma transformação de engenharia institucional, mas também por uma reconfiguração das relações sociais, acentua os dilemas que essa "ordem democrática" demandada, nos coloca. Com o enraizamento do autoritarismo na gramática política do país, as relações sociais são, ao mesmo tempo, permeadas pelo clientelismo, o paternalismo e as desigualdades, convivendo com o discurso democratizante de autonomia, liberdade e bem comum.

De outro lado, o processo de "objetivação" de novos comportamentos da realidade, explicados por BERGER e LUCKMAN³⁵, trata de instituições sociais - mas não instituições como entendidas pela visão normativa, senão comportamentos institucionalizados da vida cotidiana (objetivados) - que dão conta da historicidade, dos comportamentos, das visões do mundo, da cultura desses grupos.

Nesse sentido, entenderíamos "vida cotidiana" como aquele espaço das relações sociais que **institui** as tipificações que as sociedades criam de si mesmas, mas não é qualquer tipo de tipificação, mas sim aquelas que experimentam processo de "habituações" e vão se desenvolvendo historicamente até se "objetivar" como um produto "exteriorizado e coercitivo" e portanto como base de uma ordem social.

³⁵ BERGER, P., LUCKMANN, T.- *Construcción Social de la Realidad*. Amorrortu Editores, Argentina

Sem dúvida, esse é o mesmo processo que LECHNER usa para entender o Estado como produto humano exteriorizado responsável por construir a nova ordem que o processo democrático reclama, porém, nós acreditamos que é também o mesmo processo do qual os movimentos se apropriam, atuam e institucionalizam-se, e proclamam a sua emancipação. É o processo no qual se formam os sujeitos e a sua história.³⁶

Dessa maneira observamos como o cotidiano se situa dentro das estruturas sociais, isto é, dentro de totalidades a partir das quais as atitudes dos sujeitos ganham sentido. A subjetividade e as instituições que se formam nesse processo são de igual maneira problemáticas para a compreensão das estratégias políticas de microsociedades.

Nesse nível, um dos dilemas colocados, pouco mencionados até aqui, é a posição que ocupa o "interesse" na vida cotidiana. A despeito da noção liberal de interesse (elemento restrito ao campo individual e privado), a teoria da democracia participativa reconhece o terreno individual como um campo cognitivo e simbólico, com conteúdos pre-políticos e que formam a matéria prima da vontade coletiva e o bem estar geral.

Trata-se de uma mutação assim explicada por LECHNER, pela qual são experiências individuais reconhecíveis nas identidades coletivas, cujo postulado, não obstante passa por alguns questionamentos, especialmente pelo fato de determinar a existência previa, "exógena" de uma preferência individual, de interesses predeterminados que apenas se depositam nos indivíduos, carente de processos criativos e que nada diz da política.

Retomando uma análise de LINDBLOM (1990), bastante pertinente para mostrar esse dilema da teoria da democracia participativa, considerar que as preferências, desejos, necessidades e interesses já existem dados e com caráter prévio, que apenas podem ser "descobertos", impossibilitaria compreender completamente o processo de construção política (MÁIZ, 2001).

³⁶ No entendimento de Berger & Luckman, esse é o instrumento metodológico para entender a relação entre o homem e as instituições. Trata-se de uma relação dialética, isto é, a sociedade (tipificações) adquire história (historiza-se) até virar uma realidade objetiva (institui-se) que determina as atitudes dessa sociedade. Essa lógica se expressa nos papéis que cada indivíduo desenvolve nas suas relações sociais, cujo entendimento extrapola os interesses dessa dissertação, mas que vale a pena mencionar para entender a sua engenharia

O processo criativo da política é um problema que revela as diferenças dos teóricos da democracia representativa, frente a certos teóricos clássicos (especialmente Rousseau) e a sua idéia de "vontade geral". É nesse sentido que recentemente alguns autores advertiram que é um processo que carece de preferências predeterminadas, e no qual os interesses deixam de ser apenas matérias primas que formarão as bases da emancipação social, apenas com a sua agregação com outras preferências individuais.

Acreditamos, pelo contrário, que a política não é essa simples expressão de "tradução de experiências em vontade geral", (o que seria mais um viés da instrumentalidade da política criticada nesse trabalho), mas sim a mutação dos interesses - e das experiências - individuais a través de um processo político que lhes confere sentido. Isto é, a política é ao mesmo tempo um processo que forma novos interesses, novas experiências individuais, enfim, novas preferências.

Em outras palavras, o campo do cotidiano não seria um mundo pre-político constituído apenas de experiências (interesses e/ou preferências) já dadas, mas sim um produto desse processo, porém, um processo construtor e determinante de novas relações no cotidiano. Considerar apenas a existência de preferências cotidianas predeterminadas transforma a política em epifenômeno, e anula o seu caráter renovador.

A política, sob esse entendimento, seria o processo no qual os sujeitos se reconhecem, não porque "descobrem" os seus interesses próprios, mas porque vão formando novos interesses e preferências individuais, que modificam o seu cotidiano e sobre o qual deliberam e interpretam. Um lugar privilegiado no qual, em palavras de Sartre, o homem faz com o que já fizeram dele.

Esse é o entendimento teórico, pelo qual nas próximas páginas tentaremos uma aproximação maior às estratégias políticas que a sociedade indígena pesquisada vai desenhando no resto dos cenários em que dialoga com o Estado.

3.2.- T.I. Apucarantina, o cenário

Assim como a maioria das terras indígenas mais próximas a centros urbanos, a T.I. Apucarantina no norte do Estado de Paraná enfrenta dificuldades para garantir a integridade dos seus territórios, e por consequência, o quadro sanitário apresentado não é dos melhores.

Hoje formada por uma sociedade de 1,250 pessoas de sociedade Kaingáng³⁷, a T.I. Apucarantina reúne a maior população Kaingáng do Paraná, no entanto as sociedades Kaingáng formam a terceira maior etnia indígena do Brasil, condição que os coloca em lugar privilegiado quanto às políticas de atendimento que o município de Londrina desenvolve há dez anos.

Mas ao mesmo tempo, o seu intenso encontro com a sociedade não-indígena não envolve apenas relações de privilégio, e as tensões quanto à posse e delimitação de terras é igualmente problemático, apesar da T.I. Apucarantina ter sido homologada pela FUNAI há muito tempo. Para chegar a aldeia Kaingáng, precisa-se percorrer até 20 kms. de estrada de terra, a uma distância de apenas 60 kms. da cidade de Londrina.

Ao chegar na T.I. Apucarantina, toda pessoa dá de cara com o Posto da FUNAI e dois escritórios da Companhia Paranaense de Eletricidade (COPEL) que administram e manipulam uma usina elétrica instalada desde 1949, sob as diretrizes do Decreto 13.722/1949 do governo Vargas, referente aos projetos de desenvolvimento econômico na região. A usina da COPEL é mobilizada pela força de um surpreendente salto de água de 116 mts. de altura, uns dos cartões postais do governo paranaense.

Porém, a sua maior fonte de beleza e turismo, forma também parte de um dos maiores constrangimentos étnicos. A usina da COPEL funciona há quase 54 anos, e durante todo esse tempo mantém uma relação de arrendamento com os moradores da

³⁷ Embora no lugar convivem também minorias pertencentes às sociedades Guaranis e Xetá, além de dois brancos casados com mulheres indígenas

aldeia, que não supera uma renda para cada família de cem reais por ano, segundo cálculos da liderança indígena.

Durante a nossa pesquisa de campo, aconteceu um episódio constrangedor, envolvendo agentes institucionais da COPEL e da FUNAI, por causa da iniciativa do governo do Estado para privatizar a companhia, situação que atingiu às negociações que vinha existindo entre os indígenas e a companhia elétrica, após uma demanda da comunidade para obter maior lucro. O episódio, relatado nesse capítulo nos oferecerá maiores elementos para analisar o campo da subjetividade nos momentos do encontro com o mundo institucional, em contextos de tensão.

Geograficamente, a comunidade de Apucarantina é rodeada pelos rios Apucarana e Tibagi, que desembocam no salto de Apucarantina. Desde a formação da comunidade, ambos os rios têm sido o principal elemento de intermediação nas relações dos moradores Kaingáng, pelo fato de ter sido referência importante para seus avós, e antigos moradores da reserva, e por ser uma fonte do hábito de pesca, hoje perdido devido à poluição provocada pelo funcionamento da usina.

A organização da comunidade no interior, não reproduz uma estrutura circular similar a outras sociedades indígenas, porém, reflete a extensão outrora contínua do seu território original, facilitando a construção de todas as casas entornando uma praça, que se transforma no espaço físico privilegiado para o encontro de todos³⁸.

A casa do cacique não está perto dessa área, porém, ao redor da praça está construída praticamente toda a infra-estrutura que reúne os agentes responsáveis das principais políticas sociais do Estado, para a comunidade. Ao lado esquerdo da praça funciona o Posto de Saúde, aberto das 9:00 hrs. até as 16:00 de Segunda à Sexta, e que fica de plantão por uma assistente de enfermagem no resto de dias e horários. Do lado do Posto de Saúde, a Prefeitura de Londrina construiu uma casa que alberga à assistente de enfermagem que faz o plantão nos finais de semana.

³⁸ Nesse ponto, estamos nos referindo a Territórios Indígenas assentados circularmente entorno a um ponto central onde todos se reúnem. A estrutura da T.I. Apucarantina não se representa nesse modelo, e muito pelo contrário, observa-se que o projeto habitacional desenvolvido pela Prefeitura responde a um estilo não-indígena, apesar do fato da maioria das casas estarem ao redor de uma praça central. Entendemos a importância que tem a estrutura do território para a elaboração das estratégias políticas, mas o trabalho empírico ali desenvolvido não permite nos deter para aprofundar nessa discussão.

Do lado direito da praça existe um prédio que funcionava como Posto da FUNAI (o posto agora foi trasladado ao lado do escritório da COPEL) mas que ainda constitui um ponto básico de referência para aldeia, pois aí está instalado o único “orelhão” da região, disponibilizado pela companhia de telefonia local, SERCOMTEL.

Ao frente da praça estão instaladas as duas celas de prisão acionada pelas normas da comunidade, e que colida com uma pequena igreja católica, onde quase todo dia está o kuyã, um jovem rezadeiro da aldeia, que forma parte do sistema tradicional de saúde praticado na T. I³⁹.

A poucos metros da igreja está situada a escola de ensino fundamental, cujo corpo de professores é conformado quase exclusivamente por mulheres indígenas, financiadas por projetos de ONGs em parcerias com o município. O ensino é só da 1ª. à 4ª. série.

Ao extremo direito da praça, está localizada a casa de Nazareno, Chefe do Posto Indígena da FUNAI, lugar onde na maioria das ocasiões coincidem todos os não – índios que visitam a comunidade, embora não seja mais uma referência de encontro para os próprios Kaingáng⁴⁰.

Apesar do caminho tortuoso, chegar até a T.I. Apucaraninha não representa nenhuma dificuldade, contrário a vários territórios indígenas brasileiros. Existe um ônibus circular integrado ao sistema de transporte municipal de Londrina, que chega até a praça da aldeia toda terça-feira, quinta-feira e Sábado.

A partir dessa descrição, se bem que bastante breve, podemos notar como a organização física da aldeia disponibiliza as chances para um contato intenso, não unicamente pela circulação permitida pela proximidade dos pontos mais importantes, mas também porque como assistindo a uma peça teatral que finaliza e volta a se

³⁹ Ele tem apenas 35 anos de idade e é para vários moradores da aldeia, o kuyã da T.I. O papel das rezas, desde a percepção da religião católica compõem um dos matizes mais interessantes do sistema de saúde na aldeia, não só pela criação de valores de redenção vinculados a essa prática, mas também pela relação conflitiva entre esse rezador com o resto de agentes xamânicos, como observaremos nos depoimentos

⁴⁰ Conforme a observação de VEIGA: “na maioria das aldeias o centro de reunião pode ser a escola ou o centro administrativo da FUNAI, e já não é possível observar essa relação pessoal entre o cacique ou a liderança interna e os seus subordinados (VEIGA, *mimeógrafo* 2002)

apresentar todo dia, os atores vão aparecendo a circular entre essas áreas, com hora e agendas “marcada” para garantir o andamento do cotidiano da aldeia⁴¹.

Nesse ritual, cada ator tem um papel particular, cuja função é agora, especialmente definida pelo novo arranjo institucional, ao qual os moradores da aldeia estão expostos, se mobilizando e adaptando - como se tratando de uma incorporação antropofágica - o seu cotidiano entorno desses novos papeis.

Tentaremos caracterizar alguns desses atores a fim de avançarmos em direção ao objetivo desse capítulo, que nos permita encontrar a objetivação das tipificações indígenas praticadas, que tenham ressonância na prática sanitária exercida na aldeia Apucarantina desde 1999, por meio dos seus espaços criados em forma de conselhos, agentes, ou mesmo usuários do atendimento.

3.3. Os atores no novo arranjo

A implementação da reforma sanitária na aldeia Apucarantina, sem dúvida tem alterado as relações sociais dos moradores, especialmente pela nomeação de atores indígenas responsáveis pelas práticas de atendimentos, o que lhes transforma gradualmente em autoridades “alternativas”⁴², porém nessa T.I., a experiência não implicou uma ruptura com práticas anteriores.

A continuidade está dada, por exemplo, na medida em que alguns desses atores que circulam entre a liderança tradicional já assumiam responsabilidades na prática sanitária que se aplicava muito tempo antes da implantação do SUS, reproduzindo os modelos de atendimento herdados pelo SUS.

⁴¹Lembro como repetidamente o Presidente do Conselho, o Chefe do Posto, o cacique e até o corpo médico vindo da cidade, iam aparecendo em intervalos de tempo quase planejados, de modo que o resto da comunidade e o cotidiano da aldeia já mobilizava-se, como o ritual de um escritório de empresa ao raiar o dia, entorno a eles. Todo dia às 8:50 a.m., por exemplo, a porta do Posto de Saúde já tinha uma fila de moradores, a esperar pelo início de expediente para pedir consulta

⁴² Estou chamando esses agentes da comunidade de lideranças “alternativas”, baseados no estudo de WARREN (2000) sobre a experiência do movimento indígena unificado da Guatemala, onde as negociações políticas das sociedades indígenas com outros setores (seja o Estado, ONGs, ou bem sejam movimentos sociais de diversa índole) coloca dilemas quanto ao teor das plataformas de lutas, cujo processo lhes obriga a nomear representantes para dialogar com os não-índios, representantes legitimados por terem extrapolado os limites da política interna do grupo étnico, mas que não desvinculam-se do círculo de autoridade interna, se colocando em certas ocasiões (como acontece em Apucarantina) em confronto com ela

É o caso de Nazareno, hoje chefe do Posto Indígena (uma espécie de representante da FUNAI dentro da aldeia), que começou a trabalhar no órgão indigenista desde 1979 como monitor da saúde, no marco da implementação do SUSA no norte do Estado.

Durante esses anos, o vínculo com o exclusivo órgão indigenista, e sua pertença a uma das famílias com maior autoridade (dos “Marcolino”) lhe permitiu transitar entre os espaços da liderança local - já foi cacique duas vezes - e a sua experiência na área da saúde, foi decisiva para a implementação dos novos projetos trazidos pela reforma sanitária para a comunidade.

Foi pela sua opinião, por exemplo, que se sancionou a nomeação de Renato como Presidente do Conselho Local (Indígena) de Saúde, quem já tinha adquirido experiência na prática sanitária como agente de saúde junto a Nazareno, quando o atendimento estava determinado pelos projetos de parceria FUNAI/FUNASA. Os conselheiros não são contratados pela FUNASA, nem recebem salários pela sua atuação, apenas viáticos de financiamento durante as reuniões dos DSEIs.

Incluído no discurso oficial e legitimado pela sua prática no cotidiano da reserva, o *kuyã*⁴³ é também um ator importante dessa novidade institucional, embora não represente o elo entre os dois sistemas de saúde vivenciados no território indígena. A sua atividade curativa está legitimada pela diferença que os próprios indígenas fazem entre a “doença espiritual” e a “doença do branco”, apesar dos seus procedimentos serem os mais diversos possíveis, desde o uso de rezas, ervas e as subjetivas associações a animais míticos, como é o caso do *Jaguar*, que para os Kaingáng é, ao que parece, a personificação “de um parente ou um amigo, se bem que às vezes um parente bem mau que se precisa combater” (NIMUENDAJÚ, 1993: 71).

⁴³ Na reserva existem três pessoas, reconhecidas por seus pares como os “médicos” das doenças tradicionais (pajés, curadores, etc), porém, entre eles faz-se uma distinção das suas práticas (“uma espécie de especialidade médica”). O *kuyã* aqui referido, embora seja reconhecido como tal pelos indígenas e pelas enfermeiras do sistema biomédico, identifica-se a si próprio como um curador, uma espécie de guia espiritual que possui as qualidades de monge. Veremos nesse capítulo, no entanto, o quanto essa prática espiritual tem um matiz forte da religião católica, especialmente ao usar o discurso da redenção e valores do “bem” e o “mal”

Na T.I. Apucarantina existem também quatro Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os quais representam o elo entre os dois sistemas de saúde. São contratados pela FUNASA e fazem parte da equipe médica, porém a sua ligação com a prática biomédica está restrita ao acompanhamento das condições sanitárias em cada família da aldeia, e como tais, não podem desempenhar (ao menos formalmente) funções de fiscalização e controle.

No momento da nossa pesquisa empírica, já tinha acontecido a substituição do cacique Juscelino, quem assumira a liderança da comunidade durante os conflituos episódios com a COPEL, que serão aqui relatados. Nesse momento, o novo cacique Moisés, foi um ator importante durante o vestibular dos primeiros indígenas através da aplicação de um Decreto determinando cotas para indígenas nas Universidades do Estado. Quatro membros da T.I. Apucarantina passaram no vestibular, um deles na Universidade Estadual de Londrina (UEL), e o resto da Universidade Estadual de Maringá (UEM), entre eles, uma das professoras indígenas da aldeia.

O cacique não desempenha um papel claramente definido na política de atendimento, mas tem poder de decisão (junto ao chefe do Posto) quanto à composição do Conselho, e as suas propostas para designar os Agentes da Saúde são seriamente contempladas pela FUNASA. A aceitação, ou não, de alguns projetos de atendimento são regularmente discutidos com ele.

Da maquinaria institucional, os atores e as suas funções são mais claramente definidos, alguns pela proximidade de longa data com a aldeia. Um deles é Marlene, responsável dos projetos de atendimento à aldeia por parte da Secretaria de Ação Social, entre os quais, o convênio com a FUNASA tem o destaque. A sua relação com a aldeia parte de trabalhos de pesquisas antropológicas, até inaugurar em 1993, projetos de atendimentos habitacionais e de educação. Criou uma relação de respeito entre muitos indígenas, sendo escolhida por certas famílias para ser a madrinha das crianças.⁴⁴

⁴⁴ Aliás, é de se notar como a maioria das relações com esses agentes (especialmente da FUNAI e do Município) por parte da comunidade, estão cheias de calor “familiar”. Um episódio durante o lançamento da cartilha antialcoolismo em Londrina, me fez conferir essa qualidade. Nessa ocasião, os indígenas chamaram a FUNAI do seu “pai” na cidade, e todos cobraram dela o pagamento da passagem de ida e volta à T.I. O evento foi promovido pela Secretaria de Ação Social em conjunto com a Secretaria de Cultura, onde a instituição aproveitou para expor os balaios, a pintura e vários números de dança indígena, revelando dados

Ela comanda a equipe médica e cobra do Posto de Saúde todas as explicações burocráticas de funcionamento.

Não obstante, existem atores mais importantes na prática do atendimento da saúde no cotidiano da aldeia. São as três enfermeiras que atendem no Posto de Segunda à Sexta, das quais duas chegam da cidade todo dia, e outra mora na aldeia, fica de plantão à noite e durante dois finais de semana por mês. No Posto atende também uma equipe de odontologia, mas só de Segunda à Quarta. O médico só assiste Quinta e Sexta, e algumas vezes pratica operações menores dentro do Posto da aldeia.

Com toda essa equipe, o Posto é adequado para atender internações menores. Está equipado de uma padiola, aparatos de medicina, máscaras de oxigênio, dois consultórios e dois banheiros. O estoque de medicamentos na farmácia é renovado todo mês pela FUNASA, após um levantamento do quadro epidemiológico⁴⁵ da aldeia e algumas vezes, respondendo a solicitações do Conselho.

É nesse espaço - e não apenas nele - onde o trânsito de ambos os sistemas de saúde acontece, especialmente pelo tom do discurso oficial, de praticar um encontro entre o sistema biomédico e o tradicional indígena sem exclusões, uma prática da qual as próprias enfermeiras admitem sua complexidade e dificuldade.

