

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS DA AMAZÔNIA**

**“DO OLHAR AO CUIDAR: DESAFIOS NA ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA NA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE
MANAUS”**

ANDRÉA ARAÚJO RIBEIRO

MANAUS

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS DA AMAZÔNIA**

ANDRÉA ARAÚJO RIBEIRO

**“DO OLHAR AO CUIDAR: DESAFIOS NA ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA NA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE
MANAUS”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-Amazônia, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS
2008

Ficha Catalográfica
(Catalogação na fonte realizada pela Biblioteca Central – UFAM)

R484d	<p>Ribeiro, Andréa Araújo</p> <p>Do olhar ao cuidar: desafios na atenção à saúde indígena na casa de saúde do índio de Manaus / Andréa Araújo Ribeiro. - Manaus: UFAM, FIOCRUZ, UFPA 2008.</p> <p>107 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Pará, 2008.</p> <p>Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira</p> <p>1. Saúde indígena 2. Política indigenista 3. Práticas sanitárias I. Pereira, Maria Luiza Garnelo II. Universidade Federal do Amazonas III. Fundação Oswaldo Cruz IV. Universidade Federal do Pará V. Título</p> <p>CDU 614.79(=1.811-82)(043.3)</p>
-------	--

ANDRÉA ARAÚJO RIBEIRO

**“DO OLHAR AO CUIDAR: DESAFIOS NA ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA NA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE
MANAUS”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-Amazônia, para obtenção do título de mestre.

Aprovado em 31 de março de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira, Presidente
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-Amazônia

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira, Membro
Departamento de Antropologia/Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima, Membro
Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Ao meu **Pai**, minha **Mãe**, minha filha **Lais**,
meu **Irmão**, minhas **Avós**, meus **Familiares**,
meu companheiro-amigo **Adriano**, aos
amigos **Sateré-Mawé do Rio Marau-Maués/AM**,
a todos meus **Amigos** pelo apoio e carinho
proporcionado durante esta fase de trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos recebidas e suporte nos momentos difíceis;
A minha orientadora Luiza Garnelo pelo incentivo constante;
A minha filha Laís por ter sido uma parceira muito compreensiva e carinhosa durante esta jornada;
Aos meus pais, irmão, avós, familiares pelo apoio e compreensão nos momentos em que estive distante;
Ao meu companheiro-amigo Adriano por todo o apoio, carinho e atenção;
Aos amigos do ISAT por todo o apoio e afeto recebidos;
Aos amigos Sateré-Mawé de Maués por me ensinarem *valores* que não conhecia;
A Erica e Ana Cláudia pelo suporte nos momentos difíceis;
A Evelyne pelo seu carinho, colaboração e atenção;
A Raquel pela escuta, suporte e afeto recebidos;
A todos os meus amigos pelo apoio nos momentos difíceis;
A Fundação Nacional de Saúde – Coordenação Regional do Amazonas por ter viabilizado a realização desta pesquisa;
Aos profissionais de saúde da CASAI de Manaus que compartilharam suas experiências comigo;
A Daniela Martine, Isomaria Braga e Giovana Batista – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/SEMSA pelo apoio, colaboração e compreensão;
Aos professores do programa de mestrado pelas contribuições na minha formação pessoal e profissional;
Aos colegas de turma pelos momentos de convivência e trocas mútuas;
A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho visou analisar as práticas discursivas dos profissionais de saúde da Casa de Saúde do Índio de Manaus – CASAI de Manaus – e os sentidos atribuídos, por eles, sobre os indígenas assistidos na instituição; viabilizando, assim, a compreensão da implicação desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas. Na época da pesquisa, foram analisadas notícias veiculadas em um jornal de grande circulação no Amazonas sobre a instituição responsável pela saúde indígena – a FUNASA, visando contextualizar os sentidos atribuídos pela sociedade brasileira em relação a FUNASA e a implicação destes sentidos nas políticas públicas de saúde indígena. A pesquisa foi desenvolvida a partir da abordagem da pesquisa qualitativa, subsidiada pelo método etnográfico e utilização das técnicas da observação direta, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. A análise foi consubstanciada pelas teorias da semiologia dos discursos e antropologia social a partir do enfoque da política indigenista tutelar brasileira. O estudo concluiu que o perfil de atuação dos profissionais de saúde da CASAI é subsidiado pelo ação civilizatória do Estado brasileiro, que tem como propósito auxiliar o índio a ‘evoluir’ a se tornar ‘civilizado’; negando, assim, a autonomia política dos indígenas submetidos a assistência em saúde nesta instituição. Em relação aos *textos* postos em circulação na mídia, constatou-se que estes se configuraram em denúncias e exposição das dificuldades de viabilização de políticas e ações mais adequadas e sérias por parte da FUNASA em relações aos indígenas. O desenvolvimento desta pesquisa viabilizou o entendimento/contextualização das práticas de atenção em saúde realizadas na CASAI de Manaus e do cenário das políticas de saúde indígena no Brasil. A partir deste trabalho, visamos proporcionar reflexões para a operacionalização de melhorias no cenário da assistência em saúde aos povos indígenas no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Política Indigenista. Discurso. Texto

ABSTRACT

This article has as its goal to analyze the discourse practices of the healthcare professional of the Casa de Saúde do Índio – CASAI, in Manaus, and the meaning assigned by them on the Indians who are assisted in the institution, thus, enabling the implication of such meaning in the sanitation practices developed thereat. At the time of the research work, news published in a widely read newspaper in the State of Amazonas, on the institution responsible for the Indian health – FUNASA, aiming at contextualizing the meaning assigned by the Brazilian society regarding FUNASA and the implication of such meaning in the Indian healthcare public policies. The research work was developed grounded on the qualitative research approach, subsidized by the ethnographic method and the use of the direct observational techniques, semi-structured interviews and document analysis. The analysis was consubstantiated by the discourse semiology and social anthropology theories from the standpoint of the ideology of the Brazilian tutelage Indigenist policy. The study concluded that the profile of the performance of the professions who work in the CASAI is subsidized by the Brazilian State civilizational action that has as its goal to assist the Indian towards ‘evolving’ and becoming ‘civilized’, by negating, thus the political autonomy of the Indians who are submitted to healthcare assistance in this institution. With respect to the texts placed in circulation by the media, it was verified that these are related to denunciations and exposure of the difficulties in the implementation of more serious and adequate policies and actions on the part of FUNASA in matters related to the Indians. The development of this research work has enabled the understanding/contextualization of healthcare practices carried out in CASAI in Manaus and of the scenario of the Indian healthcare policies in Brazil. This work aimed at providing reflections as to the performance of improvements in the scenario related to the healthcare of the Indigenous people within the Brazilian context.

