

**SISTEMA DE SAÚDE INDIGENISTA E FORMAS DE CONTROLE SOCIAL NO POVO INDÍGENA *TENETEHARA* GUAJAJARA**

**INDIGENOUS HEALTH SYSTEM AND FORMS OF SOCIAL CONTROL IN THE INDIGENOUS PEOPLE *TENETEHARA* GUAJAJARA**

**SISTEMA DE SALUD INDIGENISTA Y FORMAS DE CONTROL SOCIAL EN EL PUEBLO INDÍGENA *TENETEHARA* GUAJAJARA**

**Diego Rodrigo Pereira**

Mestre em Educação e Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Professor do Departamento de Educação e Filosofia da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

[diegoantropologo@hotmail.com](mailto:diegoantropologo@hotmail.com)

**Recebido para avaliação em 09/01/2019; Aceito para publicação em 02/04/2019.**

**RESUMO**

Este artigo analisa o sistema de saúde indigenista e as formas de controle social no âmbito dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado ao povo indígena *Tenetebara* Guajajara. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou como procedimentos metodológicos as pesquisas bibliográfica e documental, e a coleta de dados em aldeias indígenas e instâncias de saúde indigenista, no Maranhão. Os resultados da pesquisa mostraram que a equipe multidisciplinar de saúde indígena não recebe capacitação específica para o atendimento médico oferecido aos *Tenetebara* Guajajara. A articulação entre os conhecimentos biomédicos e os saberes tradicionais dos povos indígenas não ocorre, como recomenda a política indigenista de saúde. No que se refere ao controle social das ações de saúde indigenista desenvolvidas pelo Estado, os *Tenetebara* Guajajara participam dos conselhos local e distrital, e organizam estratégias extraoficiais. Concluiu-se que, embora sejam registrados avanços no âmbito das ações de saúde indigenista desenvolvidas no Maranhão, algumas delas desconsideram as características étnicas dos *Tenetebara* Guajajara e diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

**Palavras-chave:** *Tenetebara* Guajajara; Saúde Indigenista; Controle Social.

**ABSTRACT**

This article analyzes the indigenous health system and the forms of social control within the scope of health services offered by the State to the *Tenetebara* Guajajara indigenous people. It is a qualitative study that used as methodological procedures bibliographical and documentary research, and the collection of data in indigenous villages and instances of indigenist health in Maranhão. The research results showed that the multidisciplinary indigenous health team does not receive specific training for the medical care offered to the *Tenetebara* Guajajara. The articulation between the biomedical knowledge and the traditional knowledge of indigenous people does not occur, as the Indian health politics recommends. Regarding the social control of the indigenist health actions developed by the State, the *Tenetebara* Guajajara participates in the local and district councils, and organize extra-official strategies. It was concluded that, although advances are registered in the scope of indigenist health actions developed in Maranhão, some of them disregard the ethnic characteristics of the *Tenetebara* Guajajara and guidelines established by the National Politics of Attention to the Health of the Indigenous People.

**Keywords:** Tenetehara Guajajara; Indigenist Health; Social Control.

### RESUMEN

Este artículo analiza el sistema de salud indigenista y las formas de control social en el ámbito de los servicios de salud ofrecidos por el Estado al pueblo indígena Tenetehara Guajajara. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizó como procedimientos metodológicos las investigaciones bibliográfica y documental, y la recolección de datos en aldeas indígenas e instancias de salud indigenista, en Maranhão. Los resultados de la investigación mostraron que el equipo multidisciplinario de salud indígena no recibe capacitación específica para la atención médica ofrecida a los Tenetehara Guajajara. La articulación entre los conocimientos biomédicos y los saberes tradicionales de los pueblos indígenas no ocurre, como recomienda la política indigenista de salud. En lo que se refiere al control social de las acciones de salud indigenista desarrolladas por el Estado, los Tenetehara Guajajara participan de los consejos locales y distritales, y organizan estrategias extraoficiales. Se concluyó que, aunque se registran avances en el ámbito de las acciones de salud indigenista desarrolladas en Maranhão, algunas de ellas desconsideran las características étnicas de los Tenetehara Guajajara y directrices establecidas por la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

**Palabras clave:** Tenetehara Guajajara; Salud Indigenista; Control Social.

---

### INTRODUÇÃO

Este artigo foi desenvolvido a partir dos resultados da pesquisa “Povos Indígenas e Política Indigenista de Saúde”, realizada na escola pública estadual Centro de Ensino Dr. João Bacelar Portela, que recebeu financiamento do Governo do Estado do Maranhão e a Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Inovação (SECTI), por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), através do Edital FAPEMA n.º 038/2015 – Geração Ciência. A pesquisa foi desenvolvida no período de setembro de 2016 a agosto de 2017, com a participação de um professor-coordenador e quatro estudantes.