Os agentes da FUNASA, apesar de gestores e administradores da nova política, não têm um papel importante no cotidiano da aldeia. A aparição desses atores é geralmente associada aos arranjos burocráticos da prática sanitária (prestação de contas, reunião dos DSEIs, etc.). Se bem a FUNAI não tem participação de nenhum tipo, ela forma parte dos DSEI, entanto órgão indigenista, lugar onde tentam justificar a sua função de tutela, como observaremos em certos episódios que serão relatados mais adiante.

importantes para entender a dinâmica da identidade nestas situações; onde um projeto de saúde só conseguia ser “vendido” para o município, abstraindo os indígenas (seus usuários) a uma identidade meramente folclórica e exoticamente artística, melhor entendida na noção do “hiper-real” usada por ALCIDA RAMOS (1995) para explicar esse tipo de relações. Tentaremos nos aproximar a esse tipo de análises no próximo capítulo

⁴⁵ Não existe a rigor, um quadro epidemiológico da T.I. Apucarantina, porém, valorações do município, baseadas nas internações e no trabalho ambulatorial dos últimos doze meses, revelam que 24% delas respondem a trato respiratórios (neumonias, bronquites, etc.), 22% são parasitósas, 12% de doenças gastrointestinais (diarréias) e por carências (desnutrição e anemia). Nesse último caso, a maioria delas são crianças menores de cinco anos, das quais 15% sofrem de baixo peso

Entorno desses atores existem vários sujeitos que não estão diretamente vinculados às políticas de atendimento da saúde, porém, certas experiências do cotidiano ficam sujeitas às suas atuações, ao dialogar com a aldeia em função de alianças ou níveis de assistência, como é o caso de advogados, antropólogos, ONGs e pesquisadores da UEL, que mantém parcerias com a liderança indígena ao redor de programas focalizados, como é o caso das negociações com a COPEL, projetos de educação, planejamento de moradias, etc.

Nesse capítulo, analisaremos de que maneira esses atores, junto aos próprios indígenas vão transitando entre todas essas experiências, tendo estes últimos afirmando-se como sujeitos políticos, mas com suas particularidades entanto sujeitos culturalmente diferentes. Veremos quanto essa particularidade pode dar conta dos conteúdos políticos praticados pela sociedade étnica.

Trata-se de uma operação que, como já anunciado, acreditamos pode ser mais efetiva se analisada no plano cotidiano das relações sociais ensaiadas pela comunidade, partindo do princípio que são relações com alto conteúdo político.

3.4. – Experiências de vida, política no cotidiano

As sociedades Kaingáng do sul brasileiro têm passado de uma experiência de vida semi-nômade como caçadores-coletores, com casas subterrâneas de fogo-no-chão, de acampamentos de caças entre a floresta que caracterizava o tempo dos “antigo” (o tempo dos “pãinbãng”); para um estilo de vida com rasgos rurais, dependentes da agricultura e vendas de artesanatos⁴⁶.

Se bem esses modos de vida não existem mais, em decorrência do contato que remonta desde as primeiras décadas do século XIX até nesta época, a visão de mundo e a sua organização social simétrica continuam inalteráveis.

⁴⁶ Certas etnografias Kaingáng dão conta dessa passagem. No estudo de TOMASSINO (1994) encontramos relatos de como essa experiência de sociedade “caçadores e coletores” não é mais vivenciada no território indígena por causa das reduções e transtornos no seu território, mas é reproduzida na cidade quando as mulheres indígenas vão lá para vender balaios e artesanatos, reconstruindo a cidade, esse terreno que lhes pertencera, segundo as suas próprias percepções de mundo. Não caçam mais na floresta, mas na grande cidade

Para os Kaingáng, o mundo está feito de metades, todas elas simétricas e complementares. Esse princípio não só está personificado na mitologia dos “fundadores” da sociedade Kaingáng, mas também na organização dos núcleos familiares, nos matrimônios, na escolha da liderança e nas noções mais básicas vinculadas à saúde.

Essa visão simétrica, comum às sociedade Jê, determina a organização da nação Kaingáng em metades denominadas *Kamé* e *Kayrú*, que remontam à mitologia dos primeiros membros da nação indígena (NIMUENDAJÚ, 1993: 58). Segundo essa noção da origem, os primeiros membros Kaingáng teriam surgido do chão, sendo que o *Kayrú* teria saído primeiro com um bando de pessoas de ambos os sexos, de corpo fino, pés pequenos, ligeiros e cheios de iniciativa, mas de pouca persistência, e os *Kamé*, pelo contrário, seriam de corpo grosso, pés grandes e vagarosos, portanto mais fortes.

Para os Kaingáng, essa noção está associada a tudo o que está no mundo, inclusive às suas próprias percepções quanto as relações sociais e ao sistema tradicional da saúde. Assim, os *Kamé* seriam um clã dos mais saudáveis e fortes, cuja noção de força está complementada com os sistemas de nomes. Desse modo, os nomes podem se transformar em um valor de troca, especialmente quando deve prevalece a noção de fortaleza sobre a fraqueza. De acordo com o estudo de FASSHEBER:

“Quando uma criança nominada em uma das metades nasce ou se torna fraca (Xin Krōin), ela pode receber também o nome da outra metade e se tornar Péñe, ou seja, aquela que tem as duas marcas e que é considerada como tendo funções cerimoniais” (FASSHEBER, 1999: 103)

Nas relações sociais, tanto dentro como para fora da aldeia, essa noção está vinculada à idéia da primazia. Por exemplo, a etnografia desenvolvida por NIMUENDAJÚ já sublinhara que são os membros da metade *Kayrú* os primeiros em

estabelecer qualquer tipo de relação com os sujeitos de fora, mas sempre deve estar acompanhado por alguém da outra metade para “complementar” a negociação⁴⁷.

Nos trechos a seguir, tentaremos detectar como essa visão simétrica e os seus conteúdos, assim como outros conteúdos da identidade Kaingáng vão aparecendo em alguns episódios que no nosso juízo, podem ser fundamentais quanto ao seu caráter político, mas que não estão restritos ao campo da saúde.

A fala instituída na comunidade (o caso COPEL).-

Em agosto de 2001, os jornais da região de Londrina noticiaram a decisão dos indígenas de fazer reféns um grupo de funcionários da COPEL, em protesto pelo adiamento das negociações em torno da instalação de um novo projeto hidroelétrico no rio Tibagi, no marco das intenções do governo estadual de privatizar a companhia.

O novo projeto prevê a instalação de sete hidroelétricas como parte da extensão da usina que já funciona desde 1949, de modo que iria ampliar a cobertura interligada à rede regional de eletricidade direcionada em três vias, para Londrina, São Jerônimo da Serra e para consumidores rurais.

A iniciativa forma parte da proposta de privatização, situação que a comunidade interpreta como sério obstáculo para estabelecer um novo acordo com a gerência, relacionado ao aumento do preço do arrendamento pelo uso do território indígena, uma indenização pelos danos ambientais, e mais ainda, formar parte do lucro gerado da produção da usina.

A empresa repassa por ano em forma de arrendamento apenas R\$ 56 mil, mas desconta R\$ 26 mil pelo uso que a comunidade faz da eletricidade. Os R\$ 30 mil restantes que ficam em benefício da comunidade são divididos pelas 300 famílias que moram na aldeia, cabendo apenas 100 reais para cada, por ano. O assunto da indenização forma parte de um processo perante o Ministério Público, promovido por uma aliança entre o governo municipal, UEL, ONGs e antropólogos da cidade com apoio logístico e financeiro da FUNAI contra a COPEL.

⁴⁷ Devo notar que nós percebemos essa relação de dois quando os membros Kaingáng (e não apenas de Apucarantina) vão fora da aldeia. Durante as reuniões na sede do DSEI/INSUL sempre foram representando

As negociações da comunidade com a COPEL para acrescentar no pagamento os conceitos de indenização e partilha dos lucros estariam - na visão da liderança indígena - expostas ao fracasso, devido à iniciativa de privatização da Companhia, percepções que incrementaram os desacordos e originaram uma série de decisões até a apreensão de dois funcionários da empresa, o administrador regional da FUNAI e dois policiais militares que entraram no confronto.

Juscelino, o cacique que começou as negociações naquela ocasião justifica a decisão da comunidade, em função da informação recebida graças às relações de troca instituídas com membros de outras sociedades indígenas arredias, e ao conteúdo técnico com o qual a COPEL dirigiu as negociações:

“No começo, a gente achava que era bom esse negócio. Eles (funcionários da COPEL) prometiam fazer muitas coisas boas, iam ajudar na agricultura, fazer um mini-hospital a gente ia ter uma porcentagem. Essa impressão foi mudando com a visita de membros de outras aldeias. Vieram uns lá de Itaipu e contaram que eles sofreram muito. O pessoal daqui pressionou e disse que agora a lei é diferente, que a gente ia receber tudo, mas ninguém acreditou. Os índios conhecem muito bem o significado da terra lá embaixo das águas do Tibagi. A usina grande (refere-se ao novo projeto) ia atingir a mata nativa, onde estão os nossos peixes e os nossos bichos. Ali (nas margens do rio) tem uma história muito bonita, dos nossos avôs, que nasceram e morreram lá. A gente achou que era bom preservar isso.”

A questão acabou tendo diversas mesas redondas e negociações com os técnicos da COPEL que chegavam sempre com um discurso altamente técnico para justificar que uma alteração no preço do arrendamento e a partilha dos lucros, levariam maior tempo do esperado, entanto a nova usina (a “usina grande”) poderia começar a ser instalada.

A desconfiança dos indígenas por perceber que o processo de privatização em andamento emperraria qualquer decisão⁴⁸, levou aos membros de Apucarantina a

dois membros por cada T.I., assim como os indígenas de Apucarantina quando chegam à cidade para vender seus balaios e artesanatos

⁴⁸ Recentemente, o novo governo do Estado resolveu suspender o processo de privatização, quando a movimentação da sociedade Kaingáng sumou-se aos protestos dos movimentos sociais, em função de uma outra razão que pouco tem a ver com a reivindicação indígena. A privatização foi suspensa sob o argumento da COPEL ser uma das poucas companhias estaduais com ótimos lucros e rendimentos públicos do país. Assim, o projeto da nova usina, já abalado por uma anterior resolução do IBAMA negando o aval por questões de impacto ambiental, também foi suspenso. As negociações pelo aumento do preço de arrendamento e a partilha dos lucros ainda está em instância do Ministério Público

decidir a apreensão dos operários da usina, após uma consulta do novo cacique Moisés, cujas razões foram expostas nas manchetes regionais:

"A atitude radical de deter os funcionários, segundo o cacique Moisés Lourenço se deu porque os pedidos deles não foram atendidos. «Mandamos documentos no mês de maio pedindo uma reunião de negociação, mas até hoje não tivemos resposta», justificou".⁴⁹

Estudos preliminares da comissão formada por advogados vinculados à Prefeitura, ONGs e da UEL, para determinar os danos que usina da COPEL tem ocasionado nos 53 anos de funcionamento e cujo processo já chegou até na instância do Ministério Público, garantem que com a construção do novo projeto hidroelétrico, a Aldeia perderia 330 alqueires de terra, fora os danos culturais à comunidade, fatores que os membros da comissão querem demonstrar como causas para o deterioro do quadro epidemiológico dos indígenas.

Trata-se de uma fórmula acunhada pela liderança indígena explicada como: menos território igual a menos capacidade de produção, por tanto menos alimentos, maior desnutrição, e deterioramento gradual da saúde.

O rechaço indígena aos processos burocráticos expostos nas arguições da COPEL, revela a existência de um diálogo que vinha se desenvolvendo com noções de tempo e espaço totalmente distintos. A sociedade Kaingáng queria observar o incremento do lucro no mais rápido possível, entanto a Companhia insistia na necessidade de continuar com o projeto e deixar o lucro para depois; cujo desencontro radicalizou as posições a ponto de tomar medidas de impacto político. O processo foi vivenciado pelo advogado da comunidade que teve de negociar a libertação dos operários, se colocando numa posição intermédia entre um agente do Estado e a comunidade.

"Quando nós nos demos conta, a comunidade indígena tinha se tomado o posto da usina, os funcionários da COPEL não podiam mais sair da usina e aí deu um problema e um conflito muito maior. E quando a gente se dá conta, estamos indo lá e eu chego lá, e tem dois policiais militares detidos lá também no local, que resolveram ir para ver o que estava acontecendo. Eram policiais militares do Paraná, quando esse passagem era competência totalmente da Policia Federal. Território indígena é

⁴⁹ JORNAL DE LONDRINA.- *Apucarantina: índios fazem funcionários da COPEL de reféns.* Antônio Teixeira. Caderno Regional. 9 de Agosto de 2001

território da união. Policial civil ou militar não tem competência sequer de ir lá e fazer investigação.

Conclusão; eles foram armados, o pior de tudo, foram armados e foram prevenidos na entrada de que não deveriam ficar naquele local, que deviam ser banidos, e insistiram. Quiseram levar o carro até embaixo. Haviam (sic) crianças naquele local. Os índios tiveram que desarma-los (...) e quando a gente chegou, tinha outro conflito ai, que era para libertar os policiais. Demorou a tarde inteira de discussão, porque eles (Kaingáng) são de uma sociedade altamente politizada que não trabalha com a palavra escrita, então nós vamos ter que discutir com a comunidade.

Aí se sentou a comunidade inteira, democraticamente discutindo, olha, nós devemos soltar ao policial militar porque isso vai trazer mais problema, "não, mas só vamos soltar quando vier a polícia federal. Quando vier a polícia federal é pior".... e assim foi e foi a tarde inteira discutindo, eles acabaram soltando aos policias militares. Foi uma sessão linda porque eles pegaram as armas dos militares e jogaram no chão as balas. E cada índio estava um com uma bala, outro com um revólver, outro com o resto. Foram jogando no meio assim, chamaram os policiais, colocaram-nos no centro e disseram... "olha, nós somos de paz. Isso aqui não entra na nossa aldeia. Isso aqui é lá fora, e se vocês quiserem falar alguma coisa, vocês podem falar para a gente, mas vocês vão embora agora e não vão voltar mais aqui, mas vocês têm direito a falar, vocês podem falar". E eu me lembro que o cacique até insistia...."fala ai alguma coisa!!!". E os policiais não quiseram falar. Eu fui carregando as armas que foram entregues lá fora. Verdadeiramente, eles estavam em uma situação envergonhada... enfim....."....

Mesmo que fora do âmbito próprio da política de saúde indígena, essa passagem nos oferece certos elementos para a compreensão das estratégias políticas elaboradas pela comunidade, no momento dos encontros com a esfera de não-índios, especialmente na sua relação com agentes de Estado, alguns em aliança, outros em confronto.

Em princípio acreditamos que para a elaboração dessas estratégias, faz-se necessária a mediação de uma série de comportamentos objetivados, que dizem respeito ao tipo de identidade colocada e contextualizada nos embates.

A visão simétrica de duas metades complementares exerce-se no momento em que as lideranças alternam-se no ritmo das negociações. Um deles, o cacique Juscelino, provavelmente da metade *Kayrú*, é o primeiro em colocar o "não" do indígena na mesa das negociações, porém, é sob a regência do cacique Moisés Lourenço que as estratégias para efetivar esse dissenso são mantidas e totalmente vivenciadas, através

da apreensão dos atores estatais, sem dispensar da deliberação e a fala do resto de membros da comunidade.

Essa estratégia comporta, ao mesmo tempo, um ritmo processual que nos explica como a “política” é experimentada na visão de sociabilidade Kaingáng.

No levantamento etnográfico de VEIGA (2000), sobre a visão de sociabilidade dessa população, podemos notar como os Kaingáng exercem relações de *reciprocidade, proteção e predação*. Foram esses tipos de relações os que deram conta da política, entanto processo⁵⁰.

A estratégia para efetivar o dissenso em resposta aos argumentos técnicos da COPEL, não surgiu no dia da apreensão dos funcionários, mas foi se construindo na prática desses tipos de relações, do seu encontro com outras aldeias (“os de Itaipu”), da sua aliança com advogados, antropólogos, funcionários da prefeitura, enfim, vivenciado a política. As relações de *reciprocidade, predação e proteção* aparecem nesse processo, embora não estejam claramente postas na sua mais pura dimensão.

Acreditamos, porém, que outra importante característica desse dissenso está norteada pelo privilegiado **uso da fala** que os indígenas praticam, em contraste com carência que dela têm os agentes do Estado (especialmente os policiais) para efetivá-la. Ao insistirem no exercício da fala por parte dos policiais militares (“*fala ai alguma coisa!!!*”), os indígenas pretendem instaurar uma condição de igualdade entre eles e os atores estatais, através da fala, um elemento da identidade que nos faz evocar a compreensão que dela faz OLIVEIRA (1999), para explicar o arranjo das estratégias políticas por parte das classes dominadas.

A partir da leitura de Rancière, OLIVEIRA argumenta:

“Todo o esforço de democratização, de criação de uma esfera pública, de fazer política, enfim, no Brasil decorreu quase por inteiro da ação das classes dominadas. Política no sentido em que a definiu Rancière, já citado: a da reivindicação da parcela dos que não tem parcela, a da reivindicação da fala, que é portanto dissenso em relação aos que tem direito às parcelas, que é portanto, desentendimento em

⁵⁰ Experimentam a reciprocidade com os indígenas da reserva de Itaipu, ao perceber que as negociações podem não dar certo, vivenciam a proteção ao proibir os policiais entrarem armados (“olha, nós somos de paz, isso aqui não entra na nossa aldeia”), e praticam a predação desde que se disponibilizam em função de desarmar o seu contrário, lançando mão da sua antiga característica de “nação guerreira”

relação a como se reparte o todo, entre os que têm parcelas ou parte do todo, e os que não têm nada" (1999: pág. 60-61)

Essa reivindicação formulada pela comunidade aparece em decorrência da impossibilidade de um acordo com a Companhia de eletricidade, mas ao mesmo tempo evidencia a “deshumanização” dos agentes do Estado, ao qual eles representam.

Eles não podem reivindicar o mesmo direito à fala, pois nesse embate a maquinaria burocrática e normativa do Ministério da Justiça e da Polícia Militar interpõe-se entre eles e os Kaingáng, isto é, não são mais os policiais ou os operários/seres humanos os que estão aí, mas os representantes de várias instituições estatais que entraram no território indígena, na aldeia onde existem uma série de tipificações e que não têm a mesma dinâmica vivenciada na cidade.

Nesse sentido, cabe sublinhar como toda essa vivência da política não pode acontecer desvinculada do local, do território no qual os atores mobilizam-se. Os indígenas ativaram a sua visão de sociabilidade, exercitaram todas as relações de *reciprocidade, proteção e predação*, mas contextualizando-as no seu território, e sobretudo, reivindicaram o uso da fala como materialização do dissenso, sobrepondo a dinâmica que o cenário (a T.I. Apucarantina) exige:

“(...) isso aqui não entra na nossa aldeia. Isso aqui é lá fora, e se vocês quiserem falar alguma coisa, vocês podem falar para a gente, mas vocês vão embora agora e não vão voltar mais aqui, mas vocês têm direito a falar, vocês podem falar”

Trata-se de uma operação embutida na dinâmica política dos movimentos sociais, os quais no interior da atual gramática democrática, retomam a noção de “territorialidade” para efetivar a cidadania, que na fala de SANTOS (1996) entende-se como “uma cidadania que não prescinde do componente territorial”.

Pelo fato da territorialidade ser um elemento importante para entender a lógica dessas estratégias – e como já visto, não apenas na experiência dos movimentos sociais – tentaremos fazer, a seguir, uma espécie de um exercício ao contrário. Isto é, qual seria a lógica que todas essas estratégias e os seus componentes descritos até

aqui, se assumidas quando vão ao encontro da sociedade não-indígena, fora da aldeia, onde os atores Kaingáng encontram-se desprovidos das “tipificações objetivadas” da T.I. Apucarantina.

Para isso, privilegiaremos a dinâmica que envolve a relação dos atores indígenas com o mundo das ONGs, a partir da experiência dos moradores da T.I. Apucarantina com os projetos implementados pela organização APEART da cidade de Londrina, e como alguns deles tem de lidar com exigências que vão além da noção de territorialidade.

Questões de linguagem e legitimidade, ONGs de assistência.-

Na prática da política sanitária, os atores indígenas têm se defrontado com uma série de desafios, demandados pelo alargamento da participação política, porém não apenas nesse espaço. De fato, as sociedades indígenas brasileiras têm inaugurado recentemente vários tipos de encontro com o mundo não-índio, comportando igual número variado de dinâmicas, através das quais consumir a identidade, exercitando as suas particularidades, assim como visto no episódio descrito acima.

Porém, nesse exercício da identidade “contextualizada”, existe uma prática bastante comum às alianças experimentadas pelo grupo étnico refletida no nosso juízo, na experiência de dilemas entre a escolha de representantes e a designação de sua liderança tradicional. Trata-se do mesmo dilema que obriga à designação do que temos nomeado aqui de “liderança alternativa”.

Na prática de saúde, o dilema está dado nas tensões pela atuação dos agentes e conselheiros perante as decisões da liderança tradicional, situações que também se experimentam no encontro da comunidade com os outros órgãos institucionalizados, como se verá, não apenas do Estado, mas especialmente das ONGs.

A comunidade Kaingáng da T.I. Apucarantina não se relaciona com muita frequência com as esferas das ONGs⁵¹, mas a sua proximidade com uma delas, a Associação Projeto Educação do Assalariado Rural Temporário (APEART), instaura esse tipo de dilema, especialmente pela visão institucionalizada com a qual a própria entidade exercita a sua política de atendimento.

A APEART é uma instituição vinculada à Igreja Católica e trabalhadores rurais, que tem como objetivo o desenho de projetos de educação de adultos e a capacitação política de atores sociais. A ONG teve a primeira aproximação com a sociedade Kaingáng através dos "bóia-frias", filhos de pequenos agricultores que vivem nas periferias das cidades, cortadores de cana ou que trabalham na coleta do café.

No período 1994 - 1997, o atendimento aos indígenas era confuso, inclusive, não conseguia se desvincular dos "bóia-frias", já que a maioria dos índios migrou ao Mato Grosso do Sul para trabalhar nas usinas da região.