Keywords: Indian healthcare, Indigenist Policy, Discourse, Text.

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
1.1 Os índios e a sociedade nacional.....	20
1.2 Contextualização da Política de Saúde Indígena no Brasil.....	22
1.2.1 Os índios e a saúde no Brasil.....	22
1.2.2 Povos indígenas e a tutela.....	26
1.2.3 Práticas sanitárias e a saúde indígena.....	27
1.3 Reflexões sobre os enfoques da teoria das representações sociais e semiologia dos discursos sociais.....	31
1.4 A teoria da comunicação social e o contexto da pesquisa.....	35
1.5 Pesquisa qualitativa em serviços de saúde.....	36
2. METODOLOGIA	37
2.1 Contextualização da pesquisa.....	37
2.2 Técnicas e eixos da pesquisa.....	37
2.2.1 Observação direta.....	37
2.2.2 Entrevista semi-estruturada.....	38
2.2.3 Análise documental.....	39
2.3 Organização de dados.....	40
2.4 Análise, interpretação e síntese de dados.....	40
2.4.1 Considerações éticas.....	41
3. ARTIGOS	42
3.1 Artigo 1	42
3.2 Artigo 2	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

APÊNDICES	100
APÊNDICE A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	101
APÊNDICE B – Documento Requisitando Autorização da Instituição para a Realização da Pesquisa Encaminhado ao Coordenador da FUNASA/Amazonas.....	102
APÊNDICE C – Documento Requisitando Autorização da Instituição para a Realização da Pesquisa Encaminhado ao Administrador da FUNASA/Amazonas.....	103
APÊNDICE D – Termo para Autorização da Realização da Pesquisa.....	104
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista.....	106
APÊNDICE G – Roteiro de Observação	107

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu de inquietações e questionamentos relacionados à minha experiência profissional como psicóloga no município de Maués, interior do Amazonas. A partir da realização de intervenções psicossociais individuais e em grupos, nas zonas urbana, rural e área indígena, pude estabelecer vínculos com membros das comunidades Sateré-Mawé do rio Marau; eram freqüentes as visitas amistosas à casa em que eu residia. Nos três últimos meses morando e trabalhando em Maués (setembro a novembro de 2003), participei de uma atividade de saúde indígena. Tal trabalho, viabilizado pela parceria entre Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Prefeitura Municipal de Maués, era denominado Projeto de Sistemas de Abastecimento de Água em Áreas Indígenas – Reserva Indígena do Marau; ele me aproximou ainda mais da realidade da etnia Sateré-Mawé. Por meio dele tive oportunidade de passar horas observando na Casa de Saúde do Índio de Maués – CASAI de Maués – cujas condições precárias de higiene me incomodavam. Questionava-me: *Como os indígenas poderiam receber cuidados de saúde em condições tão insalubres?*

Os pacientes e acompanhantes indígenas ficavam amontoados em um mesmo espaço físico – no salão ou em um “*anexo*” (estrutura de madeira com cobertura de lona), construído a partir da demandas de atendimentos. Apesar de todos fazerem parte da mesma etnia – Sateré-Mawé – desconsiderava-se suas especificidades culturais. Todos os indígenas eram tratados da mesma forma, sem respeito às suas peculiaridades. Os profissionais que os atendiam reclamavam muitas vezes de seus hábitos não higiênicos e de não obedecerem às prescrições médicas.

Comparando o período de observação na CASAI de Maués com a realização do trabalho na área do Marau, percebi que adotava uma postura etnocêntrica nas “palestras” sobre práticas de higiene, cuidados em saúde, manutenção adequada dos poços etc., impondo minha cultura e deixando de respeitar as peculiaridades da cultura Sateré-Mawé.

Depois dessa experiência, inscrevi-me no curso de Especialização em Saúde Mental da FIOCRUZ-Amazônia; realizei como trabalho de conclusão desse curso, em 2004, o projeto “**Novos Paradigmas na Atenção à Saúde Mental: Enfocando a Dimensão Subjetiva do Sofrimento na CASAI-Manaus**”, sob orientação da Profa. MSc. Ermelinda Salem. Este projeto visava obter uma *escuta sistemática* para atendimento aos indígenas assistidos na Casa de Saúde do Índio de Manaus – CASAI de Manaus. Ele se dirigia aos indígenas que estavam vivenciando a *experiência-sofrimento* por estarem afastados de seus lares, familiares e

atividades cotidianas; diante da experiência da doença e na incursão do tratamento biomédico com suas rotinas terapêuticas específicas; de ter que se submeter às normas da CASAI enquanto espaço institucional público; frente à convivência com outras etnias e modos cotidianos de vida diferentes de seus hábitos originais. Esta proposta foi fundamentada no referencial teórico-técnico do psicodrama, segundo Jacob Levi Moreno e nos princípios norteadores da reforma psiquiátrica.

A freqüente presença na CASAI de Manaus, possibilitada pelo projeto mencionado, permitiu perceber que o discurso e o olhar dos profissionais de saúde da referida instituição se aproximavam da postura etnocêntrica que eu havia adotado anteriormente, ao desenvolver o trabalho com os Sateré-Mawé. Passei, então, a fazer o seguinte questionamento: “*Quais são as representações sociais dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus a respeito dos pacientes indígenas?*”; este questionamento se configurou em um projeto de pesquisa apresentado como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Antropologia da Saúde da FIOCRUZ-Amazônia, em 2005, intitulado “**Tornando o Não-familiar em Familiar: as Representações Sociais dos Profissionais de Saúde da CASAI de Manaus sobre o Paciente Indígena**”, trabalho orientado pela Profa. Dra. Evelyne Marie Therese Mainbourg, cuja proposta era de compreender as representações sociais dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus a respeito dos pacientes indígenas assistidos nesta instituição.

Estas experiências pessoais, profissionais e acadêmicas me mobilizaram a participar da seleção do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/UFPA/Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/FIOCRUZ-Amazônia, sendo aprovada em 2005. Após as disciplinas cursadas, atividades desenvolvidas no curso e supervisões e orientações da Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira, surgiu esta proposta de trabalho; configurando-se, aqui, como trabalho de conclusão do curso de Mestrado, originado a partir das seguintes *questões-problema*:

- **Qual (-ais) a(s) representação(-ções) dos profissionais de saúde que atuam na CASAI de Manaus em relação aos indígenas assistidos nessa instituição?**
- **A(s) representação (-ções) dos profissionais de saúde interfere (m) nas práticas em saúde oferecidas aos indígenas alojados na instituição?**
- **As práticas sanitárias na CASAI de Manaus atendem às especificidades culturais e étnicas dos indígenas atendidos na instituição?**

A partir destes questionamentos, inicialmente, nossa proposta era de analisar a organização dos serviços de saúde da CASAI de Manaus, tomando como eixo de análise a compreensão das representações sociais e práticas sanitárias dos profissionais de saúde sobre os indígenas assistidos na referida instituição.