Os resultados da referida pesquisa resultaram na produção de um artigo premiado como melhor trabalho do XI Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica Júnior, realizado pela Universidade do Vale do Paraíba, entre os dias 26 e 27 de outubro de 2017, na cidade de São José dos Campos-SP, e um artigo premiado em 3º Lugar na Categoria Pesquisador Júnior do Prêmio FAPEMA Sérgio Ferretti, em cerimônia de premiação realizada no dia 05 de dezembro de 2018.

Desse modo, a mencionada pesquisa é uma consequência do projeto que vem sendo desenvolvido desde o ano de 2012, estimulando a juventude no processo de produção do conhecimento científico e contribuindo para o processo de formação acadêmica dos estudantes das instituições públicas de Ensino Médio, seguindo as orientações éticas da pesquisa científica e dos editais públicos propostos pela FAPEMA.

Os povos indígenas contemporâneos possuem suas relações com o Estado brasileiro reguladas pela Constituição Federal de 1988. É importante citar que a referida Constituição foi a primeira a reconhecer a organização social, línguas, costumes, crenças e tradições indígenas e, também, a responsabilizar o Estado na construção de políticas públicas para inclusão dos povos indígenas no processo político brasileiro (BRASIL, 1988).

O Estado brasileiro, no que se refere às políticas públicas, criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com base nos direitos constitucionais que os índios hoje possuem, como instrumento essencial na implantação de uma política de saúde que respeite aos povos indígenas, assegurando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articuladas às concepções, valores e formas próprias de as comunidades indígenas vivenciarem a saúde e a doença.

A PNASPI foi criada através da Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 254 de 31 de janeiro de 2002, com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso a serviços de saúde com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito à sua própria cultura (BRASIL, 2002). Para o alcance dos objetivos da PNASPI, foram estabelecidas diretrizes para definição dos instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

No âmbito da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), gestora da saúde indigenista no Brasil durante a criação da PNASPI, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), para gerenciar o atendimento indigenista de saúde em cada estado. Além desse quadro, foi estabelecida uma estrutura de atendimento composta por postos de saúde nas aldeias, Polos Base, Casas de Saúde Indígena (CASAI) e hospitais da rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI.

No ano de 2010, através da Lei n.º 12.314/2010 e do Decreto n.º 7.336, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do MS, transferindo a coordenação e execução do processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena diretamente a este Ministério. A criação da SESAI foi fruto de uma longa reivindicação dos povos indígenas (PEREIRA; MORAIS, 2015) e foi construída a partir do diálogo entre o poder público e as comunidades indígenas.

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo analisar o sistema de saúde indigenista e as formas de controle social no âmbito dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado aos *Tenetehara* Guajajara. Buscou, então, identificar as estratégias específicas desenvolvidas no Maranhão, contribuindo para a produção de conhecimentos sobre o sistema de saúde indigenista e o controle social no estado.

Os *Tenetehara* Guajajara formam um dos povos indígenas mais numerosos do país, falam uma língua classificada na família linguística tupi-guarani e habitam mais de 10 Terras Indígenas (TI) localizadas na região central do estado do Maranhão. A história de contato com esse povo é marcada por aproximações, recusas, dominação, revoltas e massacres.

A agricultura de subsistência é a principal atividade econômica dos *Tenetehara* Guajajara. Na estação seca são realizadas queimadas, derrubadas e limpeza da terra de cultivo e nos demais períodos do ano são feitos o plantio e a capina. Com as limitações das TI, a caça tem se tornado uma prática pouco produtiva nos últimos anos. Atualmente, suas aldeias não possuem uma forma típica, podendo ser redondas, compridas ou quadrilateras, localizando-se, geralmente, na beira de rios, lagos e estradas (CAMARGOS, 2013)

A pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa, enfatizando as bases legais, nas quais se destaca a PNASPI, e as ações de saúde indigenista decorrentes do atendimento oferecido ao povo indígena *Tenetehara* Guajajara das aldeias Januária, Maçaranduba, Piçarra Preta e Tabocal, no município de Bom Jardim-MA. As referidas aldeias estão localizadas na TI Rio Pindaré, já homologada, que encontra-se a 260 km da capital São Luís, cortada pela BR-316 e abriga exclusivamente índios da etnia *Tenetehara* Guajajara.