Wagner, funcionário administrativo da ONG e com um papel bastante ativo no Posto Indígena explica como algumas dificuldades e ruídos na execução dos projetos decorreram do tipo de relação que os indígenas experimentam no interior do território:

"Foi uma surpresa para a APEART e para mim, particularmente porque eu tinha outra idéia. A minha concepção de liderança indígena era daquele do movimento dos anos 80; organizado pela Constituinte, daqueles que se constituíram como referência na Amazônia, e marcando posições inclusive ecléticas, perante o Congresso, a Constituinte, inclusive Kaingáng, daqui do Sul. Essa era a referência que nós tínhamos

E quando a gente vai para as comunidades paranaenses e se depara com uma liderança conservadora, viciada, tutelada e que se deixa tutelar, né, foi confuso. E o quadro novo que se apresentava para a gente era de educadores, que na verdade era um quadro complicado porque todos os representantes da comunidade eram parentes, filhos do cacique, ou lideranças antigas da comunidade, mas muitos eram novos que se descontavam em meio a conflitos, tipo, conflitos entre Guarani e Kaingáng, conflitos locais pela questão fundiária, como é o caso do Sudoeste do

⁵¹ Nem o CIMI, nem o Projeto Rondon atuam nessa região, no entanto, para o exercício da política pública de saúde da aldeia, a Santa Casa é a responsável de mediar entre a Prefeitura e o Posto, em questões meramente financeiras (ela é quem contrata o médico e as enfermeiras, mas são pagos pelo município), porém não tem nenhuma responsabilidade de fiscalizar, nem de ativar a prática de controle social, por tanto a sua proximidade com os indígenas é totalmente nula, e na maioria das vezes chega a ser entendida como uma relação de Hospital-paciente

Paraná; e a gente foi juntando essas pessoas e pensando a formação deles junto com os outros que também se opunham a poderes locais, ou se opunham à relação entre o cacique e o prefeito, né, particularmente nas cidades pequenas.

Ao praticar as relações com os órgãos já institucionalizados da sociedade civil, nesse caso a ONG, o parceiro institucional demanda preferivelmente que o delegado indígena (o conselheiro, o representante) não tenha vínculos de parentesco com a liderança tradicional, apesar da ordem que esse vínculo representa mesmo dentro da comunidade.

Nos parece que se trata de um comportamento que não contém novidade institucional nenhuma, que apelando à aparente dicotomia institucionalização/mobilidade social, limita a organização espontânea da comunidade étnica para conversar com as esferas institucionalizadas; porém esse comportamento não aparece com a mesma dimensão nos encontros com o Estado.

Não estamos falando que o Estado dispensaria de representantes institucionalizados, mas pelo contrário, o fato dos representantes e conselheiros serem mais vinculados à liderança tradicional da aldeia facilita ao Estado aplicar as políticas públicas segundo planejadas, sem alterações nem transtornos na execução, seja pela relação paternalista que essas lideranças tem desenvolvido ou pela facilidade do cacique para lidar com esse mundo burocratizado.

Um segundo transtorno identificável na esfera de lideranças e representantes indígenas – já mencionado brevemente - é o que se refere à legitimidade destes atores no interior da sua comunidade.

Mesmo que os conselheiros não sejam delegados com salário fixo pela FUNASA, nem fazem parte da estrutura burocrática de nenhuma entidade estatal, a maioria deles apresentam-se com o dilema de uma dupla representação, ou no pior dos casos, não representar a ninguém mais do que a eles próprios.

Entanto para o Estado, e pelo conteúdo da lei, os Conselheiros são os representantes dos Postos Indígenas face os DSEIs, para a comunidade eles aparecem inseridos nas estruturas do Estado, e portanto transformam-se em uma extensão da estrutura do Estado dentro da reserva.

É muito freqüente escutar nas discussões dos DSEIs, as preocupações dos próprios conselheiros locais por não saber qual é a sua posição no sistema de representações

indígena. A Ata de Reunião correspondente a um dos dois encontros desse ano, coloca claramente essa preocupação:

"Maria Luiza do Pólo Base Bauru falou que a capacitação deve ser permanente. Ninguém entenderá controle social senão houver participação da comunidade. Falando da representação dos prestadores de serviço, na sua opinião, se o índio é funcionário, ele passa a ser representante do prestador, porque se é do conselho, fica difícil a representação. Dalva colocou que teriam que motivar o conselho local para depois pensar no representante⁵²".

Podemos perceber que na visão do Estado, reitor da política de saúde indígena e principal interlocutor da sociedade étnica nessa área, o problema prioritário a se resolver são os assuntos da competência política dos atores indígenas, mais importante ainda que os aportes que esses atores possam oferecer para incidir na execução direta do atendimento.

Os trabalhos de capacitação são tão intensos e frequentes, que na experiência da T.I. Apucarantina, têm acontecido já pelo menos três encontros de capacitação por parte do mesmo Estado (funcionários da Prefeitura) para "criar" e incentivar as competências políticas dos Conselheiros e dos Agentes de Saúde.

Não obstante, essa limitação não é sinônimo de desmobilização indígena, e também não significa menos intensidade na sua capacidade de deliberação. Na aldeia, os conselheiros locais têm faculdades até para decidir a revogação de projetos de atendimento.

Relatórios do Pólo Base de Londrina, com uma abrangência de atendimento a nove aldeias, revelam que pelo menos em dois casos, os membros dos CLS já têm provocado a revogação de alguns projetos de parceria da FUNASA com seus

⁵² Cópia de um trecho do debate contemplado na Ata nº 006/2002 da Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul (CONDISI- INSUL) dos dias 26 - 27 de junho 2002. O relato de ambas as intervenções, além de ser um reflexo dos problemas da representação levantados entorno do Conselho, não faz parte de diálogo nenhum entre atores indígenas e delegados do Estado. Pelo contrário, Maria Luiza é funcionária da FUNASA, do Pólo Base (instituição intermediária na rede de atendimento) enquanto Dalva é a presidenta do DSEI-Interior Sul, o principal órgão da FUNASA para a aplicação da política. Trata-se de tensões quanto ao mesmo problema, dentro do próprio aparato de Estado

respetivos municípios, tendo que procurar novos parceiros, seja entre as ONGs que atuam na região, ou bem, nas prefeituras vizinhas.

Como conclusão preliminar em torno a especificidade desse processo, podemos desprender dois argumentos importantes. O primeiro é que apesar da institucionalização e burocratização à qual a sociedade indígena está obrigada a transitar, esses atores não assistem ao encontro desprovidos de estratégias, mesmo que depois tenha que modificá-las, substituí-las ou até mesmo desmancha-las em função da parceria.

Em segundo lugar, os problemas visíveis quanto às questões da representatividade e legitimidade dos membros eleitos (conselheiros, agentes de saúde, parceiros, etc.) trazem para a própria sociedade indígena em seu conjunto, toda uma prática de aprendizado político, cujos conteúdos não são colocados unicamente pelo Estado e pelas ONGs (embora a sua insistência por "capacitar" aos índios de acordo aos seus objetivos institucionais), mas também pelas suas próprias relações cotidianas, e/ou até mesmo pelos compromissos que assumem ao ser beneficiados diretamente (e não unicamente) pelas suas relações de parentesco.

Se ao vivenciar a política fora do território, os atores indígenas ficarem expostos aos dilemas pela escolha de lideranças e representantes; no interior da aldeia, essas tensões são igualmente problemáticas. A consumação da identidade fora do espaço territorial indígena está marcada pelas relações parentais, a ponto de provocar tensões na sua relação com as instituições pela definição das prioridades (para o Estado, a prioridade está na capacidade técnica; para a ONG na eleição de uma liderança nova, afastada da liderança local). Porém, dentro da T.I., esse mesmo dilema atravessa o formato das relações sociais entre seus pares, especialmente pelos efeitos que essa nomeação de "novas lideranças" provocam.

Na seguinte seção analisaremos como é que essa experiência de tensões e dilemas é vivida entre os próprios Kaingáng, partindo da avaliação de competências de todos esses atores novos (conselheiros, agentes de saúde, etc.) e como é dada a sua relação com os atores do sistema indígena de saúde.

Lideranças em trânsito (das barganhas e constrangimentos).-

No arranjo cotidiano da T.I Apucarantina, a instauração da nova política de atendimento em saúde está representada, entre muitas outras dimensões, na institucionalização de atores, antes invisíveis, para lidar com a esfera burocrática do Estado. Tornar-se um agente da saúde, ou um membro do Conselho Local de Saúde Indígena, representa para vários moradores o reconhecimento da sua participação nos processos de gestão e planejamento, mas algumas vezes, certas confusões quanto à consumação da sua identidade.

Entre os moradores da aldeia, todos os agentes, os conselheiros e até o próprio *kuyã* representam hoje o prestígio do sistema Kaingáng de saúde, especialmente para o *kuyã* que tem visto a sua atividade médica totalmente redimensionada pelos valores trazidos à T.I., porém, a aparição de tantos novos agentes é também percebida como a fragmentação da liderança, anteriormente centralizada na figura dos mais velhos, dos chefes religiosos e até do cacique, embora este último também entende-se em decorrência da sua relação com o mundo do branco.

No meio dessa discussão, devo trazer à tona, mais uma vez, a observação que me fizera Gilda, professora da Escola na aldeia e esposa do Renato, presidente do Conselho de Saúde, resumindo a percepção do indígena perante essa mudança institucional: *“antes, os índio não era considerado para nada, mas agora nós somos importante para tudo. O que fazer?”*.

Apesar da mobilização indígena para que essa mudança fosse efetiva, é claro que hoje esses atores percebem que o salto institucional foi dado com uma rapidez bastante assustadora, percepção totalmente paradoxal e contraditória se consideradas as tensões institucionais experimentadas na criação dos DSEIs e o traspasso da política para FUNASA, que só conseguiu ser efetiva após onze anos de constrangimentos.

Não nos parece que a inquietação dos atores indígenas de *“o que fazer?”* para lidar com essa mudança institucional, esteja nos dizendo que a percepção dos atores kaingáng em torno à nova prática da saúde seja a de uma perda, ao invés de um triunfo. Mas sem dúvida, a conquista desse direito fragmentou as relações das

proximidades que eles sentiam, e especialmente, demonstrou a falência do sistema de tutela exercido pela FUNAI, e à qual eles já estavam acostumados. Por cima disso, atribuiu aos novos atores da gestão da saúde, de competências políticas que se expressam na disputa com a liderança tradicional e define as chances de barganha entre esses atores (agentes e conselheiros) para levar adiante algumas ações.

Alguns episódios e depoimentos vivenciados na T.I confirmam esse fato. No meados de 2002 a Secretaria da Saúde disponibilizou um lote de veículos para as comunidades indígenas da região, que seriam utilizadas no serviço ambulatorial. De acordo às normas de distribuição, a comunidade Kaingáng da T.I. Apucarantina foi beneficiada. Com esse veículo, o parque veicular da aldeia seria de três unidades, uma das quais não é usada devido a problemas mecânicos.

A chegada de mais um veículo para o serviço sanitário significou a necessidade de assumir novos acordos sobre quem seria o motorista, o responsável pelo cuidado do veículo, quem poderia decidir sobre o seu uso, enfim, uma série de decisões que mais uma vez testariam a autoridade das diversas lideranças que se movem entorno das decisões da saúde, e qual a lealdade existente nela.

No final, um dos agentes de saúde foi contratado como motorista do novo carro, acrescentando mais um salário do que já recebia por parte da FUNASA, como agente de saúde. Porém, a decisão sobre seu uso ficaria por conta do Presidente do conselho, o único que pode autorizar se o carro deve sair da aldeia para funções que não fossem as de trasladar os doentes para as casas de atendimento da cidade.

Ambas as escolhas resultaram em constrangimentos para o circuito da liderança indígena, pois a responsabilidade sobre o novo recurso ficou centralizada entre a liderança “alternativa”, isto é, entre os mais próximos ao circuito de funcionários do Posto e da Prefeitura (agentes, conselheiros, etc.), o que ao mesmo tempo, não significa uma coesão nem aliança desses atores.

O Presidente do Conselho, Renato, justifica assim esse tipo de decisões:

“Na parte da saúde, eu sou uma autoridade. Eu sou responsável, tem que estar sabendo o que está acontecendo nessa parte(...) na parte social faz parte do cacique, que é com o chefe do Posto e a FUNAI. Agora, a parte da saúde é o nosso, né?, do Conselho local. Cada um trabalha com a sua parte. As vezes o cacique não tem o conhecimento e ele pensa que a gente está querendo passar por cima da autoridade,

mas se pensa bem não é. Cada sociedade tem a sua liderança, que nem a educação tem a sua liderança, saúde, os moradores. Cada quem tem a sua responsabilidade e trabalha junto com a liderança, né? Trabalhamos juntos para fazer a força e nada de política, né? Nada de um contra o outro. Antigamente o cacique ordenava em tudo, mas agora estamos fazendo como a sociedade do branco. Então é um trabalho novo que a gente tem que estar aprendendo sempre” (Depoimento, Renato, Presidente do CLS Apucarantina)

A delimitação de competências não acontece respondendo ao estilo clânico e dual da organização indígena, mas ao que é exigido pelo Estado em função da instauração de conselhos, agentes e parcerias; enfim, a todo o funcionamento burocrático do aparato estatal, assim percebido pelos indígenas (“*antigamente o cacique ordenava em tudo, mas agora estamos fazendo como a sociedade do branco*”!).

De outro lado, essa lógica não pressupõe que essas “autoridades da saúde” distingam-se em todas as decisões vinculadas à política sanitária, como contrárias e coesas face à liderança tradicional. Entre eles, existem também tensões não tão explícitas, no que se refere especialmente ao diferente tipo de incentivos que ambos os atores têm para atuar nesse âmbito.

Os agentes indígenas da saúde, por exemplo, formam parte da estrutura institucional da FUNASA. Eles são contratados para funcionar como tais, e aparecem em planilha da entidade representando porém, a garantia de que o sistema de saúde kaingáng será considerado na execução do atendimento de saúde. Os conselheiros, não obstante, carecem praticamente de incentivos financeiros para atuar, não pertencem à estrutura institucional nenhuma e, portanto não recebem salário, situação que transforma a função de fiscalização e controle social numa atuação desvalorizada na visão dos próprios conselheiros. Essa visão é explicada pelo Presidente do CLS, mais uma vez:

“Eu estou me preparando agora para poder concursar e querer entrar a ser agente de saúde. Acho que já tenho a experiência suficiente, e também, um dos conselheiros tem acompanhado sempre o meu trabalho que já poderia ser meu substituo. Vamos ver como é que vai isso para a gente, porque eu quero entrar na FUNASA e começar a ganhar um salário, né? A responsabilidade do conselho é grande. O conselho tem que exercer o controle social, ele tem que acompanhar, fiscalizar, tanto no movimento daqui, da parte da aldeia, como da Prefeitura também”

Podemos tirar certas inferências desse depoimento para além do que já tem sido dito quanto à função de fiscalização social. Apesar de ser uma das principais diretrizes da política de saúde indígena, o controle social carece de incentivos para os atores que devem executá-lo, a ponto de que dos dez conselheiros que formam parte do Conselho Indígena de Saúde na T.I. Apucarantina, apenas dois acompanham e avaliam o desenvolvimento da política de atendimento. Um deles é o próprio Presidente.

À diferença de algumas experiências conselhistas urbanas, as decisões do Conselho Indígena não resultam em Decretos, nem as suas avaliações têm a força para mudar o que já está planejado no seio do Estado, porém, reservam-se e aplicam a faculdade de rejeitar um dos parceiros (podem escolher o ator nos projetos de atendimento entre o município e uma ONG) mas não decidem o conteúdo dessa parceria.

Nesse sentido, avançaremos mais um pouco no intuito de caracterizar os atores indígenas envolvidos na política de atendimento, com a intenção de determinar a dinâmica desses agentes no bojo da reforma sanitária e como eles entram no embate do atendimento à saúde, possuindo – ou não – as suas particularidades entanto sujeitos culturalmente diferenciados.

A Bíblia do kuyã católico.-

No território indígena de Apucarantina, além dos três agentes de saúde e dez conselheiros, o sistema tradicional de saúde funciona a partir das práticas holísticas exercitadas pelos “médicos” tradicionais, erveiros e rezadeiras, que apesar das suas práticas serem distinguidas entre eles como um estilo de “especialidades”; entre os seus iguais kaingáng, percebem-se como “curadores”, com faculdades de guia espiritual.

É o caso do kuyã mais jovem da aldeia, quem apesar de trabalhar com essa prática desde os 18 anos (hoje tem 35 anos de idade), a sua atividade representa um conflito para os outros dois pajés. Ele explica que começou a trabalhar desde os sete anos na

igreja da comunidade, e que aos poucos começara a ser procurado pelos indígenas para orar em nome da saúde dos seus “parentes” kaingáng. Logo de cara, os “milagres”⁵³ começaram acontecer.

O pequeno relato não seria interessante, se o próprio ator, ademais de ser o kuyã da aldeia, é ao mesmo tempo, o padre da única igreja católica que existe na T.I., posição a partir da qual exercita uma prática que mescla valores da religião católica ocidental com o sistema de saúde kaingáng:

“(...) na comunidade eu falo que não acreditem em mim. Porque quem cura não sou eu, a gente sabe que eu tenho esse carinho pela comunidade e por isso começo a rezar, mas eu só faço isso através da Bíblia. Foi apenas graças ao Senhor. Mas agora eu tenho parado um pouco no atendimento porque o índio já tem começado a acreditar na própria fé” (depoimento, kuyã Kaingáng, T.I. Apucarantina)

Como já conhecido, na cosmologia kaingáng as noções de força (*Tár*) estão representadas na figura do jaguar, cuja vitalidade é traspassada ao kaingáng doente a traves dos sonhos do kuyã. Porém, nesse caso, o rezador da aldeia dispensa essa prática e passa a exercitar a visão mágica da religião católica ocidental, no processo de cura.

Ele confessa se sentir plenamente da religião católica, mas a sua condição não lhe impede conciliar essa fé com a tradição kaingáng. Muito pelo contrário, assegura que todos os seus trabalhos com rezas e a fé católica lhe concedeu o respeito de toda a comunidade, e como tal, é um dos principais interlocutores do sistema médico com os espaços institucionalizados da Prefeitura e a FUNASA – de fato, é o único kuyã a participar das reuniões com funcionários da Prefeitura na avaliação mensal do atendimento da saúde -, desdenhando da prática dos outros “médicos” tradicionais, não assim do sistema biomédico:

⁵³ Refere-se à cura de doenças espirituais que as “máquinas” do branco não conseguiram. No seu relato, conta de dois casos nos quais conseguiu tirar ossos e um conjunto de pêlos do rosto de duas pessoas que sofriam estranhas doenças. Levou o “resultado” na igreja para todo mundo olhar, porém explica que não com a intenção de demonstrar a sua faculdade, mas de comprovar a fortaleza das suas orações: “aqui todo mundo viu”

“A comunidade me respeita, e como pai. E respeitam também à (minha) mulher como mãe, também. Eles (a comunidade) já gostam (da família), também. Agora, têm outros, sabe, que tentam fazer a parte de Deus, e não vão nem para a igreja. Mas por isso é que eles não curam, eles só fazem é feitiçaria, e depois dizem que a feitiçaria sou eu quem faço, que eu sou um feiticeiro e que para isso uso a igreja, sabe. Mas é que eles não são católicos”

Alguns dias atrás ele tinha sido alvo de certas críticas pela mãe do seu afilhado, também indígena, que espalhou pela comunidade que o kuyã estava agindo fora do certo, pois quase nunca exercitava a prática propriamente indígena para curar.

Ele respondeu, alegando que ela simplesmente criticava porque ela era “gente ruim” que não acredita na religião católica, e procura a “feitiçaria ou os remédios do branco” para curar. Acreditamos que nessas pequenas frases e depoimentos cabem certas inferências a se fazer, quanto o encontro (ou não) de ambos os sistemas de saúde.

Em princípio é totalmente inquietante a visão do kuyã que diferencia o sistema médico do branco da fé na religião católica como uma forma de cura, ao que parece que essa última não é percebida por ele como um conjunto de crenças ocidentais, e sim, cabíveis no conjunto de percepções indígenas em torno às visões espirituais, e um substituto dos rituais religiosos, propriamente kaingáng, hoje perdidos.

Em segundo lugar, acreditamos que nesse novo tipo de relação entre a noção de religião católica com a saúde indígena, existe uma prática que quiçá nos oferece pistas mais claras sobre o tipo de sociabilidade que essa experiência comporta. Isto é, o uso da religião católica aparece nas mãos do kuyã como a garantia de manter certo tipo de controle e liderança, dentro de uma comunidade onde essa esfera de líderes, chefes e cacique atomiza-se cada vez mais com a aparição de atores diversos com novas competências.

Todo o comportamento ritualístico entorno às missas dos domingo, leituras da Bíblia, orações e festas católicas, coordenadas por ele, garantem a mobilização de uma grande parcela da comunidade kaingáng que encontra nelas, um tipo de

mobilidade similar às que antigamente podiam ter as cerimônias dos mortos, a festa do kiki-kói, etc⁵⁴. Mais um relato do kuyã confirma essa nossa percepção:

“(...)agora eu estou preparando, inclusive, os jovens para o crisma de agora. Eles também vêm. Já tem um grupo de coral de jovens também, né, então. Eu tou à vontade para eles, porque, é que, eu não sei, acho que é meu tom. Eu tenho um gosto mesmo é de trabalhar na igreja, eu gosto de trabalhar aqui com eles, fazendo muitas obras para a caridade. Porque se eu vejo a alguém que está ai triste, chego lá e converso com ele, para ele se animar um pouco, né. Então, eles me respeitam do jeito que eu trabalho. Os jovens já acostumaram estar aqui comigo sabe, então, dá uma alegria estar no meio dos jovens”

No exercício da sua prática, o kuyã garante que sempre que alguém chega para pedir atendimentos e rezas, nunca exclui as possibilidades que esse mesmo paciente também assista ao Posto de Saúde. O kuyã atende, sempre que pode, na igreja. O Posto de Saúde, instalado pela Prefeitura, no entanto, está localizado há menos de dez metros, ao lado da praça da aldeia, localização que permite que o trânsito dos pacientes entre a igreja e o Posto seja tão freqüente e corriqueiro, a ponto de se permitir uma fácil interação na implementação de ambos os sistemas⁵⁵.