Porém, a partir de nossas vivências em fase de campo e com supervisões da orientadora da pesquisa, evidenciou-se a necessidade de ampliarmos nosso embasamento teórico para analisarmos o contexto estudado. Se antes ele estava subsidiado pela teoria das representações sociais, depois ele foi ampliado pelas teorias da semiologia dos discursos, a partir do enfoque das práticas discursivas e da produção de sentidos (Araújo, 1995, 1997, 1998, 2002) e da antropologia social, através dos trabalhos de Souza Lima (1987, 1995, 1998, 2005), Oliveira (1988, 1998) e Ferreira (2007) relacionados à política indigenista tutelar brasileira.

O *objetivo geral* da pesquisa foi então reestruturado para:

- Analisar as práticas discursivas dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus e os sentidos atribuídos, por eles, sobre os indígenas assistidos na instituição; viabilizando, assim, a compreensão da implicação desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas.

A partir do objetivo geral, propusemos os seguintes *objetivos específicos*:

- Identificar os sentidos atribuídos aos indígenas assistidos na CASAI de Manaus a partir das práticas discursivas dos profissionais de saúde da instituição;
- Compreender e contextualizar a implicação desses sentidos nas práticas sanitárias desenvolvidas na CASAI de Manaus;
- Identificar as vozes presentes no cenário da saúde indígena e as implicações da rede de interações estabelecidas entre elas, particularmente no campo midiático, na efetivação das políticas de saúde indígena no Amazonas;
- Investigar potenciais articulações entre os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde da CASAI de Manaus sobre trabalho assistencial da FUNASA, no campo da saúde indígena, com os sentidos presentes nas matérias que circularam na mídia, no período analisado, sobre o mesmo tema;
- Analisar a implicação desses sentidos sobre as políticas públicas de saúde indígena.

Em relação às *questões norteadoras* da pesquisa, destacamos:

- Como se configuram e contextualizam os sentidos produzidos nas práticas discursivas dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus acerca dos indígenas assistidos na instituição, bem como suas implicações nas práticas sanitárias ali desenvolvidas?
- Quais os sentidos produzidos e veiculados pela mídia a respeito da instituição responsável pela saúde indígena (FUNASA) e suas implicações no cenário das políticas públicas de saúde indígena no Brasil?

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), de acordo com a Resolução CNS 196/96, em 23/02/2006.

Para viabilizar a entrada em campo a pesquisadora teve que obter, também, a anuência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/Coordenação Regional do Amazonas (CORE-AM). Tal tarefa implicou num penoso, lento e burocrático trâmite. A solicitação foi enviada à FUNASA em 08/11/06; sem obter resposta reforçamos o pedido em 01/12/06. Após cinco meses de negociações que envolveram a pesquisadora, a orientadora, uma rede de contatos com entidades terceirizadas, funcionários e gerentes do órgão, somente em abril do ano seguinte a FUNASA acenou com a possibilidade de autorizar o acesso da pesquisadora na CASAI. Entretanto, os dirigentes do órgão condicionaram a autorização de pesquisa à assinatura, pela pesquisadora, de um “*termo de responsabilização*” que prejudicava todo o processo de pesquisa. Como exemplo, citamos a proibição de gravar ou fotografar qualquer depoimento ou rotina observada na CASAI e a proibição de qualquer contato entre a pesquisadora e os profissionais da CASAI sem a supervisão de um funcionário da FUNASA.

Em função disso, efetuou-se nova rodada de negociações, até a obtenção de condições um pouco mais favoráveis à realização da coleta de dados (ver Apêndice D). Apesar de todo o esforço em negociar, a versão final do documento ainda continha sérias restrições ao trabalho acadêmico, na medida em que obrigava a pesquisadora a comunicar previamente à FUNASA, sob pena de responsabilização judicial, quaisquer resultados de sua pesquisa, antes que esses fossem publicados. Sem opção a pesquisadora concordou em assinar o documento estipulado pela FUNASA, pois a entrada em campo havia sido atrasada por vários meses e já não havia tempo hábil para a reorientação da dissertação para outro objeto de pesquisa. A análise do documento imposto à pesquisadora revela a face mais crua do indigenismo tutelar, exercido, não apenas sobre os indígenas, mas também sobre àqueles que adentram a esse campo de intervenção estatal.

Entretanto, as dificuldades para entrar em campo foram apenas o prenúncio do verdadeiro pesadelo instituído em torno da coleta de dados. Ao adentrar ao espaço da CASAI a pesquisadora constatou que embora a dureza de condições instituída na primeira versão do termo de responsabilização tivesse sido amenizada no teor da segunda versão do documento, na prática de campo ela se instituiu de modo ainda mais incisivo.

Na CASAI a pesquisadora encontrou uma prestadora de serviços, expressamente designada pelos gerentes da FUNASA para, literalmente, acompanhar seus passos. A cada vez que ia a CASAI a pesquisadora era seguida de perto por esta profissional, desde o momento em que estacionasse seu carro no pátio, até a hora em que se retirasse do estabelecimento; os horários de pesquisa também foram restringidos, limitando-se aos períodos de permanência daquela profissional. A pesquisadora foi proibida de adentrar a CASAI em horários distintos daqueles estabelecidos pela referida prestadora de serviços da FUNASA. Além disso, essa última entendia que a pesquisa a ser feita era equivalente à coleta de entrevistas.

Assim sendo, apesar dos protestos da pesquisadora, a prestadora de serviços da FUNASA instituiu dias e horários e definiu um local (a sala de trabalho da mesma) onde tais entrevistas pudessem ser realizadas. A cada entrevista esta buscava estratégias de permanecer nas proximidades, aparentemente visando ouvir os depoimentos. Tentou igualmente intervir na seleção dos entrevistados, havendo fortes indícios de que obstaculizasse o acesso da pesquisadora a certos prestadores de serviços que não houvessem passado no seu crivo. Em certo momento da pesquisa a prestadora de serviços da FUNASA chegou a oferecer um contrato de trabalho à pesquisadora, entendido por esta como uma forma de *testá-la* sobre seus *reais interesses* para com a pesquisa e a instituição.