Como procedimentos metodológicos foram realizadas as pesquisas bibliográfica e documental em livros, artigos de periódicos, anais de eventos científicos e documentos legais. A pesquisa empírica se deu através de entrevistas semiestruturadas com o Coordenador do DSEI/MA e com a Coordenadora do Polo Base de Santa Inês, que são profissionais que integram a equipe gestora da saúde indigenista no Maranhão, e um conselheiro indígena distrital da etnia *Tenetehara* Guajajara.

Após o levantamento bibliográfico, documental e de campo, ocorreram a sistematização, classificação, análise e interpretação dos dados coletados para que estes fossem filtrados e incorporados ao relatório final da investigação, o qual serviu de base para a produção deste artigo.

Ao focalizar a atual política indigenista de saúde nesse estudo, conhecendo a sua dinâmica de implementação através da análise do sistema de saúde indigenista e as formas de participação indígena no controle das ações da SESAI e demais unidades que formam a estrutura de atendimento no Maranhão, a investigação buscou compreender os principais problemas e avanços na oferta dos serviços de saúde indigenista, e na implementação da política indigenista de saúde brasileira.

## POVOS INDÍGENAS E O DIREITO À SAÚDE ESPECÍFICA E DIFERENCIADA

Os índios brasileiros formam uma diversidade de povos que lutam pela consolidação de um espaço privilegiado na história e vida que compreendem um país multicultural. Segundo Luciano (2006, p. 43), “cada povo indígena possui um modo próprio de organizar suas relações sociais, políticas e econômicas”. O que significa que toda essa organização está associada a uma concepção de mundo própria de cada povo indígena.

No campo da saúde, destacam-se as concepções indígenas de saúde e doença associadas às relações individuais e coletivas que se estabelecem com as demais pessoas e com a natureza, ou seja, a saúde indígena não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas, sim, dentro das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social e do exercício do poder (LUCIANO, 2006).

A cosmologia dos *Tenetehara* Guajajara é explicada na sua relação com o mundo sobrenatural em que todas as ações do indivíduo estão regidas pela vida espiritual e suas aldeias possuem um pajé que representa elevada confiança para fazer as curas (IVES, BARROS, NAKAYAMA, 2015). Dentro desse contexto cultural, as concepções de saúde, doença e cura dos *Tenetehara* Guajajara diferem dos princípios da sociedade ocidental. Seus rituais tradicionais e o xamanismo estão ligados a atividades de cura exclusivas, diferentes da assistência médica prestada aos povos indígenas por parte do Estado brasileiro, denominada de saúde indigenista.

Enquanto os profissionais da saúde, seguindo os pressupostos biomédicos, explicam as causas e as formas de tratamento para determinadas doenças, os povos indígenas, seguindo seus conhecimentos tradicionais, procuram o pajé, fazem uso de medicamentos fitoterápicos e, paralelamente a esse cuidado, tratam alguma transgressão cometida, como parte do processo de cura (ASSUNPÇÃO, 2017). De acordo com Pires, Neves e Fialho (2016), os povos indígenas possuem o direito de avaliar e escolher os tratamentos utilizados no processo de cura. Assim, mesmo com a estrutura e presença do sistema de saúde biomédico nas comunidades indígenas, os índios não são agentes passivos, devendo atuar conjuntamente ou mesmo fora do sistema oficial de cura.

Os povos indígenas do Brasil, após a Constituição Federal de 1988, através de muita luta, mobilização e pressão política, conquistaram a possibilidade de usufruírem dos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros ao mesmo tempo em que adotam os seus modos próprios de viver, de pensar, de ser e de fazer (LUCIANO, 2006). Com os novos preceitos constitucionais, assegurou-se aos povos indígenas brasileiros o direito à diferença, inclusive no tocante ao campo da saúde, pautada no respeito à diversidade de concepções de saúde, doença e práticas curativas próprias desses povos.