Contudo, essa interação não está dada com a mesma dimensão para o município, onde além do encontro com a prática de saúde indígena não ser tão intenso quanto na experiência da aldeia, as instituições sanitárias da cidade não têm nenhum tipo de estrutura para lidar com essa diferença. Se no território indígena, a instalação do Posto modificou os tipos de sociabilidade tipificados entre os atores kaingáng, obrigando-os a criar um novo estilo de consumação da sua identidade – na determinação de um contexto específico - no município não existe nenhuma nova noção, nem um novo tipo de estrutura alterada, nem sequer quando os hospitais da cidade recebem os membros da população kaingáng, não como vendedores de rua, mas como pacientes:

⁵⁴ Um exemplo disso é o fato de que as datas mais importantes de comemorações na aldeia, fora o dia do índio, são na páscoa, no natal e no reveillon

⁵⁵ No meio de uma conversa com a enfermeira de plantão, conseguimos perceber alguns trânsitos dessa interação. Ela afirma que desde a instalação do Posto, na maioria dos atendimentos registram-se a crianças de colo, levadas pela mãe, freqüentemente por problemas respiratórios. Um segundo universo maioritário de usuários são precisamente os jovens kaingáng, que percebem nos medicamentos biomédicos, um componente de maior rapidez quanto os seus efeitos, do que as rezas, ervas ou benções: “pode acontecer de alguma doença

“O Conselho de Saúde Indígena não tem nada a reclamar para eles (a equipe médica) né. Uma reclamação, uma não, três reclamações teve no município de Tamarana de um paciente que não foi bem recebido no hospital, porque o índio é de uma cultura diferente e hoje o branco faz de coisas que tem que ser igual ao branco, igual de conhecimento, mas não, tem que respeitar a cultura da gente. Só que em hospital, você sabe como é que é, né? Eu tava falando com a auxiliar aí, que aqueles que acompanham o curso de capacitação onde o atendimento indígena, tem que ser diferenciado.

Então, aí tem os cursos que participa todo o Conselho de Saúde Indígena (...) para que é que serve isso? Para ele ter mais conhecimento e trabalhar com o povo indígena. E ao mesmo tempo, falamos, e aquele médico que fica lá no município, que tá lá na cidade. Ele não tem conhecimento de nada, e é aí que falam, o índio não sei o que, o índio está sujo, o índio coisa e tal, e aí começa a discriminar àquele índio ali, em vez de chegar e receber com carinho e tal, mas não.

É, mas e por que?... é porque os médicos não têm conhecimento. Ele não foi capacitado. Não tem conhecimento sobre a saúde indígena, que é diferenciado, né? E ele acha que tem que ser igual” (Depoimento de Renato, Presidente do Conselho (Indígena) Local de Saúde

Um reflexo desse desentendimento aconteceu meses antes do início da nossa pesquisa de campo. Uma criança morreu, após várias tentativas da equipe do Posto de Saúde por interna-la. A mãe não achou necessário levar o filho regularmente ao posto médico, até que faleceu, apesar de todas as rezas, ervas e bençãos feitas, inclusive pelo próprio kuyã e o resto de pajés. O acontecimento, ainda hoje está sendo tratado como caso de Polícia, e algumas indagações por parte do Ministério Público, continuam tentando determinar responsabilidades pelo óbito registrado.

Caso de kuyã, caso de polícia.-

Até algumas semanas anteriores a esse episódio, o advogado da comunidade só tinha desenvolvido trabalhos voluntários de assistência, em função de planejar certas estratégias jurídicas, no bojo das negociações da sociedade kaingáng com os funcionários da COPEL. Porém, um outro acontecimento que pouco, ou nada, tinha a ver com a usina elétrica chamou mais a atenção do Ministério Público.

leve, gripe, ou que machucaram-se jogando futebol, preferem assistir ao Posto pela noção que têm de que no comprimido já estão todas as mesmas propriedades das ervas que antes eles tinham”

Uma criança menor de dez anos tinha morrido sem que a equipe do Posto de Saúde prestasse atenção médica, nem sequer, fizera o andamento para a internação hospitalar na cidade. Na visão do representante do Ministério Público e a imprensa, só poderiam ter acontecido duas razões: negligência médica ou descaso por parte da mãe. As indagações oficiais trabalharam, especificamente sob essa lógica.

Porém, para o kuyã da aldeia, quem recebera a criança em várias ocasiões, a morte, não particularmente no caso daquela criança, mas dos membros da comunidade em geral, não pode ser explicada em termos de negligência ou descasos, mas sim, pelos fatores que provocaram a doença, e a fé com que ela deve ser tratada:

“(...) os médico não acharam que poderiam curar a doença dele. Os benzedor falavam que era feitiçaria. Outros falaram que era do ar forte. Eu comecei e falei para ele, não, se o médico ele não curou, se os benzedor não curou; mas claro que tem solução. E eu não vou me confiar em mim mesmo. Se o médico não conseguiu curar, se o outro dizia outra coisa, outro dizia que era feitiçaria, outro que era do ar forte, então, o pai daquele moço, ele tava confuso. No final ele me procurou, e aí eu falei, se nenhum deles curou ele, então tenho dó dele. Aí ele morreu, porque a gente já conhece quando a doença é material ou espiritual. Eu falo quando o negócio é interna-lo, mas é que os aparelhos do branco não conseguem segurar o espírito (...) quando a criança é assustado já não come bem, a lombriga dela assusta e aí tem que se rezar para que a gente queira segurar o espírito. O susto é uma doença muito forte, porque aí a pessoa vai ficando mole, muito mole, até que a pessoa fica mais doente. O médico não cura doença espiritual. Susto, inveja, ar forte, essa coisas se pegam. São doenças espirituais. O meu filho também morreu disso, ele sofreu tanto, mas não podemos segurar o espírito” (depoimento kuyã, aldeia Apucarantina)

A partir desse depoimento, podemos tirar uma série de entendimentos, não apenas entorno às complexidades que estão na prática médica do kuyã⁵⁶, mas também como os membros da comunidade conseguem se relacionar com a prática do Posto de Saúde.

⁵⁶ Podemos perceber que apesar do forte componente católico no seu exercício de curador, o kuyã não dispensa o entendimento que a sociedade kaingáng tem para se relacionar com o campo da saúde. Nele vemos como – e apesar da visão dualista do mundo que tem as sociedades kaingáng – a saúde não pode se perceber como um campo onde o corpo e alma são duas dimensões, mas uma só, a partir da qual os males da alma são os males do corpo, o foco das doenças. Nos parece inquietante a maneira como o kuyã exercita o atendimento, conciliando essa noção da qual, como vimos, tem pleno conhecimento, com o discurso da religião católica. Trata-se de um encontro que merece um estudo de maior profundidade, mas que escapa do escopo dessa dissertação. Nos limitamos apenas a considerar que não acreditamos tratar-se de um simples sincretismo religioso, mas de uma adaptação que resume parte dos efeitos que tem a mudança do discurso indigenista brasileiro, no cotidiano dos próprios agentes indígenas

Nos parece que apesar de terem noção da importância que o Posto tem na aldeia, não dispensam nunca o uso do sistema tradicional, desde que conseguem diferenciar o que é doença espiritual, e o que é doença do branco; com a lógica de que doença do branco, “só branco pode curar”, mas doença espiritual é competência única do sistema xamânico.

Pelo visto, foi esse entendimento que privou nesse episódio, entendimento que não acompanhou as ações do Estado que vieram depois, segundo explica o advogado da comunidade, que teve de intervir no inquérito levantado pelo Ministério Público:

“De fato, acredito que o relato da mãe [da criança] é verdadeiro, afinal ela levou para o rezadeiro, e de fato houve um intervalo de tempo em que ela deixou de ter febre, o problema é que ocorreu algum fenômeno de adoecimento, sei lá, eu não acompanhei o inquérito, mas eu sei que essa foi uma situação que terminou envolvendo à FUNASA, e todos os médicos.

A gente que acompanha bem de perto entende que eles lá cuidam muito bem das crianças. Salta aos olhos (...) o grande problema foi na verdade o fato do Delegado da Polícia, depois o Ministério Público estadual, ir para a imprensa e submeter à mãe a todo um processo na justiça, dizendo que até talvez a médica teria todo um envolvimento e uma culpa dolosa com esse sucesso aí.

Eu não sei dizer se foi uma situação para querer chamar a atenção da imprensa e tal, mas eu acho que houve uma imprudência muito grande, por parte do Ministério Público naquela oportunidade e da própria delegacia da polícia, até porque a situação não era do âmbito nem da competência estadual. Se tivesse algum problema, era de competência do Ministério Federal.

Mas a despeito dos problemas de competência, eu acho que o processo de determinar quem teve ou não teve culpa, não era o correto. Mas é porque esse diálogo de ambos os sistemas de saúde é uma coisa difícil, não é simples não. Porque pelo fato deles serem muito fechados nesse aspecto complica mais o assunto. As pessoas ouvem relatos de que é necessário rezar para curar a criança infetada, e eles acreditam mesmo nisso”

O envolvimento da Polícia no processo, explica como o discurso da mudança institucional no marco das políticas indigenistas não está atrelado a uma estratégia do Estado como um conjunto. Isto é, a implementação de um novo discurso na saúde reiterado pela FUNASA, não compromete inteiramente todos os agentes do Estado que devem dialogar com as sociedades indígenas.

Nem o município sequer - o qual se transforma em uma agente fundamental para as políticas de atendimento na T.I. em questão - consegue articular toda a rede de instituições municipais entorno a uma prática diferenciada na saúde, debilidade

ressaltada pela ausência de indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde, seja de Londrina ou Tamarana; no entanto, a sociabilidade dos atores indígenas altera-se gradualmente, a ponto de experimentar muitas maneiras de consumir a sua identidade, nos múltiplos contextos em que vivenciam a relação com o Estado e os seus agentes (seja a COPEL, FUNASA, Prefeitura, etc.).

Porém, não pretendemos argumentar que a falta da coerência estatal para a formação de um novo indigenismo, anule as capacidades políticas dos atores indígenas, entanto usuários da prática institucional.

Muito pelo contrário, como analisaremos nessa seção, um dos episódios testemunhados fora da aldeia, na sede do DSEI/INSUL evidencia a consumação da identidade em diversos contextos, perseguindo fundamentalmente a instauração de uma relação que nomearemos de “confronto com equidade”, evidenciando que não existe uma estratégia unívoca da sociedade indígena para se relacionar com o Estado, mas que vão desde relações de tipo de calor familiar (vide a análise sobre a política de combate ao alcoolismo), até disputas entre a aplicação de dois sistemas diferenciados.

Uma fórmula liberal legitimadora da tutela (Intento de instaurar uma política de saúde da mulher indígena)

Desde a instauração da nova política de saúde para os indígenas brasileiros, os conselheiros e funcionários de cada DSEI têm se reunido e deliberado, em média, uma seis vezes, ao ritmo de dois encontros por ano. A lógica dos encontros está resumida na necessidade de acompanhar o desenvolvimento do atendimento de saúde, nos territórios indígenas de abrangência por Distrito.

Nos dois encontros do DSEI/INSUL que nos tocou testemunhar em 2002, constatamos coincidências quanto à agenda burocrática e na importância que a prestação de contas e aprovação de normas para funcionar, ocupam na maioria das vezes. Por exemplo, dos três dias destinados ao encontro dos representantes das Terras Indígenas de todos os Estados do Sul com a FUNASA, dois dias foram para a eleição de cargos distritais, apresentação de novas metas, aprovação de atas, etc.

Apesar do teor técnico, as discussões nesse espaço, especialmente pelas intervenções dos representantes indígenas, revelam percepções interessantes dos próprios índios sobre essa nova esfera.

Na reunião do I Semestre, insistiu-se muito nas atribuições e períodos de rotatividade dos membros do CLS. A inquietação indígena era sobre se os conselheiros poderiam ser reeleitos, ou pelo contrário, quais seriam as causas para ser destituídos, de onde deverá vir uma petição nesse sentido, etc.

Quanto à importância da capacitação, muitos recomendaram criar um sistema de troca de informações, antes do que criar competências políticas. Em palavras do representante indígena pelo município de Ipuacu:

"não adianta só capacitar o conselheiro. É dever do Conselheiro distrital, repassar o que foi discutido para divulgar a informação"

No II encontro semestral, cinco meses depois, o teor burocrático diminuiu e observou-se - embora não em todos os casos - maior articulação entre membros dos Conselhos Municipais de Saúde (especialmente nos municípios que têm representantes indígenas no CMS) e os atores indígenas mesmo.

A maioria dos conselheiros municipais insistiram na necessidade de se publicizar os itens do contrato assinado pelos funcionários do Posto de Saúde da aldeia e as Prefeituras Municipais, argumentando que não poderia se efetivar o controle social, entanto não se tenha conhecimento de se o que deveria se fazer, está sendo feito ou não.

Apesar de algumas indefinições nessa área, o segundo encontro adquiriu, no nosso ponto de vista, maior relevância política, pois abriu as chances de que os conselheiros incidissem na proposta de execução da política, a saber.

A representação da FUNASA no Distrito apresentou uma proposta para aplicar uma política de planejamento familiar nas aldeias do interior sul, dentro do programa para a saúde da mulher indígena.

O maior ponto de conflito nessa discussão, inclusive de desacordos entre o próprio aparato de Estado que gerencia o atendimento (FUNASA e os Municípios), foi a marca paternalista ainda presente, através de uma iniciativa colocada pela representante da FUNAI para que dentro da política de planejamento familiar, a mulher indígena peça

autorização à presidência da FUNAI ao tiver intenções de fazer uma operação de salpingectomia (infertilidade).

"Em alguns casos, a FUNAI tem que dar a autorização se está se correndo risco de vida, essas coisas têm que se fazer", argumentam.

A recusa das representações do Estado no Distrito (FUNASA e Ministério Público) baseou-se nas suas próprias noções formais de Direito, dentro do sistema de Direito Indígena; defendendo o direito individual sobre a noção do direito coletivo. Alega-se "autonomia pessoal" para recusar a proposta da FUNAI.

A reação do órgão indigenista em favor da tutela foi que os membros das comunidades indígenas não podem assumir responsabilidades de crimes, especialmente de crimes ambientais, se desde a concepção ocidental se questionasse a sua relação com o meio ambiente:

"Se tivermos uma lei que autorize a autonomia indígena, o que faremos com os garimpeiros?, o que faremos com a madeira?, acaso temos garantias de que os índios podem responder pelos crimes ambientais?"

Podemos notar que, tanto nas arguições do Ministério Público contrariando a iniciativa de uma política de planejamento familiar de corte paternalista, quanto a justificativa da FUNAI em favor, ambos os discursos recorrem à tônica da concepção do direito individual, sob uma lógica pragmática que prega a universalidade na aplicação desse direito, anulando assim a possibilidade de contextualizar e historizar as estratégias indígenas para extrair explicações, e contrariando sobretudo, a lógica do direito coletivo com a qual essa sociedade entende-se.

Acreditamos que foi com essa lógica do direito coletivo e estratégias contextualizáveis, que os representantes indígenas na reunião do DSEI ressaltaram no fato de que cada população indígena tem normas próprias relativas ao planejamento familiar, sem precisar de autorização de nenhum órgão estatal, nem menos apelar para a relação paternalista, desde que a mulher indígena tem o seu próprio método de planificação familiar. A intervenção de um dos conselheiros indígenas de saúde, atuante no Posto Indígena de Bauru em São Paulo, sintetiza melhor essa lógica.

"Ela (a mulher indígena) sabe quando se deve consultar ao pajé e ao marido. O índio tem o seu próprio controle, e cada sociedade sabe controlar quando acha que é o momento. Com lei ou sem lei, a prática da mulher é essa; não tem perigo nenhum. Nós deixamos de ser incapazes. Nós não precisamos dos laudos da FUNAI, mas apenas da família e dos mais velhos. Tem vezes que acontece de que algumas pessoas forçam a barra, mas é só um problema isolado. Os processos estão indo (sem tutela)

Não se tem que preocupar com a questão do conhecimento. Elas podem não ter o conhecimento daqui da cidade, mas o conhecimento da sua saúde elas têm, elas se tratam"

O desentendimento por imprimir ou não, uma marca paternalista na política de planejamento familiar causou que a FUNASA desistisse da idéia. Sem uma resolução de consenso, apenas pediu-se agregar às competências dos Conselhos Locais, a autonomia de considerar o planejamento familiar como parte da política de saúde na aldeia em que ele atua.

O resto das colocações que revelaram a inviabilidade de uniformizar projetos de planejamento familiar em todas as aldeias do sul brasileiro, versaram sobre o fato de que quase em todas as parcerias Sociedades Indígenas- Prefeitura, o anticoncepcional nem sequer faz parte da cesta básica de medicamentos dos Postos de Saúde local.

Se fosse agregar as camisinhas à cesta básica de medicamentos, ainda surgiram as discussões por saber quem ficaria em pose delas, como faria o indígena para pedi-la às enfermeiras sem criar constrangimentos, etc.

Embora bastante primaria, a reprodução aqui da discussão testemunhada em ambos os encontros nos permite tirar certas conclusões quanto aos processos políticos que acontecem ao momento das sociedades indígenas interagirem com as esferas institucionalizadas mencionadas nessa seção.

Os fatos mais visíveis são que o encontro de ambas as esferas acontece sob a noção do que temos chamado "confronto com equidade". Obviamente não se trata, como já analisamos, de que indígenas e Estado compartilham a mesma capacidade de controle, mas desde o momento em que o discurso indígena aparece desprovido da tutela de outrora na área da saúde, inaugura um momento de igualdade enquanto à negociação.

Porém, essas condições não apagam os confrontos, de modo que o primeiro deles aparece desde a seleção dos conselheiros e agentes de saúde, tanto que essas esferas

institucionais e burocráticas não só receiam da carga do parentesco envolvida nessa escolha como também aplicam estratégias para capacitá-los. Isto é, as ONGs e o Estado traspassam a sua própria linguagem política para os atores que no futuro serão parceiros de projetos, embora também defendam o peso que nessa relação deveria ter a linguagem do outro. Demanda-se uma relação de mão dupla, mas também se insiste na prioridade do carácter burocrático desse encontro (a necessidade da capacitação).

Em linhas gerais, nos parece que esse entendimento perpassa a lógica da maioria das políticas de co-gestão e parcerias entre o Estado e a Sociedade Civil, relação que, a despeito da abordagem desenvolvida na literatura sociológica, comporta particularidades (como as já descritas) quando esse modelo é levado para sociedades culturalmente distintas, como o caso das sociedades indígenas brasileiras.

No capítulo a seguir, tentaremos demonstrar que, agregado às ambigüidades observadas nos processos de co-gestão Estado-Sociedade Civil, o encontro do “novo” Estado com as sociedades indígenas coloca outras lógicas, vinculadas aos problemas da **identidade como um valor político**. Esse valor, nos parece que é recolocado pelas sociedades indígenas na mesa de negociações com o Estado, inclusive para o desenvolvimento da própria prática sanitária, aqui estudada.

CAPÍTULO IV.-
EXPERIÊNCIAS DE CO-GESTÃO, ASSUNTO DE IDENTIDADE.
(Auxílios teóricos)

A interpretação científica da nova dimensão democrática brasileira refletida, por exemplo, nas mais diversas formas da novidade institucional, assim como na vivência de diversos modelos participativos (desde as parcerias administrativas, até os projetos de filantropia empresarial) tem-se defrontado com uma série de desafios que resultam em entendimentos cada vez mais temporários e com menos rigorosidade.

Menos rigorosidade e mais narrativas contextualizadas, desde que o novo arranjo construído gradualmente a partir da Constituinte de 1988, resultou na convivência das mais variadas formas democráticas com estilos de regulação liberal à noção de direitos, provocando uma relação dinâmica entre o Estado e atores sociais que transitam entre vários papéis políticos como deliberadores, e ao mesmo tempo usuários das políticas públicas desenhadas.

Nesse contexto, faz-se difícil erigir uma noção única e normativa da participação social, assumindo que nessa prática observamos formas variadas para a efetivação e criação de direitos que vão desde a participação institucionalizada, até a efetivação de normas “não legais” de convivência social; cuja convivência revelou-se em acirradas polêmicas tanto no campo marxista, quanto no terreno da temática dos movimentos sociais (DOIMO, 1995).

Em princípio, trata-se de um debate no qual todas as experiências participativas são colocadas pelos atores envolvidos em categorias que nos remetem a uma visão instrumentalista da política, revelando-se na prática, em dificuldades para conciliar ações do campo estratégico com as relacionadas ao mero processo da definição das políticas públicas⁵⁷.

⁵⁷ No estudo de Tatagiba (2002) sobre os conselhos gestores de políticas sociais, por exemplo, revela-se como os atores das experiências participativas percebem o investimento na institucionalidade uma marca da desmobilização social, portanto, de anulação da política, obviando o fato do desafio estar presente na dificuldade de conciliar as experiências de participação institucional com a ação direta.