Gradativamente, as táticas de cooptação foram então substituídas pela recusa em atender ao telefone, ou outras justificativas usadas para impedir o agendamento de novos dias de visitas à CASAI; horas de espera em ante-salas foram gastas, buscando autorização, finalmente negada, para observar as rotinas de atendimento dos pacientes, ou outras práticas profissionais ali desenvolvidas.

As condições encontradas no campo redundaram em grandes limitações ao desenho inicial da pesquisa, gerando a necessidade de buscar estratégias que permitissem o aproveitamento do material penosamente colhido em campo. Ainda assim, a etnografia dos cuidados, inicialmente projetada como carro-chefe da pesquisa, foi deslocada para uma posição secundária na investigação, devido à insuficiência de dados de observação das rotinas do serviço, inviabilizada pela severa marcação feita por prestadores de serviços da FUNASA. Nesse contexto, o material das entrevistas mostrou-se mais promissor, particularmente, depois

que a pesquisadora teve sucesso em instituir seus próprios termos para a definição de informantes, possibilitando a coleta de informações mais francas e espontâneas junto aos entrevistados.

A surda guerra de nervos instituída, sempre de modo não-verbal, em torno da pesquisadora fez que essa experimentasse *na pele* a violência que a instituição total pode impor àqueles a ela submetidos. O contexto hostil e persecutório encontrado no campo gerou um clima aterrorizante, de sufocação e desgaste físico e emocional da pesquisadora. Nesse período seus sentimentos predominantes foram e incapacidade, de impotência e de privação absoluta de direitos. O clima persecutório fazia com que a pesquisadora se sentisse vigiada, controlada e conduzida, com violência sutil, a situações não desejadas, durante o período de permanência nas dependências da CASAI. Particularmente irritante foi o boicote, nunca feito às claras, ao desenvolvimento das atividades propostas pela pesquisadora. Mesmo as datas e horários, previamente estabelecidos pela FUNASA eram desrespeitados por razões fúteis. As tentativas de contornar ou burlar os absurdos limites impostos foram pouco produtivas, frente à onipresença de “olheiros” designados para inviabilizar o acesso da pesquisadora a espaços não controlados da instituição, no melhor estilo “... a FUNAI que sabe” (BAINES, 1992).

As características do campo foram de encontro ao modelo de *instituição total*, na qual “(...) todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários [assim como] toda a seqüência de atividades [é] imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas (...)” (GOFFMAN, 2003, p.18). No seu estudo sobre manicômios, este autor tece uma consideração que se aproximou da experiência vivenciada pela pesquisadora na CASAI:

(...) as instituições totais perturbam (...) as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator, que [este] tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões ‘adultas’, com autonomia e liberdade de ação. A impossibilidade de manter esse tipo de competência executiva adulta, (...) pode provocar no internado o horror de sentir-se radicalmente rebaixado no sistema de graduação de idade (GOFFMAN, 2003, p.46).

Após longas (e penosas) sessões de discussão sobre como reestruturar a pesquisa, optou-se por enveredar pela análise da produção discursiva dos profissionais e por buscar, no contexto político mais amplo, explicações que dessem inteligibilidade ao comportamento persecutório instituído na CASAI. Daí surgiu a idéia de analisar, também, as notícias dos jornais que deram origem ao segundo artigo da dissertação. Trata-se de um conjunto de acusações e contra-acusações de corrupção e desvio de recursos, que redundaram, poucos meses após o encerramento do trabalho de campo, no indiciamento de dirigentes da FUNASA no Amazonas, pela Polícia Federal. O episódio que culminou no afastamento destes

servidores dos cargos que exerciam no órgão. Tornou-se, então, mais inteligível a adoção das intrincadas medidas de cerceamento da investigação; tais eventos nos levaram a entendê-lo como produto da reação de pessoas que, sentindo-se ameaçadas, desejavam evitar a exposição pública das mazelas institucionais, passíveis de serem explicitadas por uma pesquisa acadêmica.

O trabalho de campo foi desenvolvido na CASAI de Manaus, no período de 23/04/2007 a 05/06/2007, tendo como informantes os profissionais de saúde que atuam na referida instituição. O estudo foi embasado nos preceitos da pesquisa qualitativa. O método utilizado foi o etnográfico. As técnicas que subsidiaram a pesquisa foram a observação direta das rotinas da instituição, entrevistas semi-estruturadas e análise documental.

A CASAI de Manaus recebe pacientes dos estados do Amazonas, Acre, Roraima e Rondônia; recebe e aloja pacientes indígenas e seus acompanhantes encaminhados pelas aldeias e/ou pólos-base quando não há mais possibilidade de realização de diagnósticos precisos e tratamento específico a nível local; faz a referência de pacientes indígenas para atendimento na rede do SUS. O setor de enfermagem acompanha em consultas, exames, internações e faz o traslado de pacientes em estado de saúde grave. Na instituição, há acompanhamento nutricional por nutricionista e técnico em nutrição. O setor de serviço social realiza acompanhamento de indígenas internados e os auxilia em procedimentos bancários e na expedição de documentos; viabiliza, também, enxovais para gestantes e puérperas, bem como roupas e materiais de higiene para pacientes alojados e em internação; intermedia a marcação de consultas e realização de exames e internações.

O setor de psicologia realiza acompanhamento psicológico a pacientes internados e seus respectivos acompanhantes; emite laudos e realiza perícias técnicas sobre o comportamento dos indígenas, encaminhando estes documentos à Gerência de Enfermagem e Chefia da CASAI. As farmacêuticas controlam a dispensação de medicamentos, tarefa auxiliada por uma técnica de enfermagem. Os deslocamentos dos indígenas e de funcionários da CASAI são de responsabilidade do setor de transportes.

A instituição possui uma estrutura física composta de uma portaria; um prédio, da antiga estrutura física da instituição, reestruturado, em maio de 2007, no qual foi implantada uma *brinquedoteca* (vinculada ao serviço de psicologia) visando atender às crianças indígenas assistidas na instituição. Há outros 2 blocos que, também, faziam parte da antiga estrutura física, em um deles funciona o serviço social, o setor de recepção, de transportes, o serviço de atendimento e arquivamento médico (SAME), agendamento de consultas, o almoxarifado/dispensa. Em outro bloco, adjacente ao anterior, funciona a administração, a

farmácia, os consultórios de psicologia, de odontologia e há uma sala para a enfermeira responsável pelo agendamento de consultas. No corredor deste prédio, encontra-se o serviço de radiofonia – meio de comunicação utilizado para informar sobre encaminhamentos, retornos, situação de pacientes etc. entre os DSEIs e a CASAI. Neste local, são, também, expostos murais que informam sobre as atividades desenvolvidas na instituição (compostos por fotos, mensagens, informativos, regimentos internos, legislação da FUNASA etc.).