Nesse sentido, novas condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, passaram a ser desenhadas nas políticas públicas. Assim, a participação indígena na elaboração e execução de políticas públicas de seus interesses, foi aprovada a PNASPI com a tarefa de orientar a saúde indigenista no Brasil, contribuindo para a melhoria das condições de vida e saúde dos povos indígenas brasileiros, através de uma atenção à saúde de forma diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (BRASIL, 2002), num processo de articulação entre seus saberes tradicionais e os conhecimentos e práticas da biomedicina.

Dessa forma, a PNASPI representou a possibilidade de respeito aos saberes e práticas de cura próprios dos povos indígenas. Segundo Assumpção (2017), esse conhecimento tradicional está diretamente relacionado às construções histórico-sociais sobre saúde/doença/cura de cada povo indígena e precisam ser negociadas aos discursos, práticas e uso de medicamentos próprios da biomedicina.

## **IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE NO MARANHÃO**

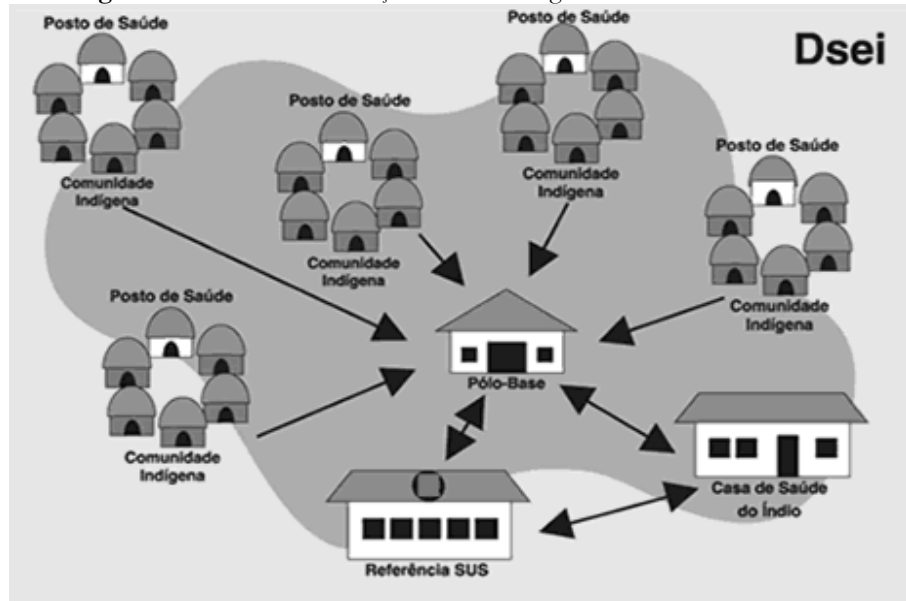
Considerando a criação da PNASPI, foram estabelecidas as diretrizes para o acesso à atenção integral e à saúde aos povos indígenas no País. Para orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002), foram estabelecidas as seguintes diretrizes:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social (BRASIL, 2002, p. 13).

Desse modo, dentre as diversas mudanças ocorridas em âmbito nacional é importante mencionar que a organização da saúde indigenista, em cada estado brasileiro, passou a ser formada com um novo modelo assistencial de saúde, conforme ilustração na Figura 1.



Figura 1 – Estrutura da Atenção à Saúde Indigenista nos estados do Brasil.



Fonte: Brasil (2002). Ministério da Saúde.

O DSEI é o órgão localizado em cada estado para administrar as atividades de assistência à saúde nas aldeias indígenas, cujos serviços são hierarquizados e articulados ao SUS (BRASIL, 2002). No Maranhão, o referido órgão funciona no antigo prédio da FUNASA, na capital São Luís.

Dentro da organização da saúde indigenista brasileira existem também os Polos Base, que são as unidades de referência para os pacientes indígenas que procuram atendimento nos municípios. Em Santa Inês-MA, existe um Polo Base responsável por coordenar os serviços que ocorrem em doze aldeias das etnias indígenas *Awá-Guajá* e *Tenetehara* Guajajara, distribuídas nos municípios maranhenses de Alto Alegre do Pindaré, Bom Jardim e São João do Carú. Entre as doze aldeias sob a responsabilidade do referido Polo, estão as aldeias Januária, Maçaranduba, Piçarra Preta e Tabocal, campo empírico de observação da investigação, e cujas populações estão distribuídas na Tabela 1:

Tabela 1 – População Indígena das Aldeias Pesquisadas.