Os esforços por encontrar, na sociologia política, análises dos comportamentos políticos - portanto participativos - que escapem da visão normativa⁵⁸ parecem ter sido em vão, e é claro, desde que a *participação* foi instaurada como o ideal da teoria democrática, assim dita "clássica".

As visões discursivas da participação, nesse patamar foram vinculadas ao campo político (participação enquanto "participação política") que não poderia se entender fora das relações de poder inerentes, neste caso, às instâncias formais do Estado e o seu monopólio⁵⁹.

Segundo o nosso entendimento, as dificuldades de abordar a "participação" fora do contexto no qual efetiva-se, são mais visíveis quando os tipos de definições formais não conseguem dar conta de outras esferas, como por exemplo, movimentos de natureza étnica, sexual, cultural, religiosos, etc; dimensões que são colocadas em pauta pelos "novos" movimentos sociais no Brasil se defrontando e convivendo, com as gramáticas coronelistas, personalistas e privatistas assentadas na formação brasileira (OLIVEIRA, 1999).

Acreditamos que esse é o entendimento teórico que subjaz ao conteúdo dessa dissertação, isto é, a experiência participativa da sociedade indígena em questão acontece inserida em um contexto de reconfiguração do Estado (SUS, descentralização das políticas sociais, partilha da gestão, etc), articulando um novo tipo de relação com a sociedade civil, onde o Estado assiste sem o mesmo monopólio de decisão que lhe caracterizara, gerando, contudo, tensões em nome da prática oficial de regulação, na esfera institucionalizada dos conselhos, fóruns, etc. no qual o encontro acontece⁶⁰.

⁵⁸ TOMASETTA, L.- *Participación y Autogestión*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1972

⁵⁹ É inevitável não trazer à tona as definições weberianas do "poder", sobre as quais, no nosso entender, foram se construindo o campo conceitual da participação. Sob esse marco teórico, "participar" do poder político quer dizer a "possibilidade de encontrar em determinadas pessoas, obediência a uma ordem que possua um determinado conteúdo". Obviamente a nossa realidade nos leva por uma trilha mais complexa, donde obediência e/ou rebeldia não são os únicos agentes envolvidos na efetivação da experiência participativa, como tentamos demonstrar nessa dissertação

⁶⁰ Gostaríamos reforçar nesse ponto, a idéia desenvolvida ao longo dessa discussão sobre o fato do encontro com o Estado comportar também um confronto com "equidade", pois esse entendimento não sugere que exista uma condição de igualdade anuladora das diferenças como discutido por SANTOS (2003), mas sim uma relação no mesmo nível (institucional) onde tanto o Estado quanto as sociedades indígenas partilham da mesma capacidade de gestão, porém, o controle mostrado pelo Estado nesse nível coloca o elemento de tensão e confronto, onde as estratégias indígenas são melhor observadas

Poderíamos concluir preliminarmente que nesse novo tipo de relação, os atores indígenas também não assistem desprovidos de estratégias, apesar da novidade institucional ter causado profundas alterações à sua ordem social clânica.

Pelo contrário, interpretamos que as estratégias da sociedade indígena são elaboradas via identidade, ou seja, é através do exprimir e da constante construção da identidade em diferentes contextos, onde os atores indígenas ensaiam a sua noção de política, não apenas outorgando à identidade um valor político em si, mas também demonstrando quanto esse valor político tem de dinâmico e se renovando a cada instante.

Ambos os entendimentos (as práticas de uma nova relação com o Estado e a identidade como valor político) serão desenvolvidos nesse capítulo, auxiliados de estudos teóricos em torno ao tema, sob o entendimento de que formam parte dos principais processos observados na nova prática sanitária indígena e que pode nos ajudar a ter uma melhor compreensão dos embates que nela acontecem.

Portanto, na primeira seção discutiremos de que maneira os estudos de modelos participativos de co-gestão e parcerias Estado – Sociedade Civil, podem ser adequados para entender a prática dos atores (Estado e Sociedades Indígenas) envolvidos na nova política de saúde para sociedades indígenas, considerando as três principais diretrizes do discurso oficial - controle social, diálogo com o sistema indígena e de caráter deliberativo, entanto parte de uma nova narrativa política.

Na segunda seção pretendemos avaliar se as práticas dos atores indígenas em resposta a essa “oferta” do Estado são também entendidas à luz dos entendimentos teóricos pela identidade, assumida como uma categoria fundamental para a construção da democracia pluralista, para finalmente explicar de que maneira essa dissertação pode se reconhecer nesses terrenos.

4.1.- A partilha da gestão como um novo dilema

A necessidade dos novos atores sociais partilharem da gestão do interesse público acontece, atualmente, dentro de uma nova ordem política denominada por alguns autores de "Sociedade Global" (IANNI, 1996), "Sociedade racional" e/ou "modernidade radicalizada" (GIDENS, 1991, 1996), "Crise do contrato social" (SANTOS, 1999) ou Pós-modernidade (HARVEY, 1994).

Fica claro que cada uma e todas as denominações remetem ao fenômeno de socialização da política desdobrado nos ensaios de diversos estilos de participação, dentre os quais, o modelo participativo de co-gestão parece ser a parte fundamental de uma narrativa política contemporânea⁶¹, que exige levantar novas pautas de análises para entender as atuais dimensões políticas da participação.

Nesse sentido, o problema da academia face esse modelo participativo está na criação de pautas de entendimentos que polarizam as estratégias da sociedade civil, separando-as na "valorização da racionalidade política" por um lado, e a "racionalidade institucional" por outro (DOIMO, *idem*), onde essa última parece desprovida de qualquer conteúdo político, desde que as experiências participativas acontecem de cara ao Estado, se apropriando da sua linguagem técnica, mas nunca de costas a ele. Assim, parece-nos que se trata de entendimentos teóricos que partem de uma matriz institucional para analisar as práticas dos movimentos sociais, e que ao mesmo tempo percebem a política como um setor específico da vida social, classificando o Estado, a Sociedade, o Povo e a Nação, em realidades orgânicas pré-determinadas a qualquer conflito, e sobre a qual obviamente não é possível inscrever a disputa conceitual que os movimentos colocaram em cena.

Gostaríamos outorgar maior destaque a essa questão, não unicamente porque o modelo participativo de co-gestão configurou-se como o lócus da nova relação do

⁶¹ Quero evitar me referir a uma espécie de "novo contrato social", até porque as modalidades de co-gestão na experiência latino-americana não tem mostrado as características de uma espécie de nova contratualidade. Na análise de SANTOS (1999), trata-se de um momento de "falso contrato, de uma mera aparência de compromisso constituído por condições impostas sem discussão ao parceiro mais fraco no contrato". As condições de um "Estado minimalista", da "instabilidade como marca" da atualidade e de uma substituição da luta pelo consenso são as mais claras evidências dessa crise do contrato social, que na visão de Santos (*idem*) tem mais uma característica de novo "fascismo societal"

Estado brasileiro com as sociedades indígenas⁶², mas também porque nele concentra-se parte dos projetos levantados na esteira da democratização brasileira, resumidos na construção de uma nova ordem política, que apesar de desejada, contem na visão de vários teóricos, alguns dilemas.

O primeiro grande dilema da democratização transita entre a necessidade da nova ordem política desejada, representar a “consolidação das incertezas” (PRZEWORSKI, 1989) ou, pelo contrário, aplicar uma engenharia institucional que seja capaz de evitar as incertezas e garantir o êxito dos anseios de liberdade e autonomia, em nome de um “referente exteriorizado” (LECHNER, 1990) bem seja o Estado, ou qualquer outra abstração social que possa substituí-lo.

No caso da sociedade brasileira, o dilema colocado pelo “reencontro” com a democracia está expresso no que TELLES (1996) explica como determinado por: “alternativas antagônicas de futuro contrapondo, de um lado, as possibilidades de uma regulação democrática da vida social, que tenha como medida o reconhecimento de direitos, e de outro, propostas neoliberais que representam uma tentativa de privatização das relações sociais pela recusa da mediação pública dos direitos e esferas de representação” (TELLES 1996: 6-7).

Nesta conjuntura, muito tem se remarcado nos riscos que esse tipo de dilemas representam para a efetivação da participação social em esferas institucionalizadas, a maioria delas, reproduzindo os mecanismos burocráticos do Estado. Nesse sentido, as experiências institucionalizadas no espaço do desenho e avaliação das políticas públicas, transformariam essa participação em uma atividade apenas legitimadora e com características de consentimento às decisões assumidas nos órgãos administrativos do Executivo⁶³.

⁶² Vale esclarecer que apesar dessa dissertação inserir-se nos debates da reforma sanitária, cujo conteúdo político está na criação de espaços participativos desenhados em função de parcerias com o Estado - e levada assim para as sociedades indígenas, o fato de essa prática existir nas T.I. brasileiras tem outras implicações, não apenas do tipo de relação com o Estado, mas também vinculadas ao tipo de sociedade indígena que hoje se discute no Brasil, expressas, por exemplo, na chance de um novo Estatuto de Sociedades Indígenas ou na presença desse tipo de sociedades mundo afora

⁶³ Devo me referir mais uma vez ao estudo de TATAGIBA (2002) sobre os Conselhos Gestores das Políticas Públicas, pois neles demonstra-se como os conteúdos da participação institucionalizada, especialmente os relacionados às competências técnicas exigidas pelo “parceiro Estado” facilitam em grande medida, uma avaliação negativa do modelo participativo de co-gestão, desde que a representação social se mostra débil e com uma fraca incidência sobre o planejamento das políticas sociais.

O fato de considerarmos, porém, que a consolidação democrática no Brasil não passa apenas por uma transformação da engenharia institucional, mas também por uma reconfiguração das relações sociais acentua esse dilema, desde que as novas formas de mobilidade e resistência dos agentes sociais não se reconhecem mais nos paradigmas tradicionais das Ciências Sociais.

As definições tradicionais das lutas políticas, determinadas em princípio, pelos parâmetros fixos da identidade dos agentes envolvidos, segundo a estrutura em que as lutas aconteciam – a luta “operária”, por exemplo – e as suas relações de produção; hoje não são mais suficientes para definir esses processos de resistência, no momento em que os agentes são tão “operários”, quanto moradores do bairro, sindicalistas, membros da associação de pais de família, etc. cujas unidades não têm uma conexão clara e, portanto, a conceituação do *sujeito*, assim único e homogêneo, não é mais possível (LACLAU, 1986).

O trânsito entre diversos estágios políticos e a identificação das lutas segundo o contexto, amplia as dificuldades para criar entendimentos normativos da política assim que esta deixa de ser um fenômeno fechado, e ao mesmo tempo, se transforma em um processo dinâmico no qual os agentes reformulam a sua identidade, os seus interesses e preferências.

Nesse processo, LACLAU (1986) encontra a pauta decisiva outorgada pela pluralidade social, condição que não apenas está refletida na característica heterogênea dos movimentos sociais, mas também na experiência dinâmica da identidade social. Em termos de LACLAU:

“não há nenhuma posição de sujeito cujas conexões com as outras posições possam ser permanentemente asseguradas; e, por conseqüência não há nenhuma identidade social integralmente adquirida que não esteja sujeita, em maior ou menor escala, à ação de práticas articulatórias” (1986: 5-6).

O fato dos protagonistas das novas lutas não serem mais as classes sociais (SANTOS, 1994) entendidas como aglutinadoras de interesses e/ou matrizes da

cidadania - para falar em termos marshallianos⁶⁴, mas formas de organizações completamente distintas entre si, construtoras das mais diversas identidades e que convivem em articulações ou confrontos; é outro fator que determina as avaliações negativas quanto à característica supostamente apolítica dos novos atores.

Na análise de CALDERÓN e JELIN (1990) trata-se de experiências pelas quais:

"(...) é provável que um movimento social de orientação classista seja acompanhado de juízos étnicos e sexuais que o diferenciam e o assimilam a outros movimentos de orientação culturalista com conteúdos classistas. Assim os movimentos sociais são nutridos por inúmeras energias, que incluem em sua constituição desde formas orgânicas de ação social pelo controle do sistema político e cultural até modos de transformação e participação cotidiana de auto-reprodução societária" (1990)⁶⁵.

Até aqui temos pretendido apresentar alguns dilemas representativos da prática do modelo participativo de co-gestão, espelhados nos riscos que acarreta para os mecanismos de representação social, e por decorrência, para a efetivação dos direitos dentro da esfera institucionalizada que, ao mesmo tempo regula a aplicação dos próprios direitos.

Não obstante, até que ponto podemos dizer que essa compreensão teórica reconhece-se na prática indígena?; acaso poderíamos considerar que a experiência da parceria Estado - sociedade Kaingáng, via conselhos e DSEI, coloca maiores desafios para o grupo étnico do que para o próprio Estado, em nome da linguagem técnica?; ou pelo contrário, o encontro do Estado com uma sociedade que não exprime uma

⁶⁴ Nos referimos a clássica visão proposta por Marshall, na qual a cidadania aparece como uma categoria política atingida pelos movimentos, mas em dependência de sua natureza enquanto classes sociais devidamente organizadas. MARSHALL, T.- *Cidadania, Classe Social e Status*. Zahar Ed. Rio de Janeiro.

⁶⁵ Mas é precisamente nessa "confusão de identidades" e "impurezas" dos próprios movimentos que uma considerável quantidade de autores localizam a fonte da política. Na fala de Boaventura Sousa Santos (1994) trata-se de "uma das condições para a revitalização da energia emancipatória". Em DAGNINO (2000) o traço mais visível dos movimentos sociais é o desenvolvimento de uma concepção de democracia que vai além "das instituições políticas, enquanto tradicionalmente concebidas como do modelo das democracias realmente existentes". Enfim, são matrizes políticas que geram uma "nova individualidade social" (EVERS, 1984), institucionalizam a "congregação de segmentos heterogêneos (DURHAM, 1984) e criam uma nova forma de solidariedade (CARVALHO, 1998)

identidade única nem homogênea, dificulta a implementação de uma política pública que deve se legitimar a partir do respeito à diferença?.

Na tentativa de oferecer uma resposta, começaremos por recorrer de novo às práticas já descritas nas páginas acima, de modo a considerar a dinâmica com a qual tanto o Estado quanto os agentes indígenas assistem na execução da política de saúde, e como ela se reconhece nos dilemas colocados pelo redimensionamento do Estado e a criação de novos espaços participativos, especialmente de co-gestão.

Assim, partimos do princípio de que não é possível efetuar uma avaliação da prática da saúde indígena em geral, pois se bem a criação de modelos participativos e as parcerias construídas com a valorização do espaço municipal atinge todos os territórios indígenas do Brasil, o exercício da saúde indígena varia segundo a região, e especialmente, segundo a população indígena que é assistida⁶⁶.

No caso da sociedade Kaingáng de Apucarantina estudada, o atendimento é regular e efetivado inteiramente pelo Estado, sem intervenção e sem a mínima relação com ONG nenhuma, porém essa condição não dispensa certos dilemas dos já apontados. O primeiro deles está presente na noção que os atores estatais utilizam para assistir ao encontro, privilegiando uma relação regulatória à prática de saúde, por cima do controle social embutido no discurso oficial da política sanitária.

Acrescentado ao controle que o DSEI já exerce sobre os conselheiros indígenas, o município assiste ao encontro dos atores da aldeia, com uma visão fixa que normatiza os espaços de deliberação trazida ao cotidiano da T.I. Em depoimento para essa pesquisa, a funcionária responsável pelo atendimento indígena por parte da Secretaria de Ação Social, insinua que esses espaços apenas devem ser preenchidos, nunca alterados, seguindo as diretrizes do Decreto.

⁶⁶ Na organização dos DSEIs, por exemplo, determina-se que o atendimento em cada T.I. pode se efetivar por meio da estrutura municipal, mas em caso que o município não tenha a estrutura suficiente para assumir convênios com a FUNASA, a entidade federal tem a opção de assinar convênios com uma ONG, desde que seja aceito pela comunidade indígena alvo do atendimento. A partir desta alternativa, podemos observar como as políticas de atendimento não são as mesmas entre vários territórios, dificultando uma análise comparativa. Algumas comunidades no norte do Brasil, por exemplo, tem ficado durante alguns meses sem atendimento médico, devido a problemas financeiros apresentados pelas ONGs de atendimento, e portanto a dinâmica política não pode ser a mesma a das T.I. onde o atendimento é regular; isso sem considerar que os atores responsáveis pelo atendimento são outros, o que já representa uma dinâmica totalmente distinta.

“(...) eles [os indígenas] não reivindicam os espaços. O espaço tá lá, tanto que dentro do Conselho a importância que sempre estão colocando é a importância de participar e de dar espaços à medicina tradicional, porque o atendimento não pode tirar Mas tudo isso tá lá naqueles documentos da III Conferência, do da Medicina Tradicional, da questão da especificidade cultural, etc. Então, quando a gente trabalha e se discute dentro do Conselho até mesmo a relação do médico com o paciente, da enfermeira com o paciente, do médico com o sistema xamânico dentro da aldeia que está considerando que o índio, a concepção dele de doença é totalmente diferente da nossa com o que a medicina ocidental trabalha”.

Se bem que os conselheiros indígenas atendem a essa demanda de participação - que vem por parte do Estado com uma visão fixa e normatizada - levando de certa forma a considerar o conselho indígena como legitimador da prática oficial, a resposta dos atores kaingáng envolve também certas práticas de recusa, tanto dentro como fora do espaço formal de Conselho e/ou DSEI, ao afirmar que não aceitam o estilo de atendimento hospitalar que oferece a cidade, mas, sobretudo, tomando decisões quanto à característica dos agentes indígenas com os quais o município dialoga.

É o caso do kuyã da aldeia, que apesar de ser reconhecido formalmente pelo Estado como representante do sistema de saúde tradicional, coloca-se às vezes em oposição às práticas do sistema biomédico, quando a sua autoridade como líder espiritual (católico, por sinal) provoca certos constrangimentos para o atendimento do posto de saúde (vide o caso da criança exposto nas Pp. 98-101).

Dessa forma, a dinâmica política na experiência de Apucarantina nos mostra que apesar da participação institucionalizada (na esfera dos Conselhos, DSEI, etc.) reproduzir alguns elementos de relações desiguais, em função da exigência burocrática do município, não se anula a possibilidade da política acontecer. Pelo contrário, nos parece que a política aparece entre a sociedade indígena, na medida em que se apropriam dos conteúdos técnicos do Estado para assentar a sua recusa (pelo atendimento hospitalar, pelo atendimento pelo município de Tamarana, etc.) sem

deixar de fazer a gestão, desde o momento em que essas práticas gestionárias lhe tinham sido negadas até algum tempo atrás.

Mas é precisamente dentro da inauguração da nova prática gestionária da saúde onde se localiza outro grande dilema, já reconhecido nesse texto, e que está no campo da representação e legitimidade. Como visto, a comunidade indígena tem de dialogar com o município e mostrar presença no DSEI/INSUL, através de representantes cuja nomeação se expressa em uma vivência “necessária” de constrangimentos determinados pela atomização da liderança local.

A movimentação dos líderes em esferas socioculturais e intergrupais com os não-índios é o que também tem permitido a afirmação dessas lideranças “alternativas” como representantes “legítimos”. A base da sua legitimidade é deslocada das comunidades indígenas, pelo fato do âmbito de atuação dos líderes no movimento indígena extrapolar os limites da política interna do grupo étnico.

Assim, as representações no âmbito indígena passam a não depender obrigatoriamente da aceitação de suas comunidades para se manterem politicamente, desde que garantam o apoio de outros agentes interétnicos como neste caso, o município, ou ONGs, pro-índio e até mesmo o órgão indigenista oficial.

A resposta indígena ao dilema da representação evidencia, no entanto, o manejo flexível e dinâmico, que a comunidade pode ter da identidade, e como essa identidade pode se transformar em um valor político com a qual eles podem negociar em diferentes contextos. Trata-se de uma prática que vai ao encontro de estudos que têm permitido entender a identidade como sendo mais do que um valor de troca, um referente de si mesmos a partir do qual edificam-se as estratégias.

Sob esse entendimento, na seguinte seção analisaremos de que maneira a sociedade kaingáng de Apucarantina reconhece-se, ou não, nas dimensões teóricas da identidade, sem deixar de considerar que a maioria das estratégias analisadas não têm sido unicamente vivenciadas nas esferas institucionalizadas do conselho indígena ou do Distrito Sanitário, mas fundamentalmente na esfera onde essa dimensão institucional encontra-se e se reconhece no cotidiano indígena.

4.2.- A identidade como valor político

Trinta e quatro anos se passaram já desde que as abordagens sobre as *diferenças étnicas* ganharam destaque sob a figura da “*organização social*” enquanto determinantes de fronteiras (BARTH, 1969); um determinismo que anos depois, seria dado às *tradições* em HOBBSAWN (1983) e à autodeterminação de simbolismos (*Imagined Communities* de ANDERSON, B. 1983), transformando-se em estudos que embora marcassem um “antes e depois” no entendimento da identidade, hoje não se percebem mais suficientes perante a complexidade que esse fenômeno comporta.

A dimensão subjetiva e dinâmica da identidade também ganharam destaque na aparição de sujeitos de diversos tipos, unidades de identidade que apesar do seu papel estratégico, também não encontra justificativa nos termos de uma escolha racional.

Assim, o cenário político no qual a mobilidade social de hoje acontece, seja reconhecida em termos de uma “sociedade racional”, “global” ou até mesmo “pós-moderna”, representa ao mesmo tempo um espaço no qual observa-se uma modificação do entendimento em torno ao fenômeno da identidade que os atores consomem no bojo das novas práticas participativas.