A enfermaria está localizada em um bloco, recentemente reformado, em frente ao bloco anteriormente descrito; possui 32 leitos; antes da reforma, realizada em 2007, ela possuía apenas 12 leitos. A estrutura de atendimento comporta enfermarias masculina e feminina; isolamento e alojamento para crianças recém-nascidas e bebês; a CASAI pesquisada não dispõe ainda, de uma enfermaria pediátrica. Neste local funcionam, ainda, o posto e a gerência de enfermagem. Cumpre destacar que as dependências destes locais estavam em condições de higiene adequadas, diferente do cenário que a pesquisadora vivenciou no período de 2003-2005 (realizando outras atividades acadêmicas e visitando amigos Sateré-Mawé alojados nesta instituição). Na CASAI de Manaus, não há atendimentos médicos, conforme previsto na legislação.

Em outro prédio, mais ao fundo, ficam alojados os pacientes residentes – pacientes com doenças crônicas, tais como câncer, hemofilia, insuficiência renal e transtorno psiquiátrico, bem como seus acompanhantes – tais pessoas têm a internação alongada devido ao prolongado tratamento a que se submetem. Existem outros alojamentos – as “ocas” – destinados aos indígenas cujas doenças são consideradas menos graves (aguardando consulta e/ou exames) e seus acompanhantes. Há indígenas que moram na instituição, tendo em vista a necessidade dos cuidados específicos demandados pelas patologias e, também, há casos de indígenas que não desejaram mais retornar às suas comunidades e se apropriaram das *ocas* das dependências da instituição. Destacamos que, em todas as áreas de alojamento dos indígenas são instalados banheiros e lavanderia.

Na área em que está instalada a cozinha, há um refeitório e uma área para realização de assados (alguns indígenas assam peixe neste local). Aos fundos da CASAI, existe um igarapé¹, no qual alguns indígenas lavam suas roupas, tomam banho e pescam e uma área em que os indígenas utilizam para jogar futebol.

¹ Pequeno rio.

No período de realização da pesquisa de campo, havia um total de 285 indígenas alojados, sendo que cerca de 170 eram pacientes e 115 eram acompanhantes. Do total de internados, 11 eram *residentes*, sendo que 6 eram pacientes em tratamento de doenças crônicas e 5 eram seus acompanhantes; apenas o paciente psiquiátrico não possuía acompanhante. A força de trabalho da CASAI de Manaus era formada por 125 profissionais com origem institucional variada; 25 eram servidores da FUNASA (cerca de 20% da força de trabalho), 77 contratados de Ongs conveniadas (perfazendo 61,6% da força de trabalho); 1 profissional era contratada por sistema municipal de saúde (implicando em 0,8% da força de trabalho) e 22 eram contratados por prestadoras de serviços de transporte e de conservação e limpeza (aproximadamente 17,6% da força de trabalho).

Os profissionais trabalhavam em turnos (matutino e vespertino) ou em regime de plantões diurno e noturno. Dos 125 profissionais da CASAI, aproximadamente, 107 tinham escolaridade compreendida entre os níveis fundamental e médio (a chefe da CASAI, 53 técnicos de enfermagem, sendo 51 do sexo feminino e 2 do sexo masculino; 12 cozinheiras, 1 técnico em nutrição, 7 assistentes administrativas, 05 serviços gerais, todas do sexo feminino; 2 artífices, 8 vigilantes e 18 motoristas, estas últimas categorias profissionais apresentaram-se predominantemente masculinas); um percentual de 85,6% da força de trabalho da CASAI não possuía nível superior. Com nível superior a pesquisa encontrou 18 profissionais (10 enfermeiros, dois do sexo masculino e 8 do sexo feminino; 2 farmacêuticas, 1 odontóloga, 1 psicóloga, 3 assistentes sociais, todas do sexo feminino e 1 nutricionista) atuando, o que equivalia a cerca de 14% da força de trabalho da instituição.

Em relação à análise dos dados, esta foi conduzida a partir da produção discursiva dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus. As falas dos entrevistados na pesquisa foram, aqui, entendidas como *textos*. Seguindo Araújo (1995), consideramos *textos* como enunciados delimitados que possibilitam detectar a materialidade dos discursos. A partir da leitura aprofundada destes textos, foi possível identificar os sentidos presentes nos discursos dos profissionais de saúde em relação aos índios assistidos na instituição. Concomitantemente, na época da pesquisa, foram analisadas notícias de jornais sobre a CASAI e a instituição responsável pela saúde indígena – a FUNASA, visando compreender e contextualizar os sentidos atribuídos pela mídia sobre a instituição que cuida da saúde indígena.

Destacamos que as vozes indígenas não foram objeto de análise direta da investigação. Elas ecoaram nas produções discursivas dos profissionais de saúde da instituição ou da mídia, sendo acolhidas a partir desse ponto de vista.

Compreendemos que o entendimento/contextualização dos sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde aos indígenas assistidos na CASAI de Manaus pode contribuir para o entendimento das práticas de atenção em saúde indígena realizadas na instituição, bem como viabilizar propostas para futuras melhorias no modelo assistencial ali praticados. Consideramos que este trabalho também possa proporcionar uma reflexão sobre a operacionalização das políticas de saúde indígena no Brasil.

No Capítulo I, da dissertação, apresentaremos a Revisão Bibliográfica que está dividida em seções temáticas que visaram explorar o ponto de vista da sociedade nacional brasileira em relação aos índios; o cenário da política indigenista e das políticas de saúde no Brasil; apresentar e discutir conceitos como cultura, práticas sanitárias, representação social, produção social de sentidos, pesquisa qualitativa em saúde. Objetivou-se, dessa forma, contextualizar estas temáticas no cenário da CASAI de Manaus, que é a última seção deste capítulo.

Os aspectos referentes à Metodologia serão abordados no Capítulo II. Nele procuramos descrever, de forma detalhada, os caminhos teóricos percorridos e os métodos utilizados na pesquisa para que fossem alcançados os objetivos propostos para este trabalho.