Aldeia Indígena	Quantidade da População		
	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Januária	268	240	508
Maçaranduba	146	143	289
Piçarra Preta	100	111	211
Tabocal	87	75	162

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do DSEI-MA/SESAI/MS, 2017.

A população apresentada na tabela acima recebe os atendimentos iniciais nas suas próprias aldeias, por intermédio dos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde

indígena (EMSI). Nas aldeias também ocorre à distribuição de medicamentos e campanhas de vacinação. Quando entrevistada, a Coordenadora do Polo Base de Santa Inês relatou que: “o atendimento médico é promovido no posto de saúde, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e ainda na residência do paciente indígena”<sup>1</sup>. Com base nos dados da investigação, constatou-se que alguns postos foram construídos ou reformados recentemente. Segundo relatou o Coordenador do DSEI-MA, “as UBS existentes foram construídas a partir de uma parceria entre a empresa Vale que entrou com o recurso financeiro e o DSEI-MA com a mão de obra técnica”<sup>2</sup>.

Nas aldeias que não possuem postos de saúde ou UBS para o atendimento médico, os pacientes são encaminhados para as aldeias mais próximas ou atendidos em suas próprias residências. Os casos que não estiverem a esse alcance, são encaminhados ao Polo Base de Santa Inês que, além de realizar atendimentos médicos, gerencia o encaminhamento dos pacientes indígenas para a rede de serviços do SUS. Segundo a entrevista da Coordenadora do Polo Base de Santa Inês, “o deslocamento dos pacientes entre as aldeias e o Polo Base ocorre através de viaturas próprias da SESAI”<sup>3</sup>.

Considerando o planejamento das atividades do DSEI-MA, o Polo Base de Santa Inês compreende uma EMSI para atendimento no próprio polo e em doze aldeias, obedecendo à divisão apresentada na Tabela 2:

**Tabela 2** – Quadro Demonstrativo da EMSI do Polo Base de Santa Inês-MA.

Profissional	Polo base	Januária	Maçaranduba	Piçarra Preta	Tabocal
Médico	2	1	1	1	1
Enfermeiro	4	1	1	1	1
Técnico de Enfermagem	11	2	2	2	0
Dentista	2	1	1	1	1
Auxiliar de Saúde Bucal	2	1	1	1	1
Agente Indígena de Saúde	12	1	2	2	1
Agente Indígena de Saneamento	6	1	1	1	1

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados do DSEI-MA/SESAI/MS, 2017.

Na análise dos dados da Tabela 2, percebe-se uma quantidade de profissionais insuficiente para o atendimento apropriado, diante do número de aldeias a serem assistidas. De acordo com a entrevista da Coordenadora do Polo Base de Santa Inês, “os profissionais precisam se revezar em doze aldeias e, com isso, acabam oferecendo um atendimento precarizado”<sup>4</sup>. Com relação a esse cenário, Pereira e Morais (2015) revelam que, além dos profissionais dos polos base que integram o DSEI-MA serem insuficientes para o

<sup>1</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

<sup>2</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

<sup>3</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

<sup>4</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.



cumprimento das atividades previstas, alguns profissionais como antropólogos, educadores, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais nem sequer integram a estrutura profissional desse órgão.

Outro aspecto a ser considerado no estudo se refere à capacitação desses profissionais para articulação dos conhecimentos biomédicos aos saberes tradicionais dos povos indígenas, conforme recomenda a PNASPI. De acordo com a colocação do Coordenador do DSEI-MA, “os últimos cursos de capacitação profissional realizados pelo DSEI-MA foram somente sobre os aspectos da biomedicina”<sup>5</sup>. E, segundo a Coordenadora do Polo Base de Santa Inês, “os profissionais de saúde que chegam para desenvolver suas atividades apenas recebem informações básicas sobre as *Tenetehara* Guajajara”<sup>6</sup>. Decerto, a análise dessas entrevistas revela que não há um esforço por parte do DSEI-MA para que os profissionais de saúde sejam treinados dentro das especificidades indígenas, e somente os conhecimentos biomédicos são priorizados durante os cursos de capacitação profissional.