A pluralidade dos sujeitos reconhecidos por LACLAU - enquanto criadores de interesses em função da auto-identificação - induz ao entendimento da identidade como um assunto de estratégia, e não apenas constitutiva de posturas objetivadas, porque como bem explica MOORE (2000), os conjuntos da identidade assumem papéis diversos em contextos também diversos, dificultando a definição de prioridades de uma unidade sobre a outra. No intuito dessa operação, evidencia-se que:

“Em um momento, o racial pode ter prioridade sobre o sexual, e em outro a etnicidade pode ser a diferença definidora. O que é claro é que essas formas da diferença estão mutuamente imbricadas, e que, embora possamos falar de prioridades ou determinações entre conjuntos de diferenças, devemos estar cientes de que elas nunca poderão ser cabalmente separadas entre si (...) a mútua imbricação de conjuntos de diferenças salientes significa que uma forma de

diferença pode substituir outra e/ou que diferenças invocadas em um contexto podem ser utilizadas para reformular diferenças relevantes em outro (...) o fato de que indivíduos assumem múltiplas posições de sujeito, algumas das quais podem estar em contradição entre si, obviamente não pode ser explicado em termos de uma teoria da escolha racional” (MOORE, 2000).

Norteados por esse entendimento, ao longo desse texto temos privilegiado as dinâmicas das estratégias expressadas na participação dos atores indígenas, porém no percurso dos relatos, temos conseguido perceber que essa dinâmica parte também do reconhecimento dos atores de si mesmos.

Encenando no palco da prática sanitária, os atores indígenas nos outorgam alguns elementos suficientes para reconhecer que a identidade é recolocada nos diferentes contextos do encontro com a esfera institucional do Estado, e assim, partindo do reconhecimento dela entanto ferramenta política, localiza-os transitando na relação complexa entre cultura e política.

Não é do nosso intuito dar conta de como essa relação (entre cultura e política) é levada à prática, mas sim reconhecer que no interior dela, a identidade constitui um elemento importante para a elaboração de estratégias nos embates da política de saúde indígena. Assim, poderíamos partir da questão de até que ponto, as discussões atuais em torno à colocação da identidade como estratégia pode nos dar auxílio no entendimento da prática kaingáng na política pública estudada⁶⁷.

Parte da literatura recente sobre o fenômeno da identidade, coloca uma abordagem através do que se tem dado de chamar “morte do sujeito” (HOPENHAYN, 1994; LACLAU, 1996; HALL, 2003). Trata-se de uma noção que revela o declínio do sujeito como um fator homogêneo e pré-determinado, bem seja pela estrutura ou pela sua posição no conjunto de relações sociais menores. Hoje, a ênfase está colocada no deslocamento flexível das diversas identidades, não apenas questionando o

⁶⁷ Neste nível da dissertação, não pretendemos fazer nenhuma revisão de toda a literatura contemporânea sobre o fenômeno da identidade, por várias razões estratégicas. Entre elas duas: em princípio, já podemos facilmente perceber que não existe uma noção unívoca da identidade e, além disso, a nossa compreensão da identidade é totalmente contextualizada à atores específicos numa prática política determinada. Temos assim no cenário atual diversas compreensões em torno à consumação da identidade no seio de práticas variadas, desde a identidade cultural, até a identidade social, sexual ou étnica, entre muitas.

centralismo em que eram anteriormente projetadas, mas sendo também constitutiva de uma relação de poder.

Nesse sentido, a ênfase de HALL (2003) está dada por uma nova articulação entre o “global” e o “local”, esferas onde a identidade transita seguindo três dimensões importantes levantadas pela homogeneização cultural: a formação de novas *identificações* tanto locais quanto globais, o desenho de uma nova “geometria do poder”, e finalmente, a globalização enquanto um fenômeno cultural do Ocidente (Op. Cit. 78-79).

Assim, a nova geometria do poder e os matizes desse fenômeno ocidental são reconhecidos nos tipos de regulação cultural, por meio da qual a esfera regulatória cria e aplica a sua própria noção para entender *o outro*, sem desconhecer a sua existência. De acordo com HALL:

“(...) as sociedades da periferia têm estado sempre abertas às influências culturais ocidentais e, agora, mais do que nunca. A idéia de que esses são lugares «fechados» -eticamente puros, culturalmente tradicionais e intocados até ontem pelas rupturas da modernidade – é uma fantasia ocidental sobre a «alteridade»: uma «fantasia colonial» sobre a periferia, mantida pelo Ocidente que tende a gostar de seus nativos apenas como «puros», e de seus lugares exóticos, apenas como «intocados». Entretanto, as evidências sugerem que a globalização está tendo efeitos em toda parte, incluindo o Ocidente, e a «periferia» também está vivendo seu efeito pluralizador, embora num ritmo mais lento e desigual” (2003: 80-81).

Com o deslocamento da identidade ao centro de uma relação de poder, o terreno de luta onde os movimentos sociais (sejam do tipo que forem) localizavam os anseios de emancipação, transformou-se numa região pantanosa, onde as possibilidades de emancipação continuam presentes, mas convivendo com uma experiência totalizante reprodutora de práticas regulatórias, que de acordo ao entendimento de SANTOS (1994) pode abranger os diversos conteúdos.

Os dilemas políticos presentes no seio dessa convivência perpassam as estratégias de luta de todo tipo, inclusive da colocação da própria identidade, desde que os novos

atores não se situam apenas dentro de um campo caracterizado pelo alargamento da política no terreno social, mas também dentro de um cenário determinado pela globalização em todos os níveis, a ponto de tornar a "crescente promiscuidade entre produção e reprodução":

"(...) quanto mais forte foi no passado a vivência social da dominação nas relações de produção, mais intensa será agora a sua difusão social. A mais-valia (agora) pode ser sexual, étnica, religiosa, etária, política, cultural; pode ter lugar no hábito (não no ato) de consumo; pode ter lugar nas relações desiguais entre grupos de pressão, partidos ou movimentos políticos que decidem o armamento e o desarmamento, a guerra e a paz; pode ainda ter lugar nas relações sociais de destruição entre a sociedade e a natureza, ou melhor, entre os recursos ditos «humanos» e os recursos ditos «naturais» da sociedade" (1994: 223)

A localização do processo regulatório em campos evidentemente antagônicos aparece no terreno da emancipação contendo certas particularidades de caráter subjetivo, que se expressam no fato da maioria dos projetos emancipatórios atingirem demandas de interesses específicos de um grupo social (mulheres, homossexuais, favelados, etc.) e convivendo, ao mesmo tempo, com outros com características mais universais (ecológicos, pela pacificação, pelo desarmamento, democratização, etc.).

É no interior desse íterim que as sociedades indígenas têm recentemente articulado o seu projeto político, na convivência de interesses particularistas com a intenção de atingir uma esfera universal - a da nação, entanto nação pluriétnica - executando projetos participativos que se traduzem em dilemas da representação, já explicados detalhadamente nas páginas acima.

Porém, vale lembrar, recorrendo mais uma vez a SANTOS que o caráter globalizante impresso nos projetos emancipatórios não está traduzido no levantamento de dilemas unicamente para o campo da representação, mas no desenho e na dinâmica dos próprios projetos políticos. Assim:

“(...) os valores, a cultura e a equidade de vida em nome dos quais se luta são, por si mesmos, maximalistas e globalizantes, insusceptíveis de finalização e pouco inclinados para a negociação e o pragmatismo. (...) a luta emancipatória, sendo maximalista, dispõe de uma temporalidade absorvente que compromete a cada momento todos os fins e todos os meios, sendo difícil o planejamento e a cumulatividade e mais provável a descontinuidade. Porque os momentos são locais de tempo e de espaço, a fixação momentânea da globalidade da luta é também uma fixação localizada e é por isso que o cotidiano deixa de ser uma fase menor ou um âmbito descartável para passar a ser um campo privilegiado de luta por um mundo e uma vida melhores” (idem. p.224)

Nessa moldura, defende-se o direito à existência, às práticas cotidianas e à diferença embutidas nela, mas essa luta só pode se reconhecer em referência a uma totalidade, a uma reforma do sistema hegemônico, criando pontes entre ambas as esferas onde os atores vão e voltam, e as fronteiras entre elas (entre esse “particularismo” e “universalismo”, para usar os termos de LACLAU) tornam-se cada vez mais flexíveis.

Nesse ponto, então, o objetivo da luta pelo reconhecimento não pode ser outro do que criar uma articulação entre ambas as esferas. Contudo, esse reconhecimento do “particular” na “totalidade” só pode ser inscrito em termos da ambigüidade que ele cria, ao instaurar nessa luta, a procura por uma totalidade que não tenha conteúdo específico e, portanto, susceptível a alteração.

Na explicação de LACLAU (1996), essa ambigüidade está dada por uma operação na qual:

“They defend the right to difference as a universal right, and this defense involves their engagement in struggles for the change of legislation, for the protection of minorities in courts, against the violation of civil rights, etc. That is, they are engaged in a struggle for the internal reform of the present institutional setting. But as they assert, at the same time, that this setting is necessarily rooted in the cultural and political values of the traditional dominant sectors of the West, and that they have

nothing to do with that tradition, their demands cannot be articulated into any wider hegemonic operation to reform that system” (1996: 56)

Nesse nível do argumento teórico, cabe nos perguntar qual a dinâmica dessa articulação na experiência kaingáng de Apucarantina? A modo de resposta, nos parece conveniente trazer à tona alguns relatos feitos nas páginas acima, sobre as estratégias indígenas no contexto do atendimento hospitalar e da organização entorno às demandas por indenização e lucro pela usina hidroelétrica da COPEL no Rio Tibagi.

Em ambas as experiências, a fala é o fio articulador do projeto político representada como elemento de dissenso, e ao mesmo tempo, fator constitutivo da igualdade. Os atores kaingáng usam o espaço institucional e burocratizado do conselho para recusar do atendimento hospitalar da cidade, mas desde o momento que esse dissenso entra à esfera institucional, burocratiza-se e se torna limitado quanto os seus efeitos concretos. Isto é, a reivindicação indígena pela diferença não consegue extrapolar o espaço do conselho, e dilui-se quando ela é espalhada às clínicas e hospitais municipais, que também formam parte da rede de atendimento.

No relato do conflito com a COPEL, apesar da estratégia de luta ser também orientada pelo discurso da diferença (vemos como os indígenas operavam com uma noção própria e diferenciada do tempo e do espaço), ela consegue ser mais efetiva, pois não está mediada pelo espaço institucional do Estado, e sim pelas formas de sociabilidade kaingáng que lhes permitiu planejar medidas de pressão, como foi o seqüestro e o desarmamento dos policiais militares.

O componente territorial em ambos os casos é também determinante, desde que lhes facilita acionar a própria estratégia de dissenso, mesmo que esta não seja exclusivamente do comportamento indígena, e reproduza alguns mecanismos do mundo ocidental, como evidencia o funcionamento das celas construídas perto da praça do centro da T.I.

Mas a dificuldade que o espaço institucional lhes coloca para a efetivação do dissenso, não significa que o próprio espaço constitua objeto da recusa indígena. Pelo contrário, certos atores encontram na burocratização da prática sanitária, incentivos

de tipo econômico, especialmente os que existem nas atividades do agente de saúde, a ponto do Presidente do Conselho identificar nelas, um estágio “superior” às atribuições do conselho, ou seja, embora que as faculdades de deliberação e controle sejam exclusivas do Conselho, a superioridade do papel dos agentes está dada pela valorização salarial que tem essa prática, em contraste com a voluntariedade que caracteriza os conselheiros da saúde.

Vale lembrar mais uma vez, o depoimento do Presidente do Conselho nesse sentido:

“Eu estou me preparando agora para poder concursar e querer entrar a ser agente de saúde. Acho que já tenho a experiência suficiente, e também, um dos conselheiros tem acompanhado sempre o meu trabalho que já poderia ser meu substituo. Vamos ver como é que vai isso para a gente, porque eu quero entrar na FUNASA e começar a ganhar um salário, né?”.

O traspasso de uma unidade (“autoridade”, conselheiro) para outra (funcionário assalariado) é o que, porém, garante essa pluralidade de sujeitos interagindo, sem uma fronteira claramente definida e, no entanto, sem nenhum elemento fixo que garanta a conexão de uma unidade com a outra. No caso da conexão entre os agentes com os conselheiros, o nexo está garantido pela prática institucionalizada da saúde indígena, mas o ator-conselheiro consegue identificar essa conexão a partir do incentivo que tem uma delas.

Assim, como afirma LACLAU, nada garante a união de uma unidade com a outra, e nós agregaríamos ainda, que junto a essa não-garantia acrescenta-se a impossibilidade de criar qualquer fator fixo que determine essa imbricação, sem que isso signifique que essas unidades não estejam relacionadas nem que deixem de ser constitutivas de um sistema.

Nos parece que é pensando nesse tipo de operação, que C. DA CUNHA (1985) argumenta a sua noção de identidade étnica, construída como estratégia política para dar conta dos processos em que ela se situa. Partindo da análise sobre os grupos de negros libertos que voltariam a África, C. DA CUNHA afirma:

“O que se ganhou com os estudos da etnicidade foi a noção clara de que a identidade é construída de forma situacional e contrastiva, ou seja, que ela constitui resposta política a uma conjuntura, resposta articulada com as outras identidades em jogo, com as quais forma um sistema. É uma estratégia de diferenças (...) a outra face do mesmo processo é a que faz das diferenças reais algo mais do que são, ou seja, sinais diacríticos. É pela tomada de consciência das diferenças, e não pelas diferenças em si, que se constrói a identidade étnica (S. Wallman, 1978): mas esse acesso das diferenças a uma significação que as ultrapassa advém-lhes de sua colocação dentro de um sistema” (1985: 206)

Por ser flexível, dinâmica e contextualizada, a identidade é também instrumentalizada a ponto de se entender enquanto elemento constitutivo do ato político, desde que nos remete a uma noção de processo, no qual os interesses são também elaborados. Como temos já mencionado nesse trabalho, o ato político é aqui entendido como processo carente de interesses determinados previamente, e só acontece quando os atores criam seus próprios interesses em nome de um projeto.

Assim, não hesitaríamos em afirmar que uma comunidade indígena não carece de projeto político, o que também não significa que esse projeto esteja apenas restrito ao seu componente étnico. A constante criação de interesses, e novas experiências são, ao mesmo tempo, fatores essencialmente constitutivos desse ato.

Partindo dessa compreensão, concluiremos esse capítulo com uma tentativa de caracterizar o encontro que as sociedades indígenas ensaiam com o Estado brasileiro, bem seja através da inovação da prática de educação e da saúde indígena, ou bem no interior das discussões observadas em torno a um novo Estatuto das Sociedades Indígenas, que vem a questionar a insustentável noção de que essas populações mantêm um projeto político estático no tempo, e determinado em função da tutela vivenciada desde já quase cem anos.

4.3 Qual encontro?

(O que define a nova relação Estado-Indígenas?)

Durante o processo da pesquisa empírica e como parte das premissas dessa dissertação, temos constatado que a temática indígena vem se recolocando nos cenários nacionais latino-americanos não apenas em função da sua relação com o Estado, mas com os sistemas de produção e propriedade, ou bem, pela ausência deles no sistema trabalhista.

Com a inauguração de encontros interamericanos com conteúdo indigenista de finais dos anos 60 e a assunção de projetos que visaram a autodeterminação nos anos 80, as sociedades indígenas começaram a ensaiar projetos de participação que traspassaram as fronteiras nacionais, reconhecidos na experiência de alianças interétnicas, tanto dentro como fora do hemisfério, denominados de pan-étnicos.

Através dessas articulações, as populações indígenas iriam atingir também as esferas institucionalizadas supranacionais, como os sistemas das Nações Unidas e a Organização de Estados Americanos (OEA), comprometendo ações por parte dos governos cujas administrações têm sociedades indígenas, na implementação de políticas públicas que visem estimar as diferenças étnicas. Assim, iriam a se estabelecer políticas de financiamento sob diretrizes desse tipo, especialmente de organismos multilaterais que, contudo, não se distanciariam das políticas regulatórias e focalizadas da noção liberal de direitos.

Um recente documento do Banco Mundial detalhando, por exemplo, as linhas de financiamento para nações latino-americanas habitadas por sociedades indígenas, demanda em princípio uma reformulação do conceito de “desenvolvimento étnico” o qual – no novo contexto – deverá comportar as particularidades culturais na hora de executar os projetos sociais, especialmente aqueles financiados pelo próprio Banco. Desse modo, o documento traz dez propostas para desenvolver essa noção, porém, não prioriza em nada a noção de “autodeterminação” que fundamenta os planos e programas destas populações, nem questiona a interpretação monolítica do Estado-nação (STAVENHAGEN, 2000; PSACHAROPOULUS, 1994).

É no interior desses planejamentos e nas aplicações das políticas sociais que o dinamismo no campo conceitual se reflete em tensões, encenando um manejo do

Estado à noção de direitos indígenas, que vai ao encontro do discurso da diferença, mas não sempre em função de preservá-lo. Isto é, recorre-se à sua condição de sujeitos coletivos em nome dos "direitos naturais" (a partir dos quais reclamam seu direito à diferença), mas também se insiste na idéia de serem sujeitos normados pela legislação nacional, a partir da qual reclamam seu direito à igualdade. No cenário local-nacional, no entanto, esse dilema assume outras formas.

Nos contextos nacionais essas ambigüidades estão refletidas na definição de políticas públicas que estimam as diferenças culturais, mas que se concretizam em esquemas de regulação sobre as comunidades étnicas e usuários dos serviços. No caso da saúde indígena no Brasil, essa prática ambígua de "abertura com regulação" está dada em nome das competências de controle social que as comunidades indígenas devem por lei ensaiar e, ao mesmo tempo, efetivadas mediante cursos e seminários de capacitação organizados pelo Estado, contendo receituários e procedimentos que os atores indígenas devem adotar a rigor, para garantir a função de fiscalização.

Durante a III Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2001, por exemplo, as discussões em torno às práticas de controle social versaram sobre uma série de estratégias que representantes de ONGs e da Comissão Intersetorial da Saúde Indígena (CISI) do Ministério da Saúde traspassaram inteiramente para os representantes da sociedade étnica apenas copiar e reproduzir nas suas áreas de atuação.

Esse receituário resumido no documento "*Saúde Indígena e Controle Social. Os passos para ter sucesso*", demanda dos representantes étnicos, o desenvolvimento das mesmas estratégias que, segundo o Estado, são praticadas exclusivamente pelos movimentos sociais.

Assim, a representação do CISI e da CNBB na Conferência Nacional insistiram na execução de um plano que se resume em três estratégias de corte positivista: **ver, julgar e agir**. Nestes três passos, um atrás do outro, o Estado reduz as estratégias de

controle indígena a um assunto de sincronia, e sob o pressuposto de que poderiam ser aplicadas da mesma maneira nas 210 populações indígenas até hoje identificadas⁶⁸.

Podemos notar que se bem o discurso do controle social é uma das três diretrizes fundamentais da política de saúde indígena, ela é implementada seguindo as noções do Estado quanto aos seus procedimentos e conteúdo.

Primeiro é o Estado quem, em nome dos seminários de capacitação política e as discussões para melhorar as capacidades dos atores indígenas, determina o que deve ser controlado (como se demonstra nos debates dos conselhos distritais e nas comunicações formais entre os conselheiros indígenas e a FUNASA), enquanto a esfera federal, através da representação do CISI, assume a responsabilidade de “assessorar” como o controle sobre esse conteúdo deve ser efetivado, abstraído a um inócuo procedimento de três passos que não atinge em nenhum momento a organização e funcionamento do Estado.

E não alcança o que se define na esfera institucional do Estado, porque antes de iniciar qualquer diálogo, este descaracteriza o ator indígena envolvido no processo enquanto culturalmente distinto, para reconstruí-lo no mesmo patamar dos movimentos sociais com os quais o Estado dialoga.

Ao colocar o parceiro-indígena nessa esfera, o Estado imprime ao encontro um forte conteúdo institucional, mas não apaga as possibilidades das estratégias indígenas serem também construídas fora desse espaço a ponto que, em nome da sua posição na organização nacional, os atores indígenas elaboram uma resposta que recusa a visão institucional, mas não renega dela.

Assim, a resposta indígena à oferta que vem do Estado é elaborada em duas vias: desde as objetivações no seu cotidiano, e desde o que se permite na esfera institucional, de modo que é no espaço onde as duas esferas se encontram que a atuação política é encenada. Exemplo disso podem ser as experiências relatadas em torno às discussões sobre uma política de planejamento familiar nas aldeias, o comportamento kaingáng na política de combate ao alcoolismo e os trânsitos de

⁶⁸ Trata-se de uma estratégia que para o Estado, resume-se em perceber quais são as necessidades da comunidade (ver), avaliar os métodos para supera-las via discussões com os atores envolvidos (julgar) e finalmente definir as tarefas e prazos para essas soluções serem aplicadas (agir) Para detalhes, consultar o texto de ARNS, ZILDA. “Saúde Indígena e Controle Social” no relatório da III Conferencia Nacional de Saúde Indígena

identidade do kuyã, tanto perante os seus pares indígenas, quanto os seus interlocutores do Estado.

Essa dinâmica é a que temos dado por chamar de “confronto com equidade”, pois a principal característica do encontro é o fato de ambos os atores assistirem em condições de igualdade, isto é, com direitos a representação formal, ao uso da fala, e a uma rotatividade dos seus representantes, dada pela esfera institucional; porém, essa igualdade não anula o confronto que está mais bem explicado pela diferença cultural sobre a quais os indígenas se debruçam.