No Capítulo III apresentamos os resultados e conclusão da pesquisa que serão apresentados a partir de dois artigos: **Artigo 1: “A Política Indigenista Tutelar no Contexto de uma Casa de Saúde do Índio (CASAI) no Amazonas: Os Índios e o Olhar – Cuidar dos Profissionais de Saúde”**, no qual tecemos uma análise das práticas discursivas dos profissionais de saúde no contexto da CASAI de Manaus, bem como os sentidos atribuídos por esses profissionais aos indígenas ali assistidos. Pretendemos, também, a partir desta proposta, viabilizar a compreensão da implicação desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas. No **Artigo 2: “Textos em jornais e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA): o olhar da mídia sobre a instituição que cuida da saúde dos povos indígenas”** efetuou-se uma análise dos textos que circularam em notícias do jornal de maior circulação do estado do Amazonas. Nele buscou-se apreender a produção dos sentidos produzidos por segmentos da sociedade brasileira, mais especificamente a amazonense, sobre a instituição responsável pela saúde indígena – a FUNASA; buscou-se, ainda, contextualizar a implicação desses sentidos nas políticas públicas de saúde indígena.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Os índios e a sociedade nacional

Na sociedade brasileira, ainda hoje nos deparamos com uma visão etnocêntrica em relação aos indígenas, geralmente vinculada a características pejorativas como: pouco inteligente, com capacidades limitadas, com hábitos não-higiênicos, etc. Cumpre destacar a análise realizada por Garnelo; Macedo & Brandão (2003) acerca do *olhar* da sociedade nacional em relação ao “índio”:

O “índio” é normalmente visto como um indivíduo ligado à natureza, que vive num universo oposto ao das sociedades modernas e que, por isso mesmo, não é capaz de compreender o nosso mundo, as nossas regras e os nossos valores. Essa caricatura que apresenta os povos indígenas como, ao mesmo tempo, ingênuos e pouco capazes, possui raízes históricas na abordagem romântica que os intelectuais construíram para compreender estas populações. Um dos primeiros problemas do uso desse tipo de pré-noção é a dissolução das diferenças entre as diversas populações autóctones que habitam o nosso continente, criando sérios obstáculos ao conhecimento das mesmas (p. 12).

Acreditamos que para subsidiar nossa compreensão do olhar da sociedade brasileira sobre os índios, o conceito de *etnocentrismo* é de grande importância. Thomaz (2004) o define como: “(...) o estranhamento diante dos costumes de outros povos, a avaliação de formas de vida distintas a partir dos elementos da nossa própria cultura” (p. 430). O referido autor ressalta, ainda que:

O etnocentrismo consiste, pois, em julgar como “certo” ou “errado”, “feio” ou “bonito”, “normal” ou “anormal” os comportamentos e as formas de ver o mundo dos outros povos a partir dos próprios padrões culturais. O etnocentrismo pode consistir numa desqualificação de práticas alienígenas, mas também na própria negação da humanidade do outro (2004, p. 431).

Dando seqüência ao nosso levantamento de concepções acerca dos índios, Oliveira (2004) corrobora com a seguinte informação:

(...) as populações rurais que convivem com os índios freqüentemente estão dominadas política e ideologicamente por uma elite municipal, a qual tem fortes interesses econômicos que colidem com os dos índios, pretendendo apossar-se de suas terras e recursos ambientais (madeira, minério, peixes, caça, etc.), alimentando assim uma postura racista. Estereótipos como o de “preguiçosos”, “ladrões” e “traíçoeiros” correspondem a acusações não comprovadas, mas que, de tanto repetidas, parecem juízos naturais (...) genocidas (p. 63).

Conforme Oliveira (2004), a palavra índio, no dicionário, tem um sentido denotativo de morador das matas, estreitamente ligado à natureza, isento dos benefícios da civilização – o que é claramente expressado pelos termos: silvícola, íncola, aborígine, selvagem, primitivo.

A imagem típica expressa por pintores, ilustradores, artistas plásticos, desenhos infantis e chargistas, é sempre de um indivíduo nu, que apenas lê no grande livro da natureza, que se desloca livremente pela floresta e que apenas carrega consigo (ou exibe em seu corpo) marcas de uma cultura exótica e rudimentar, que remete à origem da história da humanidade (OLIVEIRA, 2004, p.78).

Garnelo; Macedo & Brandão (2003) enfatizam que a representação de índio como incapaz, ingênuo e primitivo se relaciona a uma ação governamental assistencialista que, pautada por visão evolucionista, cogitava o breve desaparecimento das culturas desses povos do cenário nacional.

Uma pesquisa, realizada em 2000, pelo Instituto Socioambiental (ISA), juntamente com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) sobre a temática: “**o que os brasileiros pensam dos índios?**”; revelou que os brasileiros têm uma imagem positiva do índio: 88% concordam que os índios conservam a natureza e vivem em harmonia com ela; 81% acham que eles não são preguiçosos e apenas encaram o trabalho de forma diferente da nossa; 89% afirmam que eles não são ignorantes e apenas possuem uma cultura diferente da nossa; 89% consideram que eles só são violentos com aqueles que invadem suas terras (www.sociambiental.org.br/pib/português/quepens/index.shtm, 2000).

A referida pesquisa destaca que, na relação entre o Estado e os índios, 82% acham que o governo federal deveria atuar para evitar a extinção dos povos indígenas e para promover a sua defesa; 75% acham que os índios precisam ser protegidos e ensinados e 93% afirmaram que eles devem receber uma educação que respeite os seus valores.

No meio técnico, mais especializado (advogados, antropólogos, missionários e indigenistas), o termo “índio”

(...) indica um segmento da população brasileira que enfrenta problemas de adaptação à sociedade nacional em decorrência de sua vinculação com tradições pré-colombianas. Como um mecanismo compensatório àqueles que foram os primeiros moradores do território nacional, a legislação assegura aos índios (...) atribuições salientando-se o reconhecimento e a salvaguarda das terras que se fizerem necessárias para a plena reprodução econômica e cultural destes grupos étnicos (...) (OLIVEIRA, 2004, p.78).

Oliveira (2004) acrescenta, também, que em relação ao imaginário da sociedade nacional, um grupo indígena só possui direitos à terra ou à proteção especial, caso possua características de *primitividade* inerentes à imagem genérica de “índios”.

Segundo Oliveira (2004), os povos indígenas passam por grandes mudanças culturais “que decorrem seja da adaptação a um meio ambiente novo ou modificado (inclusive por suas próprias ações), seja da influência ou troca cultural realizada com povos vizinhos, ou ainda por um dinamismo interno àquelas culturas” (p.79). Este autor enfatiza que,

(...) inexistia qualquer razão para acreditar que os povos indígenas constituem algo necessariamente vinculado ao passado, que são apenas as testemunhas de uma fase pretérita da humanidade, os sobreviventes de um processo de evolução que os condena a um inevitável desaparecimento (...) (p. 79).