Os tratamentos de saúde, que não estão ao alcance dos atendimentos oferecidos nas aldeias e Polo Base investigados, são encaminhados para os hospitais de referência do SUS da cidade de Santa Inês ou para os hospitais de média e alta complexidade em São Luís-MA, Imperatriz-MA ou Teresina-PI. Para esses casos, são oferecidos serviços de apoio aos pacientes por meio da CASAI (BRASIL, 2002).

No âmbito dos hospitais de referência do SUS, os saberes indígenas também são subalternizados. Os médicos que atendem aos pacientes indígenas nos hospitais de média e alta complexidade não estão preparados para o atendimento específico desses povos. A respeito desse atendimento médico oferecido nas unidades do SUS, a atual política indigenista de saúde brasileira preconiza que:

[...] a melhora do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência pra eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (BRASIL, 2002, p. 17).

Entretanto, as unidades de saúde indigenista e os hospitais de referência do SUS não possuem profissionais preparados para atender grupos étnicos cujos saberes e práticas de saúde são distintas. A formação inicial desses profissionais não contemplou esses

<sup>5</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

<sup>6</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

conhecimentos e o Estado não faz esforços para capacitá-los quando os contrata para trabalhar com a realidade indígena.

Percebe-se que o princípio que norteia a implementação das diretrizes da política indigenista de saúde brasileira é o respeito às concepções, valores e práticas inerentes ao processo saúde-doença próprios de cada povo indígena, demandando a articulação dos saberes e práticas para obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002). Todavia, os serviços de saúde desenvolvidos diariamente para assistência dos povos indígenas não comunga desses pressupostos legais.

## **ARTICULAÇÃO DO SISTEMA BIOMÉDICO COM O SISTEMA TRADICIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE INDIGENISTA**

Conforme verificado, os dados da pesquisa evidenciam que não ocorre a articulação entre a biomedicina e os saberes tradicionais dos *Tenetehara* Guajajara. De acordo com o conselheiro indígena entrevistado, “apenas os parâmetros médicos são utilizados durante os atendimentos oferecidos nos hospitais de Santa Inês”<sup>7</sup>. Coelho (2008, p. 24) diante desta conjuntura afirma que, “a proposição das ações é sempre conduzida a partir de critérios burocráticos/técnicos, da lógica racional do Estado, ficando os critérios étnicos em segundo plano”.

Segundo Assumpção (2017), a chamada atenção diferenciada que é buscada nas ações de saúde oferecidas aos povos indígenas é permeada por dificuldades. Para a autora, o que existe na execução das políticas públicas de saúde indígena não é um compartilhamento de práticas de cura, mas, sim, intervenções biomédicas de um lado e o tratamento dos pajés, raízes etc. do outro, em processos que possuem multidimensões na busca pela almejada cura, mas que não se articulam.

Segundo Pires, Neves e Fialho (2016), o modelo de atenção diferenciada proposto pela PNASPI prevê que as ações básicas de saúde sejam oferecidas por equipes que incluam representantes da comunidade na condição de Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Entretanto, mesmo com a presença dos AIS nas aldeias investigadas, não se estabelece uma conexão entre os dois sistemas de saúde. Tais profissionais fazem somente atividades básicas no cotidiano dos postos de saúde das aldeias ou simplesmente ajudam na interlocução entre paciente indígena e profissional da saúde.

---

<sup>7</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

Dessa forma, os saberes tradicionais são subalternizados em relação aos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde, cuja formação inicial não contemplou os conhecimentos necessários para atuar na saúde indigenista e, além disso, poucos investimentos são realizados pela SESAI para aperfeiçoamento continuado desses profissionais.

Consoante Pires, Neves e Fialho (2016, p. 253), “a atual política de saúde declara que as práticas tradicionais de cura devem ser respeitadas e não substituídas pelos serviços biomédicos na atenção básica”. Para Teixeira (2017), os indígenas comungam que a mudança no cotidiano da saúde vem ocorrendo de forma lenta e muitas de suas reivindicações quando são atendidas não saem do papel para a realidade das aldeias. Conforme a autora, embora existam muitos avanços na política indigenista de saúde, a participação indígena oficial pouco tem contribuído para a melhoria das condições de saúde oferecida aos povos indígenas.

É fundamental ressaltar que, para cobrarem o aperfeiçoamento do atendimento de saúde oferecido, os *Tenetehara* Guajajara e os povos indígenas, de modo geral, devem participar de todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, através de expressões formais e informais (BRASIL, 2002).