Nessa dissertação, fizemos uma tentativa de aproximarmo-nos à dinâmica que esse encontro tem, especialmente no espaço onde o cotidiano dos usuários da política de saúde indígena reflete-se no arranjo institucional e vice-versa, mas ao mesmo tempo acreditamos que uma análise nesse espaço não esgota a dinâmica dessa relação que mescla a equidade com o dissenso, mas está presente também nos trânsitos entre ambas as esferas, quando o indígena-conselheiro, indígena-agente, etc. sae e volta constantemente.

Uma dimensão que escapa das capacidades e alcances deste trabalho, mas na nossa visão, também fundamental para explicar as características do novo tipo da relação do Estado brasileiro e Sociedades Indígenas, mediante as políticas sociais.

Considerações finais.-

Ao ter chegado a esse ponto do texto, após um percurso de uma discussão que pode ser lida de outras maneiras e a partir de disciplinas afins às Ciências Políticas, nos parece que poucas questões relacionadas à nova experiência política das sociedades indígenas brasileiras podem ser ditas ainda de forma conclusiva.

Não obstante, alguns fatos percebem-se na nossa visão, bastante evidentes. O primeiro deles está na reformulação da agenda indigenista brasileira que, apesar de estimular o discurso de uma política social diferenciada, parece pouco vinculada a uma prática nesses termos, bem seja pelas dificuldades de reproduzir nas aldeias comportamentos políticos estruturados pela visão ocidental, ou bem pela cultura de tutela e patrimonialista inerente às práticas oficiais, que coloca o indígena-usuário em definições homogêneas e quase universalistas para entendê-lo.

O minimalismo oficial acontece precisamente porque todo arranjo das políticas públicas demanda uma definição dos sujeitos-alvos, mas no caso das sociedades étnicas, essa conceitualização está sujeita às tensões que a realidade comporta, refletidas, por exemplo, nas visões de território, tempo, espaço, sujeito e identidade, que os atores envolvidos na implementação das políticas (isto é, agentes do Estado e atores indígenas) não compartilham inteiramente.

Assim, a noção de quem é (e por decorrência, quem não é) “indígena” deixa de ser uma operação conceitual inocente, para se transformar num posicionamento político com o qual o Estado e as populações étnicas dialogam, desde que os sujeitos indígenas deixaram há muito tempo de ser entendidos apenas pelas noções de raça, fenótipo e/ou língua.

A problematização da questão indígena de hoje, porém, não vem apenas a ser um resultado da reformulação da agenda oficial, até porque essa reformulação obedece também a uma reestruturação do Estado e a uma descentralização das políticas sociais que pouco tem a ver com a discussão étnica; mas está mediada especialmente pelo destaque que a temática indígena tem recebido ultimamente nos cenários interamericanos e locais.

As populações indígenas do hemisfério não entraram pelos fundos ao cenário interamericano, e sim pela porta grande, a partir de que os conflitos de natureza étnica deixaram de ser percebidos como assuntos locais ou referidos a uma “luta do passado contra o presente”, transformando-se em ações e preocupações atreladas ao sobredimensionamento da temática dos Direitos Humanos⁶⁹.

E talvez seja essa a razão pela qual o destaque da questão indígena nesses espaços não substituiu as tensões étnicas nos cenários locais, pois a assunção dos Direitos Humanos entando uma bandeira política da esfera regulatória do pensamento liberal, tem se esvaziado dos seus conteúdos econômicos, sociais e culturais, ao privilegiar a dimensão política desse direito, através da liberdade por cima da igualdade.

No cenário/local nacional, os fenômenos diversificam-se e sujeitam-se aos contextos e à história contida na sua relação com o Estado. No Brasil, por exemplo, o destaque da questão indígena não pode se desvincular das ações dos movimentos sociais que assumiam compromissos e alianças com a luta indígena desde o período da ditadura militar, institucionalizando uma prática política que, na análise de ALCIDA RAMOS (1995) define-se por: *“utilizar a questão indígena para ventilar críticas ao regime militar, sem incorrer em maiores repressões. O tema « índio » era uma das poucas tábuas de salvação que flutuavam no mar da censura e das represálias à liberdade de expressão”* (1995: 6).

Assim, a inclusão dos direitos indígenas no texto constitucional encontrou reconhecimento no afã de movimentos sociais e agrupações de todo tipo, ocasionando uma inúmera variedade de organizações indígenas - dentre as quais as ações da COIAB têm destaque - ONGs de apoio e agências de contato (CIMI, ISA, etc.), relações que na esfera dos “não-índios” espelhou-se na criação de categorias

⁶⁹ No meio de um diagnóstico sobre os Estados no cenário internacional em 1988, revelava-se que de um total de 111 conflitos no mundo, 63 eram internos e 36 deles eram da categoria de guerras por “formações de Estados” (WALLENSTEEN, 1989), de fato, essa categoria de conflito assaltou a cena internacional, e neles demonstrava-se que tinham morrido mais civis, do que por qualquer outro conflito armado durante cada um dos decênios transcorridos após da II Guerra Mundial, cuja natureza do conflito, contudo, persiste nos dias de hoje (Para detalhes, ver STAVENHAGEN, 1991)

problemáticas para o contato, melhor explicada por RAMOS (idem) no seu texto-referência do “Índio Hiper-real”.

Não obstante, desde os últimos anos da década de 90 e do ano 2000, esse fenômeno adquiriu outras dimensões, reconhecidas especialmente no crescimento de pessoas que se autodefiniram como indígenas e assim refletido no último censo nacional de população. Esse fenômeno de “enorgulhecimento” étnico pode ter uma série de explicações (seja por uma reconceitualização do “indígena”, ou pela presença deles nas grandes cidades) já rapidamente exploradas, porém, todas elas revelam que enquanto sujeitos políticos, os indígenas no Brasil atingiram uma nova colocação no desenho das políticas públicas.

A retirada de várias políticas públicas que até cinco anos atrás eram do teor burocrático da FUNAI, assim como as discussões no Legislativo em torno a um novo Estatuto de Sociedades Indígenas são signos dessa reformulação. No meio delas, as políticas de atendimento da saúde indígena tem uma posição especial, primeiro pelas dificuldades institucionais que a sua implementação ocasionou, assim mesmo como pela criação de espaços em nível federal (DSEIs, CISI, etc.) contemplando a organização das comunidades étnicas, e sobretudo, pela alteração que ela tem ocasionado nas Terras Indígenas.

Contudo, resulta curioso que mesmo sendo a saúde uma reivindicação privilegiada das sociedades indígenas (depois dos problemas de terra), esse novo arranjo não seja claramente perceptível entanto um ganho por parte dos atores indígenas, nem tampouco um retrocesso na aplicação dos seus direitos. Por encima disso tudo, a percepção que se reconhece é de expectativa, refletidas nas dificuldades de lidar com o aparato técnico do Estado, e com as disputas que surgem nesse campo, em torno as práticas do controle social.

Em nome desse arranjo, as T.I. brasileiras encheram-se de conselheiros, agentes de saúde, enfermeiras e médicos do sistema ocidental que alterariam o cotidiano dos moradores (aliás, como um objetivo da política oficial, pois o atendimento da saúde para populações indígenas foi planejado visando ter acesso e proximidade com todos os membros das sociedades indígenas) gerando certos dilemas para a sua atuação.

O principal dilema está expresso na escolha dos indígenas que devem assumir as funções de conselheiros, agentes, motorista da ambulância do novo Posto de Saúde, etc, mas não apenas aí, pois se bem a nomeação de esses novos atores atomiza a esfera das lideranças locais e tradicionais, provocando algumas rupturas com essa “liderança alternativa”; existem também outros dilemas colocados no decorrer do processo e da prática deles.

No caso da experiência pesquisada na T.I. Apucarantina no norte do Paraná, as escolhas difíceis parecem estar dadas também pelos tipos do arranjo institucional entre os quais os novos atores, conselheiros e agentes transitam. Exige-se, por exemplo, a efetivação do controle social por parte deles sobre a implementação da política de saúde, porém, os atritos entre os municípios de Londrina e Tamarana (espaços com os quais os atores indígenas têm maior proximidade) quanto os assuntos de competência, coloca obstáculos para efetivar esse controle.

Isso tudo sem considerar a falta de incentivos econômicos – aspecto no qual o conselheiro se diferencia dos agentes de saúde – e as disputas no formato, desde que o Estado quem pede o controle, é quem ao mesmo tempo capacita os atores indígenas, lhes transferindo procedimentos do tipo “Manual do Controle Social”, desestimando assim qualquer uso que os indígenas possam fazer dessa faculdade, em dependência das suas particularidades culturais e a intermediação da identidade como fator dinâmico.

Por cima de tudo, cabe ainda considerar os constrangimentos ocasionados pelo fato dos novos atores do Estado (Ministério da Saúde, FUNASA, DSEI, Município, etc.) com que eles dialogam serem bastante novos na prática indígena, em contraste com a permanência que durante quase cem anos de indigenismo brasileiro tem tido a FUNAI.

Contudo, isso não significa que a prática institucional possa ser entendida apenas em função da cooptação que se gera nesse campo. Assim como a prática institucional altera a esfera da sociabilidade entre os atores indígenas, eles também conseguem cristalizar as suas estratégias políticas no espaço institucional.

É no espaço institucionalizado que o Estado lhes oferece, por exemplo, onde podem efetivar o seu direito à fala, amenizar o seu discurso estilizado pela diferença

étnica, e especialmente, dar vida aos diversos tipos de identidade que assumem em nome das novas práticas.

E é também nesse campo onde se identifica que as dificuldades de representação/legitimidade, falta de incentivos e os problemas decorrentes pela fraqueza do controle social, que todas as debilidades desse tipo podem ser superadas, sempre em nome da organização e participação.

Esse foi o motivo pelo qual essa dissertação escolheu analisar como a prática participativa acontece, não privilegiando inteiramente a dimensão institucional da nova política de saúde nem o cotidiano dos atores alvos da política, mas antes, o espaço onde ambas as dimensões convergem.

Tudo com o intuito de detectar inicialmente como os usuários indígenas entram ao embate da política de atendimento de saúde, mantendo as suas particularidades enquanto sujeitos culturalmente diferentes; e depois, quanto do que está expresso no discurso oficial de respeito à diferença e diálogo com ela realmente acontece. Enfim, é onde acreditamos que surge a política como prática e processo.

Seja por isso talvez que esse texto não pode se entender em termos conclusivos, pois além da prática sanitária para sociedades indígenas ser uma política de atendimento bastante recente, trata-se de uma temática que está longe de esgotar a complexa e nem sempre bem sucedida discussão sobre cidadania indígena.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, B.- *Imagined Communities*. Reflections on the origin and Spread of nationalism. Verso, London. 1983
- ARATO E COHEN. *Sociedade Civil e Teoria Social*
- BALANDIER, G.- *Antropologia Política*. Ed. Presença, Lisboa. 1987
- BAPTISTA, D. SORIA, M (Org.) *Cidadania e Subjetividade*. Novos contornos e múltiplos sujeitos. Ed Imaginário, São Paulo. 1997
- BARBOSA, M.A.. *Autodeterminação. Direito à diferença*. Ed. Plêiade. FAPESP. São Paulo, 2001
- BARRETTO, C.- *A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil* In: FAULHABER, P. (org.) *Política indigenista, Movimentos Étnicos e Estados Nacionais*. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Vol.15 (2). Belém, Dezembro 1999
- BARTH, F (1969) .- *Grupos étnicos e suas fronteiras* In: POUTIGNAT, P.- *Teorias da Etnicidade*. Ed. UNESP, 1998
- BRAGA, J.C. *Saúde e Previdência*. Estudos de Política Social. CEBES- HUCITEC. São Paulo, 1981
- BERGER, P., LUCKMANN, T.- *Construcción Social de la Realidad*. Amorrortu Editores, Argentina
- BENEVIDES, M.- *Cidadania e Democracia*. In: Revista LUA NOVA. Dossiê Cidadania. CEDEC, N. 33, 1994
- BOBBIO, N & MATTEUCCI.- *Dicionário de Política*. Madrid, 1982
- CALDERON, F.- *Movimientos Sociales y gestación de cultura política*. Pautas de Interrogación. In: DOS SANTOS R.- *Cultura política y democratización*. CLACSO, Chile 1987
- CARNEIRO DA CUNHA, M.- *Negros, estrangeiros*. Os escravos libertos e sua volta à África. Ed. Brasiliense. 1985
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R.- *A crise do indigenismo*. Ed. UNICAMP, Campinas. 1988
- _____.- *Identidade, etnia e estrutura social*. Liv. Pioneira. São Paulo, 1976
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário). *Propostas Iniciais para a política indigenista do governo Lula*. Brasília, novembro 2002
- _____.- Considerações indígenas ao substitutivo do deputado Luciano Pizzato, Novo Estatuto do Índio [www.cimi.org.br]
- CARVALHO, M.- *Participação Social no Brasil hoje*. Papers Centro Polis. São Paulo, 1998
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário) *Propostas Iniciais para a política indigenista do governo Lula*. Brasília, novembro 2002
- _____.- Considerações indígenas ao substitutivo do Deputado Luciano Pizzato, Novo Estudo do Índio [www.cimi.org.br]
- CLASTRES, P.- *A sociedade contra o Estado*. Pesquisa de Antropologia Política. Francisco Alves Ed. 1990
- C 169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales. 1989 [www.un.org] [www.unhchr.ch]
- COSTA, N.- *Inovação política, distributivismo e crise: A política de saúde nos anos 80 e 90*. In: Revista DADOS. Vol. 39, n. 3. 1996
- DAGNINO, E.- *Os movimentos Sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania*

- In: DAGNINO (org.) *Os anos 90: Política e Sociedade no Brasil*, São Paulo. Brasiliense, 1994
- _____ *Cultura, Cidadania e Democracia* In: ALVAREZ, S.-, *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-americanos*. UFMG Ed. Belo Horizonte, 2000
 - _____ *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra, 2001
 - DE OLIVEIRA, J.P. – *Ensaio em Antropologia Histórica*. Ed. UFRJ. Rio de Janeiro, 1999
 - _____.- *Pardos, Mestiços ou Caboclos*. Os índios nos censos nacionais do Brasil. In: Revista Horizontes Antropológicos (Sociedades Indígenas) n.6, ano 3. UFRGS, 1997
 - DEMO, P.- *Cidadania tutelada e Cidadania assistida*. Autores associados. Campinas, S.P. 1995
 - DIEHL, E.- Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng. Dissertação Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001
 - DOIMO, A.- *A voz e o rosto do Popular: Movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará. ANPOCS. 1995
 - DURHAM, E.- *Movimentos Sociais. A construção da cidadania*. Novos Estudos, N. 10. Cebrap. São Paulo, 1984
 - EVANS, P.- *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press
 - EVERS, T.- Identidade. A face oculta dos novos movimentos sociais. Novos Estudos, Cebrap. São Paulo v.2. abril, 1984
 - FASSHEBER, J.R. Políticas Públicas em saúde indígena entre os Kaingáng de Palmas/ PR. Boletim do MPEG: Série Antropologia, Belém. MPEG, v.15, n.2. 1999
 - _____.- Saúde e políticas de saúde entre os Kaingáng de Palmas/PR Florianópolis: UFSC, 1998 (Dissertação de Mestrado)
 - FLEURY, S (org.)- *Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria*. Cortez Editora. São Paulo, 1995
 - FRANK, J.- *Pueblos indígenas y Estado descentralizado*. In: Revista Nueva Sociedad número 158. Venezuela, noviembre-diciembre 1998
 - FUNAI.- Documento Lei 6.001/1973. Estatuto Nacional dos Povos Indígenas [www.funai.gov.br]
 - FUNASA.- Documento Base para a III Conferência Nacional de Saúde do Índio. 2001
 - _____.- DSEI, implantação e metas- Situação até dezembro de 2000. Saúde Indígena. [www.funasa.gov.br/ind/ind1resu.htm]
 - _____.- ARNS, Z. Saúde indígena e controle social. In: Relatório III Conferência Nacional da Saúde do Índio. 2001
 - GALLO e NASCIMENTO.- *Hegemonia, Bloco histórico e movimento sanitário* In: FLEURY, S. (org.) *Reforma sanitária. Em busca de uma teoria*. Ed. Cortez. São Paulo, 1995
 - GAGLIARDI, J.- *O indígena e a República*. Ed. Hucitec. São Paulo, 1989
 - GERSCHMAN, S.- *Democracia Social e Atores políticos*. Um estudo da reforma sanitária brasileira. TESE/UNICAMP. 1994
 - GOVERS, C. VERMEULEN, H.- *From Political Mobilization to the politics of Consciousness*. In: GOVERS, C. VERMEULEN, H (org.)- *The politics of ethnic*

- consciousness*. Macmillan Press, 1997
- HALL, S.- *A identidade cultural na pos-modernidade*. DP&A Editora. Rio de Janeiro, 2003
 - HANAGAN, M.- *Extending citizenship. Reconfiguring State*. Rowman & littlefield Publishers Inc. 1999
 - HARVEY, D.- *Condição Pós-moderna*. São Paulo, Loyola. 1994
 - HECK, E.- *Os índios e a caserna: políticas indigenistas dos governos militares, 1964-1985*. Dissertação de Mestrado IFCH/UNICAMP. Campinas, 1996
 - HOBSBAWN, E.- *The invention of tradition*. Cambridge University Press. 1983
 - HOPENHAYN, M.- *Ni apocalípticos, ni integrados*. Aventuras de la modernidad en América Latina. Fondo de Cultura Económica. Chile, 1994
 - IANNI, O.- *A sociedade global*. Ed. Civilização brasileira. Rio de Janeiro, 1996
 - ISA (Instituto Socioambiental).[www.socioambiental.org.br]
 - JANOSKY, T.- *Citizenship and Civil Society. A frameworks of rights & obligations in liberal traditions and social democratic regimes*. Cambridge University Press. 1998
 - JELIN, E.- *Construir a cidadania. Uma visão desde baixo*. In: Revista LUA NOVA. Dossiê Cidadania. CEDEC, N. 33, 1994
 - **JORNAL DE LONDRINA.- Apucarantina: índios fazem funcionários da COPEL de reféns. Antônio Teixeira.** Caderno Regional. 9 de Agosto de 2001
 - KHILNANI, S.- *The development of civil society*. University of London
 - KOHATSU, M.- *O alcoolismo na comunidade Kaingang de Londrina*. In: Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas da macro-região sul, sudeste e Mato Grosso do Sul. *Anais*. Brasília : Ministério da Saúde, 2001. p.189-96. (Seminários e Congressos, 4)
 - LACLAU, E.- *Universalism, particularism and the question of Identity*. In: WILMSEN, E. McALLISTER, P (org.) *The politics of difference. Ethnic premises in a world of power*. The University of Chicago Press. 1996
 - _____.- *Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social*. RBCS n.2 Outubro, 1986
 - LECHNER, N.- *Los patios interiores de la Democracia. Subjetividad y Política*. Fondo de Cultura Económica. Chile, 1990
 - _____.- *La Democratización en el contexto de una cultura pos-moderna*. In: DOS SANTOS R.- *Cultura política y democratización*. CLACSO, Chile 1987
 - LINDBLOM, CH.- *Inquiry and change*. New Haven. 1990
 - MÁIZ, R.- *Democracia Participativa. Repensar la democracia como radicalización de la Política*. In: *Los Nuevos Adjetivos de la Democracia*. Revista METAPOLITICA. México Abril-junio 2001.
 - MANZINI- COUVRE, M.- *Cidadania, cultura e sujeitos*. In: SPINK, M.J.- *A cidadania em construção. Uma reflexão transdisciplinar*. Ed. Cortez. São Paulo, 1994
 - MARSHALL, T.- *Cidadania, classe social e status*. Zahar Ed. Rio de Janeiro
 - MONTEIRO, J.- *Vida e morte do Índio: São Paulo colonial*. In: Índios do Estado de São Paulo. Yankatu. São Paulo, 1984
 - MOORE, H.- *Fantasia de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência* In: GREGORI, MARIA F. *Corporificando gênero*. CADERNOS PAGU n.14. 2000
 - MORIN, F. SALADIN, B.- *Ethnicity as a political tool for Indigenous People*. In: GOVERS, C. VERMEULEN, H (org.).- *The politics of ethnic consciousness*. Macmillan Press, 1997
 - NIMUENDAJU, C.- *Etnografia e indigenismo*. Sobre os Kaingang, os Ofaié-