Para Garnelo; Macedo & Brandão (2003) os estudiosos das sociedades indígenas, se apoiaram em critérios variados para classificar populações como índios; porém, o senso comum ocupou um lugar de importância, embora baseado em uma visão evolucionista que define de forma arbitrária os critérios de “indianidade”. Utilizando-se, ainda, da análise desses autores, destacamos que:

(...) não há população do presente que não tenha a sua história, e esta história sempre transforma a cultura, mistura as línguas e produz novas identidades. Portanto, desde o Segundo Congresso Indigenista Interamericano, que aconteceu no Peru, em 1949, o critério científico preponderante para a definição de identidade indígena é o da auto-identificação. Ao considerar como indígenas todos os indivíduos que se reconhecem como índios e que são reconhecidos por seus grupos e por outros grupos como índios, consegue-se escapar das arbitrariedades dos cientistas que “escolhiam” características para definir as populações autóctones do nosso continente (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003, p.28).

1. 2 Contextualização da Política de Saúde Indígena no Brasil

1.2.1 Os índios e a saúde no Brasil

No Brasil existe controvérsia em relação ao tamanho da população indígena. Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o órgão indigenista oficial, essa população seria de aproximadamente 350 mil pessoas (estimativa de 2004). Porém, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2000, 734 mil pessoas se autodeclararam indígenas. Pereira, Santos & Azevedo (2005) identificam mais de 200 grupos étnicos, falantes de 180 línguas distintas, distribuídos em todo o território brasileiro, em espaços rurais e urbanos, com características sócio-históricas, culturais e econômicas diversificadas. Na página oficial da FUNASA, na internet, os dados estimados sobre a população indígena são de uma população de aproximadamente 400 mil pessoas, pertencentes a 215 povos e com 180 línguas identificadas.

Para compreendermos a temática da saúde indígena brasileira, faz-se necessário analisar os aspectos sócio-histórico-culturais que a subsidiaram. Em relação à política indigenista, ela é compreendida aqui, como um conjunto de intervenções governamentais junto aos povos que originalmente ocupavam o território nacional.

No Brasil, os primeiros cuidados na atenção à saúde indígena partiram das missões religiosas. Em 1910, inicia-se a ação indigenista organizada, no âmbito governamental, com a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN). Tal organização visava minimizar os conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas por fazendeiros do café e colonos. Esta política caracterizou-se pela atenção aos interesses dos não-índios (SOUZA LIMA, 1998; GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003).

Costa (1989) ressalta que através da divulgação do trabalho político e prático de Rondon e seus colaboradores foi garantida a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910. A autora destaca, ainda, que a criação do SPI não extinguiu a imagem de *'entrave ao desenvolvimento nacional'*, atribuída pela sociedade nacional aos índios que aqui viviam.

Segundo Costa (1989), apesar da criação do SPI, a assistência à saúde dos grupos indígenas se configurou como desorganizada e esporádica. A autora relata que havia denúncias de violências contra os índios com a conivência e a participação de funcionários do SPI. E, que, em 1967, foram comprovadas as denúncias contra o SPI, culminando com a extinção deste e com a criação de um órgão substituto a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que manteve a figura jurídica da tutela e pouca abertura à participação indígena. Em 1973, foi aprovado o Estatuto do Índio – o qual foi determinado e imposto pelo governo federal. A FUNAI – representante desta política – adotou uma postura de subordinação à lógica de fomento do desenvolvimento econômico, expressando interesses contrários aos dos índios.

Conforme ressaltado no documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, a falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 05).

Com a promulgação da Constituição de 1988, houve um avanço no âmbito das relações do Estado brasileiro e dos povos indígenas – estes foram liberados da tutela, e tiveram a possibilidade de exercerem sua auto-representação-jurídico-política (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003).

O documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas também ressalta, que a partir da realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, houve a proposta de

(...) estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 05).

Em 1999, com a Medida Provisória nº 1.911-8, houve a transferência dos “recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p.03) e o estabelecimento do Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS, através da promulgação da Lei nº 9.836 (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Em relação às diretrizes políticas e institucionais da saúde indígena, Garnelo; Macedo & Brandão (2003) destacaram que o modelo de gestão adotado pela FUNASA é misto – incorporando a atuação do Governo Federal (Ministério da Saúde), Secretarias Municipais de Saúde e Instâncias Não-Governamentais (Organizações Indígenas e ONGs não-indígenas) executando serviços terceirizados. Cumpre destacar que a partir do governo Lula a parceria com as ONGs refluuiu, passando a predominar a parceria do governo federal com as prefeituras.

Garnelo & Brandão (2003) destacam que a incorporação da saúde indígena a FUNASA demandou uma rede de serviços e uma alocação de pessoal, inexistentes neste órgão. Neste cenário efetivou-se a escolha do modelo de distritalização e a adoção inicial de uma proposta de terceirização das ações de saúde, a serem desenvolvidos em áreas indígenas. Para esses autores, o modelo de terceirização contribui para a alta rotatividade dos trabalhadores de saúde indígena.

A cada final de convênio, a ONG contratante deve rescindir as contratações até que o próximo acordo seja firmado, sob pena de acumular dívidas trabalhistas cujo pagamento não está previsto no orçamento pactuado. As rescisões acarretam desestímulo à manutenção dos profissionais e uma crônica tendência a iniciar cada novo convênio com pessoal inexperiente (...) (GARNELO & BRANDÃO, 2003, p. 244).

Cumpre destacar que com o redirecionamento dos convênios para as prefeituras, a partir de 2004, a dinâmica exposta acima tende a se reproduzir nos sistemas municipais de saúde.

Nos DSEIs o modelo assistencial enfatiza a promoção da saúde, a oferta integral de serviços nas aldeias, demanda programada e adoção de estratégias dos programas nacionais de saúde, com ênfase na prevenção e controle de agravos. Considera-se desejável incorporar às ações de saúde, as representações indígenas sobre saúde, doença e cura, bem como a adaptação das práticas sanitárias às especificidades culturais de cada etnia atendida (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003).