Essa participação, aparentemente oficial, ocorre através do controle social na gestão da política indigenista de saúde. Destaca-se, de acordo com Correia (2000), que o conceito de controle social se refere à atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas para que atendam às demandas e aos interesses da coletividade, criando a perspectiva de controle realizado pela sociedade sobre as ações do Estado. No âmbito da saúde brasileira, esse controle social é exercido através dos conselhos de saúde.

Na saúde indigenista brasileira, a participação oficial ocorre especialmente com a organização dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. Como destaca o Coordenador do DSEI-MA, “os conselheiros são cadastrados junto ao órgão e dispõem de recurso financeiro para manutenção de suas atividades e ajuda de custo para participação em reuniões que ocorrem na capital”<sup>8</sup>.

O Conselho Local de Santa Inês contempla a participação de representantes indígenas do território de abrangência e as reuniões acontecem no próprio Polo Base. Semelhantemente, o Conselho Distrital do Maranhão, além de representantes de todas as etnias indígenas do estado, contempla a participação de gestores, profissionais de saúde e representantes de entidades governamentais e não governamentais. O Conselheiro indígena

---

<sup>8</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

entrevistado relatou que: “as reuniões dos conselhos não ocorrem com periodicidade e, ainda, apenas aspectos burocráticos são discutidos nas reuniões que acontecem”<sup>9</sup>.

Além dos referidos conselhos, o controle social também se dá pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências e Fóruns de discussão sobre a política indigenista de saúde brasileira (BRASIL, 2002).

A investigação revelou que esse modelo de controle social adotado pelo Estado brasileiro não abrange a concepção de participação dos povos indígenas. Compreende-se que a presença de apenas alguns representantes indígenas em conselhos não constitui uma prática indígena, e com isso também acontecem manifestações indígenas independentes dos mecanismos oficiais criados pelo Estado. Ademais, como já destacado no texto, tais mecanismos de participação não representam o atendimento das necessidades indígenas na sua completude.

Desse modo, com a redemocratização do país e a multiplicação dos movimentos sociais, emergiu o movimento indígena organizado em defesa dos direitos e interesses coletivos dos povos indígenas, entre eles, a saúde específica e diferenciada. Tal modelo de organização indígena, embora constitua uma apropriação do modelo de organização da sociedade ocidental, representa a mobilização e articulação dos povos indígenas para assegurarem seus direitos conquistados com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

No ponto de vista de Cruz (2007), os índios também utilizam outras estratégias de participação no âmbito da saúde indigenista, tais como: retenção de funcionários e de carros, bloqueios de rodovias e ferrovias, ocupação de prédios públicos e denúncias nos meios de comunicação. Percebe-se que são criados mecanismos de controle social à luz da organização própria dos povos indígenas, enfrentando o modelo burocrático de organização social e política da sociedade ocidental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou uma análise da implementação da política indigenista de saúde no Brasil, observando como os sistemas de saúde e as formas de controle social se desenvolvem durante as ações de saúde oferecidas aos povos indígenas do Maranhão, especialmente aos *Tenetehara* Guajajara. Além disso, também permitiu uma pesquisa de campo para uma obtenção de dados mais consistentes

---

<sup>9</sup> Informação verbal. Dados obtidos através da pesquisa realizada.

sobre as ações de gestão, serviços médicos e controle social no âmbito da saúde indigenista desenvolvida no estado.

Nota-se, a partir dos aspectos ponderados, a permanência de omissões, irregularidades e ineficiência na aplicabilidade das diretrizes da PNASPI. Ademais, o planejamento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas no Maranhão não contempla um modelo integrante e diferenciado, conforme estabelece a atual política indigenista de saúde brasileira. Do mesmo modo, suas diretrizes e as especificidades étnicas não são consideradas na sua totalidade durante as ações de gestão, controle social, prevenção e cura de várias doenças que afetam os povos indígenas do estado do Maranhão.

De maneira geral, constatou-se no âmbito do DSEI-MA que o revezamento, realizado pelos integrantes da EMSI, faz com que algumas aldeias fiquem desprovidas dos profissionais de saúde durante alguns dias. As capacitações continuadas, previstas na PNASPI, não ocorrem com frequência e nem tampouco de forma adequada. No Polo Base de Santa Inês, os profissionais de saúde que chegam para trabalhar nas aldeias *Tenetehara* Guajajara, não estão preparados para o atendimento das especificidades indígenas. Estes recebem apenas informações superficiais por parte dos profissionais com mais tempo de serviço, e não fazem qualquer articulação dos saberes médicos aos saberes tradicionais desses povos.