- Xavante e os Índios do Pará. Org. e apresentação de Gonçalves, M.- Ed UNICAMP. Campinas, 1993
- O'DONNELL, G.- Transição, continuidade e alguns paradoxos. In: O'DONNELL & REIS, F (org.) *A democracia no Brasil. Dilemas e Perspectivas.* São Paulo, Vértice. 1988
 - OLIVEIRA, F.- *Privatização do Público, Destituição da fala e anulação da política.* In: OLIVEIRA F. e PAOLI, M (org.) *Os sentidos da Democracia . Políticas do dissenso e hegemonia global.* Ed. Vozes. Brasil 1999
 - PATEMAN, C.- *Participação e teoria democrática.* Trad. Luiz Paulo Rouanet. Ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1992
 - PEREIRA, C.- *A política pública como caixa de Pandora: Organização, interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985-1989* In: Revista DADOS. Vol 39, n.3, 1996
 - POLANCO DIAZ, H.- *Autonomia Regional. La autodeterminación de los pueblos indígenas.* Ed. Siglo XXI. México, 1996
 - POURCHET, M.- *Ensaio e Pesquisas Kaingang.* Ensaios 100, Ed Ática. São Paulo, 1983
 - PRZEWORSKI, A.- *Como e onde se bloqueiam as transições para a Democracia.* In: MOISES, J; ALBUQUERQUE J. (Org.) *Dilemas da consolidação da Democracia.* Ed Paz e Terra. São Paulo, 1989
 - PSACHAROPOULOS, G.- *Indigenous People and Poverty In Latin América: An empirical analysis.* Washington D.C. The World Bank. 1994 (*mimeógrafo*)
 - RAISON, T. (org.)- *Os precursores das Ciências Sociais.* Zahar Ed. Rio de Janeiro, 1971
 - RAMOS, A. - *O índio hiper-real.* RBCS, n. 28. Junho, 1995
 - *Revista Idéias Dossiê: Os movimentos sociais e a construção democrática.* Grupo de Estudos sobre a construção democrática no Brasil. IFCH/UNICAMP. 2001
 - SALES, T.- *Raízes da desigualdade social na cultura brasileira.* RBCS, n. 25. 1994
 - SANTOS, B.- *Pela mão de Alice. O social e o Político na Pós-modernidade.* Ed. Afrontamento, Portugal 1994
 - _____ *Reinventar a Democracia.* In: OLIVEIRA F. E PAOLI, M (org.) *Os sentidos da Democracia . Políticas do dissenso e hegemonia global.* Ed. Vozes. Brasil 1999
 - _____ (Org) *Democratizar a Democracia. Os caminhos da democracia participativa.* Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2002
 - SILVA, M.- *A revitalização do local como espaço de constituição de uma nova cidadania.* In: BAPTISTA, D. (org.) - *Cidadania e Subjetividade. Novos contornos e múltiplos sujeitos.* Ed. Imaginário, São Paulo, 1997
 - SPINK, M. (org.)- *A cidadania em construção. Uma reflexão transdisciplinar.* Ed. Cortez, São Paulo. 1994
 - STAVENHAGEN, R.- *La cuestión étnica.* Ed. Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos. México, 2001
 - TADEU, M.- *As colônias indígenas no Paraná Provincial.* Aos Quatro Ventos. Brasil, 2000
 - TATAGIBA, L.- *Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil.* In DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.* Ed. Paz e Terra. São Paulo, 2002
 - TELLES, V. e PAOLI, M.C. – *Direitos Sociais: conflitos e negociação no Brasil contemporâneo.* São Paulo, 1996 (*mimeógrafo*)

- _____.- *Novas faces da cidadania: identidades políticas e estratégias culturais.* São Paulo, Cebrap n° 4. Jun. São Paulo 1996
- TOMASSINO, K.- *O movimento Social Indígena em Londrina.* Boletim CCH - Universidade Estadual de Londrina. n° 12. Londrina, Janeiro 1987
- _____.- *Os movimentos sociais indígenas no norte do Paraná.* Boletim CCH- Universidade Estadual de Londrina. n° 22. Londrina, Janeiro 1992
- _____.- *A história dos Kaingang da hafia do Tibagi. Uma sociedade Jê meridional em movimento.* Tese USP. São Paulo, 1995
- TOMASETTA, L.- *Participación y Autogestión.* Ed. Amorrortu, Argentina 1972
- THOMPSON, E.- *La Sociedad Inglesa del Siglo XVI III.* - Lucha de clases sin clases. Barcelona. Ed. Crítica, 1989
- TULLY, J.- *Strange multiplicity. Constitutionalism in an age of diversity.* Cambridge University Press. 1995
- VEIGA, J.- *Cosmologia e práticas rituais Kaingang.* Campinas. UNICAMP/TESE 2000
- _____.- *Lógica democrática em sociedades hierárquicas: a disfunção das políticas públicas na realidade indígena (versão provisória)* Campinas, 2003 (*mimeografado*)
- VIDAL, L (Org.).- *O índio e a cidadania.* Comissão Pro-índio, SP. 1983
- WALLENSTER, P. (Editor) *States in Armed Conflict 1988.* Uppsala, Uppsala University. Department of Peace and Conflict Research. Report n° 30, julio de 1989.
- WARREN, K.- *Os movimentos indígenas como um desafio ao paradigma do movimento social unificado na Guatemala* In: ALVAREZ, S. DAGNINO, E.- *Cultura e Política nos movimentos sociais latino-americanos.* Ed. UFMG, Belo Horizonte, MG. 2000

ANEXOS

ANEXO L1 CÓPIA DO TIPO DE COMPROMISSO REQUERIDO PELA CONEP/MS

Termo de consentimento livre e esclarecido.-

Sr. Conselheiro/ Agente Indígena de Saúde
Apucarantina

Eu sou estudante universitário pela Universidade de Campinas (UNICAMP) e através desta carta solicito a sua colaboração no desenvolvimento da pesquisa Experiências da Participação Kaingáng entorno da política pública de saúde indígena, como conclusão do curso de mestrado.

A sua ajuda será vital na coleta das informações para essa investigação que pretende pesquisar por meio desta, os tipos, freqüências e experiências que o senhor (a Sra.) tem tido nas discussões com funcionários da Prefeitura Municipal, enfermeiros do posto e pessoal do Pólo Base de Saúde da FUNASA, no momento da avaliação do atendimento de saúde.

Preciso conhecer as suas experiências pessoais e desempenho como Conselheiro/Agente de Saúde da Aldeia, desde que foi escolhido para trabalhar no novo modelo de atendimento, assim como a suas opiniões do novo tipo de atendimento e dicas para se melhorar.

Esperando o seu consentimento e ajuda

Atentamente

Humberto Meza
Aluno IFCH/UNICAMP

Assinatura
Conselheiro/Agente Indígena de Saúde

**ANEXO 1.2. FORMULÁRIO REQUERIDO PELA CONEP/MS PARA AUTORIZAÇÃO
OFICIAL DE PESQUISAS EM SAÚDE PÚBLICA**



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa:				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código:	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome:				
12. Identidade:	13. CPF.:	19. Endereço (Rua, n.º):		
14. Nacionalidade:	15. Profissão:	20. CEP:	21. Cidade:	22. U.F.
16. Maior Titulação:	17. Cargo	23. Fone:	24. Fax	
18. Instituição a que pertence:		25. Email:		
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p align="right">_____</p> <p align="right">Assinatura</p>				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome:		29. Endereço (Rua, n.º):		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP:	31. Cidade:	32. U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone:	34. Fax.:	
<p>35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)</p>				
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução</p> <p>Nome: _____ Cargo _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p align="right">_____</p> <p align="right">Assinatura</p>				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF

38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura	Anexar o parecer consubsta
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

**ANEXO 13. DECRETO QUE NORMA A AUTORIZAÇÃO DO MS PARA O
ANDAMENTO DE PESQUISAS EM ÁREAS INDÍGENAS**

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 304, DE 09 DE AGOSTO DE 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de agosto de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **Considerando:**

- A necessidade de regulamentação complementar da Resolução CNS nº 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos), atribuição da CONEP conforme item VIII.4.d da mesma Resolução, no que diz respeito à área temática especial “populações indígenas” (item VIII.4.c.6).

Resolve;

- Aprovar as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas.

I – Preâmbulo

A presente resolução procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. Reconhece ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem.

Estas normas incorporam, as diretrizes já previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e fundamenta-se nos principais documentos internacionais sobre direitos humanos da ONU, em particular a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da OIT- Organização Internacional do Trabalho - Concernente aos Povos Indígenas e Tribais, de 1989, da Constituição da República Federativa do Brasil (Título VIII, Capítulo VIII Dos Índios) e de toda a legislação nacional de amparo e respeito aos direitos dos povos indígenas enquanto sujeitos individuais e coletivos de pesquisa.

As pesquisas envolvendo comunidades ou indivíduos indígenas devem corresponder e atender às exigências éticas e científicas indicadas na Res. CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e suas complementares. Em especial deve-se atender também à Resolução CNS 292/99 sobre pesquisa com cooperação estrangeira, além de outras resoluções do CNS sobre ética em pesquisa, os Decretos 86715 de 10/12/81 e 96830, de 15/01/90 que regulamentam o visto temporário para estrangeiros.

II – Termos e Definições

A presente resolução adota no seu âmbito as seguintes definições:

1 - Povos Indígenas – povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas.

2 - Índio – quem se considera pertencente a uma comunidade indígena e é por ela reconhecido como membro.

3 - Índios Isolados – indivíduos ou grupos que evitam ou não estão em contato com a sociedade envolvente.

III - Aspectos Éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas.

As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade.

1 - Os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa, devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar , a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias.

2 - Qualquer pesquisa envolvendo a pessoa do índio ou a sua comunidade deve :

2.1 – Respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política;

2.2 - Não admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas;

2.3 - Não admitir situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social:

2.4 - Ter a concordância da comunidade alvo da pesquisa que pode ser obtida por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designarão o intermediário para o contato entre pesquisador e a comunidade. Em pesquisas na área de saúde deverá ser comunicado o Conselho Distrital;

2.5 - Garantir igualdade de consideração dos interesses envolvidos, levando em conta a vulnerabilidade do grupo em questão.

3 - Recomenda-se, preferencialmente, a não realização de pesquisas em comunidades de índios isolados. Em casos especiais devem ser apresentadas justificativas detalhadas.

4 – Será considerado eticamente inaceitável o patenteamento por outrem de produtos químicos e material biológico de qualquer natureza obtidos a partir de pesquisas com povos indígenas.

5 – A formação de bancos de DNA, de linhagens de células ou de quaisquer outros materiais biológicos relacionados aos povos indígenas, não é admitida sem a expressa concordância da comunidade envolvida, sem a apresentação detalhada da proposta no protocolo de pesquisa a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, e a formal aprovação do CEP e da CONEP;

6 – A não observância a qualquer um dos itens acima deverá ser comunicada ao CEP institucional e à CONEP do Conselho Nacional de Saúde, para as providências cabíveis.

IV- O protocolo da pesquisa

O protocolo a ser submetido à avaliação ética deverá atender ao item VI da Resolução 196/96, acrescentando-se:

1 - Compromisso de obtenção da anuência das comunidades envolvidas tal como previsto no item III § 2 desta norma, descrevendo-se o processo de obtenção da anuência.

2 – Descrição do processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE , assegurada a adequação às peculiaridades culturais e lingüísticas dos envolvidos.

V – Proteção :

1 - A realização da pesquisa poderá a qualquer tempo ser suspensa, obedecido o disposto no item III.3.z da Resolução 196/96, desde que:

1.1. seja solicitada a sua interrupção pela comunidade indígena em estudo;

1.2. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos e/ou qualquer tipo de mal estar

dentro da comunidade;

1.3. haja violação nas formas de organização e sobrevivência da comunidade indígena, relacionadas principalmente à vida dos sujeitos, aos recursos humanos, aos recursos fitogenéticos, ao conhecimento das propriedades do solo, do subsolo, da fauna e flora, às tradições orais e a todas as expressões artísticas daquela comunidade.

VI - Atribuições da CONEP

1 - Dentro das atribuições previstas no item VIII.4.c.6 da Resolução CNS 196/96, cabe à CONEP, após a aprovação do CEP institucional, apreciar as pesquisas enquadradas nessa área temática, ainda que simultaneamente enquadradas em outra.

2 - Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio(CISI), quando necessária consultoria, poderá ser solicitado pela CONEP.

3 - Os casos omissos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, serão resolvidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

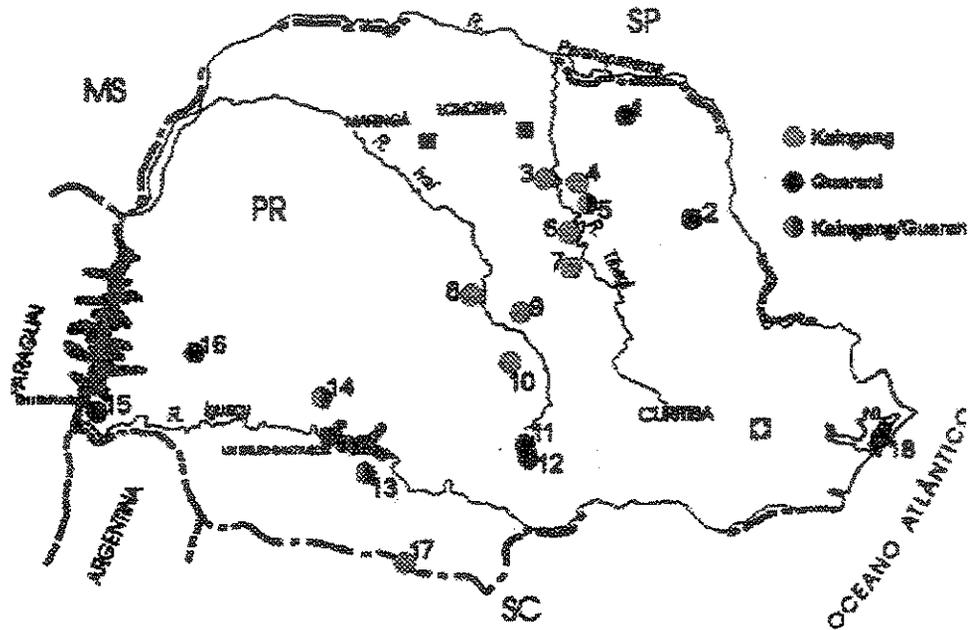
Homologo a Resolução CNS nº 304, de 10 de agosto de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ANEXO 2.2. AMOSTRA DA REDE DO ATENDIMENTO PÚBLICO DA SAÚDE INDÍGENA ATRAVÉS DO MODELO GEOGRÁFICO E DE OPERACIONALIZAÇÃO DSEI



Fonte: Atualização FUNASA / www.funasa.gov.br

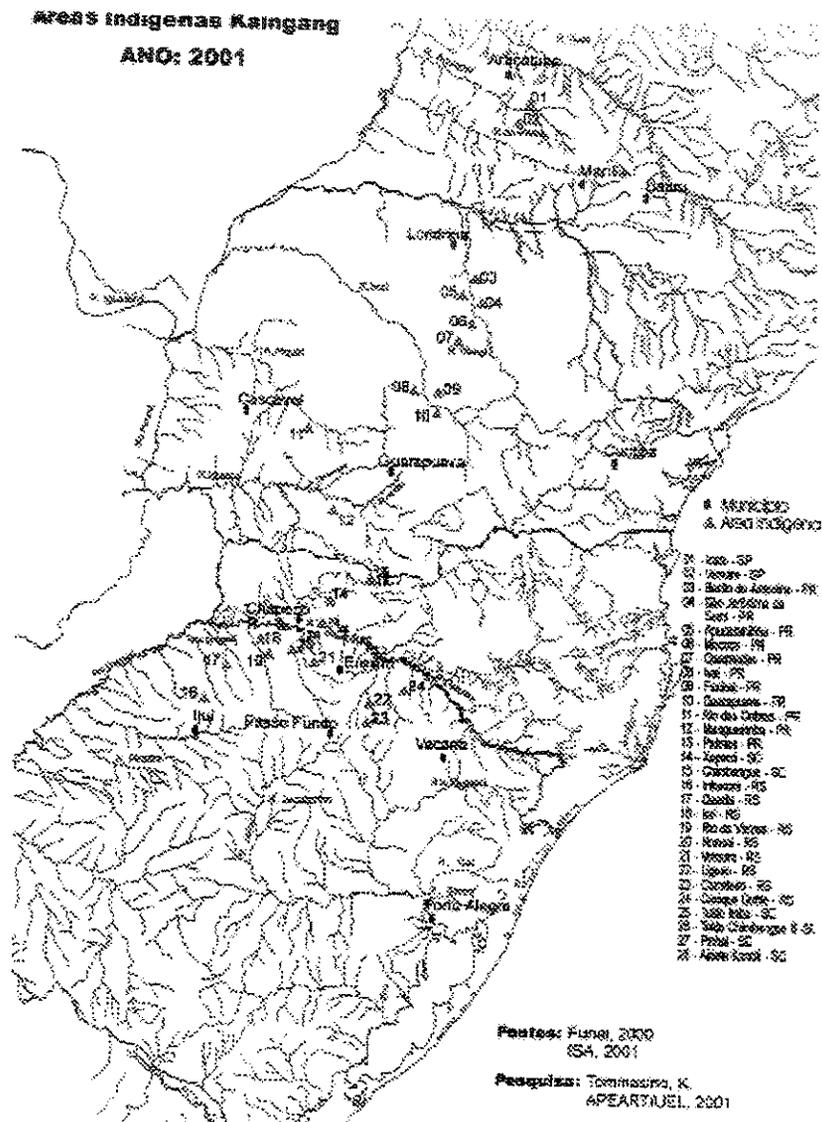
ANEXO 3.1. MAPA DOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS NO ESTADO DE PARANÁ



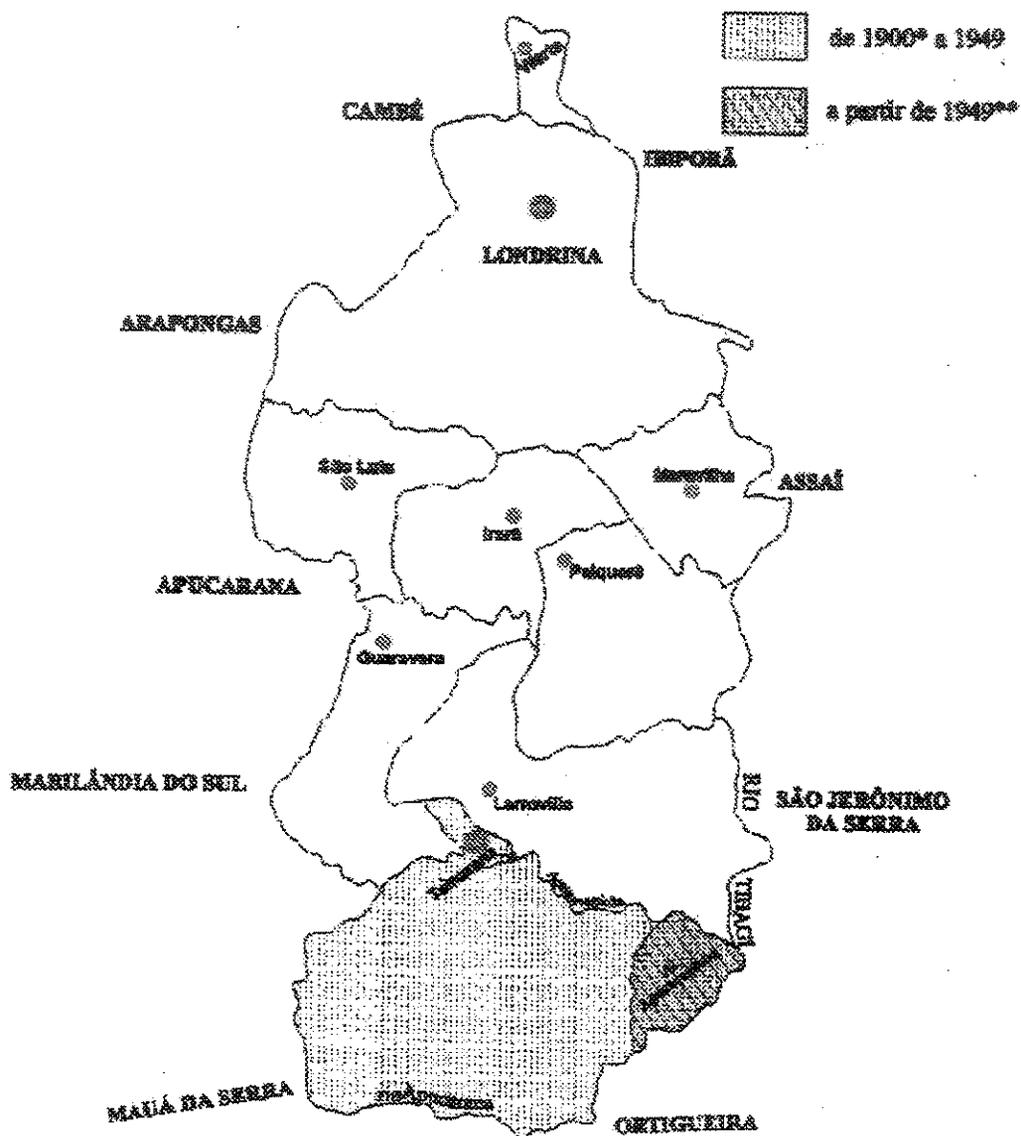
- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1 - A.I. Laranjeira | 10 - A.I. Marreco |
| 2 - A.I. Pinheirinho | 11 - A.I. Rio Assis |
| 3 - A.I. Apucarana | 12 - A.I. Rio Assis I e II |
| 4 - A.I. Barão de Arantina | 13 - A.I. Mangueirinha |
| 5 - A.I. São Jerônimo | 14 - A.I. Rio das Cobras |
| 6 - A.I. Mococa | 15 - A.I. Açu-Guarani (Coo) |
| 7 - A.I. Queimadas | 16 - A.I. Talcoira Acaábe |
| 8 - A.I. Mãe | 17 - A.I. Palmas |
| 9 - A.I. Foz de Iguazú | 18 - A.I. Ilha de Colinas |

Fonte: FUNAI- Guarapuava, PR. UEL, Tomassino 1998/99

ANEXO 3.2. MAPA DOS TERRITÓRIOS KAINGANÁN HOMOLOGADOS NO SUL BRASILEIRO



**ANEXO 3.3.- TERRITÓRIOS KAINGÁNG SOB JURISDIÇÃO DOS MUNICÍPIOS
LONDRINA TAMARANA**



* Território Kaingáng pelo Decreto 06/1900
** Redução de território pelo acordo de 1949

Fonte: UEL, APEART, Tomassino