Os *Tenetehara* Guajajara das aldeias investigadas participam dos conselhos local e distrital organizados pelo DSEI-MA. Esses conselhos são os mecanismos oficiais de controle social da saúde indigenista brasileira e seguem a mesma lógica de organização dos demais conselhos indígenas distribuídos pelo país. Além disso, também foi evidenciado que os povos indígenas do estado do Maranhão criam formas de participação extraoficial, como manifestações, interdição de rodovias e ferrovias, retenção de funcionários, abaixo-assinados e denúncias ao Ministério Público Federal. Fica evidente, diante desses argumentos, que as formas de participação indígena não se resumem aos mecanismos oficiais previstos na PNASPI.

O quadro geral sobre a saúde indigenista no Maranhão ainda têm suas limitações, embora sejam registrados avanços que não podem ser ignorados. A construção dos postos de saúde e UBS nas aldeias tem evitado o deslocamento dos pacientes indígenas até os distantes hospitais. Ainda, as campanhas de vacinação, a distribuição de medicamentos e o atendimento primário, realizados nas próprias aldeias, têm minimizado o agravamento de algumas doenças.

Cada povo indígena é único e possui sua identidade pautada na própria língua, no território, nas crenças, costumes, história e organização política e social. A atual

Constituição brasileira reconhece aos índios o direito a essa diferença e recomenda praticar ações que assegurem todos os direitos sociais dentro das peculiaridades indígenas.

Concluiu-se que tais dificuldades e contradições são contornáveis, caso os problemas de natureza estrutural forem resolvidos e adotadas alternativas a serem implementadas na política indigenista de saúde, como a contratação de profissionais, oferta de capacitação específica, articulação dos saberes médicos aos saberes tradicionais dos povos indígenas e o respeito às formas de participação inerentes aos modos de organização peculiar desses povos.

## REFERÊNCIAS

ASSUMPTÃO, Karine. Quem previne e quem cura? As traduções negociadas entre profissionais de saúde não indígenas e indígenas no Médio Xingu. **Amazônica – Revista de Antropologia**, v. 9, n. 2, p. 678-698, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5670>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Aprovado pela portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Publicada no D.O.U. n.º 26 – Seção 1, p. 46 – 49, de 6 de fevereiro de 2002. 2. ed. Brasília: MS/FUNASA, março de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CAMARGOS, Quesler Fagundes. **Estruturas Causativas em Tenetehara: uma abordagem minimalista**. 2013. 187 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) – Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

COELHO, Elizabeth Maria Beserra. A Saúde e a Educação Indigenistas no Maranhão. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Estado Multicultural e Políticas Indigenistas**. São Luís: EDUFMA/CNPq, 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. Participação Indígena e Saúde Indigenista: os Tenetehar-Guajajara no DSEI-MA. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luís. **Anais eletrônicos...** São Luís: UFMA, 2007. p. 01-09. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoE/4c7579d41d283fde0886Katiane%20Ribeiro%20da%20Cruz.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

IVES, Neusani Oliveira; BARROS, Flávio Bezerra; NAKAYAMA, Luiza. Os velhos, as melhores referências: o etnoconhecimento como patrimônio cultural da comunidade indígena Tentehar (Maranhão, Brasil). **Revista Cocar**, Belém, v. 9, n. 18, p. 378-401,



jul./dez. 2015. Disponível em:  
<<https://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/view/718/540>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

PEREIRA, Diego Rodrigo; MORAIS, Rayssa de Sousa. Desafios a uma Saúde Indigenista Específica e Diferenciada no Maranhão. In: SOUZA FILHO, Carlos Frederico [et al.]. **Direitos Territoriais de Povos e Comunidades Tradicionais em Situação de Conflitos Socioambientais**. Brasília: IPDMS, 2015. p. 63-79.

PIRES, Maria Jaidene; NEVES, Rita de Cássia Maria; FIALHO, Vânia. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. **Revista Antropológicas**, ano 20, v. 27, n. 2, p. 240-262, 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaantropologicas/index.php/revista/article/view/682>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

TEIXEIRA, Carla Costa. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?. **Amazônica – Revista de Antropologia**, v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5672>>. Acesso em: 20 abr. 2019.