Dados os limites da resolutividade das unidades de saúde dos DSEI os casos de doenças não resolvidos no interior das terras indígenas devem ser encaminhados para as Casas de Saúde Indígena (CASAI) localizadas em sedes de municípios de referência do subsistema de saúde indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Conforme documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as CASAI devem recepcionar, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes indígenas; estabelecer referência e contra-referência para a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; acompanhar indígenas em consultas e exames especializados e internações hospitalares; viabilizar medicamentos necessários ao tratamento; articular o retorno dos pacientes e acompanhantes às comunidades e fornecer informações sobre os casos aos DSEIs e Pólos-Base² de origem. A legislação também preconiza a realização de atividades de educação em saúde, confecção de artesanatos e lazer, dentre outras atividades para os pacientes e acompanhantes indígenas nas dependências da CASAI (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

A CASAI responde, portanto, pela conexão entre as ações e serviços de saúde demandados pela população aldeada e aquelas desenvolvidas fora do subsistema de saúde indígena, ofertadas por unidades hospitalares ambulatoriais e especializadas, sediadas em espaços urbanos. A adequada execução das atividades sob a responsabilidade das CASAI demanda a alocação de profissionais de saúde que devem se responsabilizar pelos cuidados ali ofertados, elas exercem um papel-chave na resolutividade do subsistema de saúde indígena. Assim, o conhecimento de como esses profissionais atuam e dos valores e concepções que orientam os serviços que ali prestam, é relevante para entender a qualidade, a sensibilidade cultural e a especificidade dos cuidados prestados no âmbito do subsistema de saúde indígena.

² Pólos-Base: instância de atendimento às comunidades indígenas; constituem a primeira referência para os AIS – Agentes Indígenas de Saúde – que atuam nas aldeias; sua localização pode se dar em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Cumpre destacar que a maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida neste nível (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

“(…) Pólo-base é a denominação de um tipo de unidade de saúde que comporta ações mais complexas que aquelas disponíveis no posto indígena de saúde, ofertando atendimento médico, de enfermagem e alguns recursos laboratoriais” (GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2003, p. 51).

1.2.2 Povos indígenas e a tutela

O Código Civil brasileiro de 1916 configurou a tutela como elemento jurídico regulador dos povos indígenas, os considerando, assim, como incapazes ou semi-incapazes diante da compreensão de seus direitos e responsabilidades legais. Logo, o órgão indigenista passa assumir a função de tutor dos grupos étnicos (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003).

(...) o próprio dispositivo da tutela representa um atentado contra os direitos humanos básicos, na medida em que o Estado se propõe a substituir agentes políticos na defesa de seus interesses, propiciando, na prática, uma indesejada subordinação dos grupos culturalmente diferenciados a agentes econômicos que visam a exploração de sua mão-de-obra e das riquezas naturais de seus territórios (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003, p.37).

Fortalecendo as idéias dos autores, acima citados, Santos (2004) ressalta que a tutela passou a ser um instrumento de submissão e de cerceamento, sujeito à interpretação do funcionário que a exercia; sendo realizadas inúmeras arbitrariedades destes, a partir do exercício da tutela.

Para Santos (2004),

(...) o Código Civil promoveu uma reorientação da chamada “tutela orfanológica”, que havia sido imposta aos indígenas durante o Governo Regencial em 1831. Em nome do Imperador (...) determinou que os índios livres da escravidão fossem considerados como órfãos e entregues à proteção de juízes (p. 97).

Oliveira (apud SOUZA LIMA, 1998) destaca que o Artigo 6º do Código Civil Brasileiro baseia-se em uma tutela relativa:

Os índios de qualquer categoria, não inteiramente adaptados, ficam sob a tutela do Estado, que a exercerá segundo o grau de adaptação de cada um, por intermédio dos inspetores do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, sendo facultado aos ditos inspetores requerer ou nomear procurador, para requerer em nome dos mesmos índios, perante as justiças e autoridades, praticando para o referido fim todos os atos permitidos em direito (p. 183).

Corroborando essas idéias, as leis brasileiras instituíram um gradiente de avaliação a partir da concepção de “graus de contato” que variava de índios ditos *isolados*, isto é, sem contato, ou com contato apenas intermitente, com a sociedade nacional, passando por grupos permanentemente sedentarizados em povoados indígenas ou mestiços. No último estágio desse gradiente, situavam os grupos étnicos em contato permanente com os chamados civilizados, tendo perdido (ou abolido) todos os sinais diacríticos que os caracterizassem como grupos culturalmente diferenciados. Nesse último caso a legislação consideraria o grupo

como assimilado à sociedade nacional, ou seja, como tendo abandonado a condição de indígena (OLIVEIRA, 1998; OLIVEIRA apud SOUZA LIMA, 1998; SOUZA LIMA, 1998).

Nesta perspectiva, o que está em pauta é a decisão de *quem é, e quem não é índio*, e, em consequência, a quem podem ser estendidos ou negados os direitos políticos e a proteção diferenciada, tal como propostos nas leis indigenistas brasileiras (SOUZA LIMA, 1995).

Observamos, então, que estes pressupostos subsidiaram, no Brasil, a negação de diferenças entre grupos étnicos e a construção da imagem genérica de “índio”; imagem na qual o índio está relacionado a características como: infantil, incapaz e carente de proteção e assistência estatal. É a partir da justificativa de que sem a proteção do Estado os índios não sobreviveriam que o instrumento jurídico da tutela se consolidou (FERREIRA, 2007).

Oliveira & Almeida (1998) destacam que com a criação da FUNAI, em 1967,

a principal preocupação dos seus dirigentes passou a ser a implementação de projetos econômicos (agrícolas, de criação de gado, de extração de madeira etc.), a comercialização de artesanato e contratos de arrendamentos, que compunham a *renda indígena*. A perspectiva era então de transformar o exercício da tutela em um gerenciamento de bens (terra, trabalho e outros recursos) referidos como sendo de posse e usufruto exclusivo do índio, tendo em vista desse modo tornar a assistência ao índio uma atividade autofinanciável para a burocracia estatal. As diretrizes anuais e os planejamentos estabelecidos ocupavam-se primordialmente dessas atividades, sendo dada muito pouca atenção às demais responsabilidades do órgão. Tal preocupação se estendeu até os dias atuais, muito embora a partir de 1975 também tenha sido bastante enfatizado o estabelecimento de uma infra-estrutura de natureza assistencial (...) (p. 71-72).

A Constituição brasileira de 1988 conferiu aos índios o direito de auto-representação em relação à defesa de seus direitos – superando, assim, de forma prática, a tutela. Mas, na atualidade, a figura jurídica da tutela ainda não foi superada nas práticas indigenistas (GARNELO; MACEDO & BRANDÃO, 2003).

1.2.3 Práticas sanitárias e a saúde indígena

Para fins deste texto, *práticas sanitárias* são aqui entendidas como:

(...) conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado. A organização dessas práticas parte do processo de identificação, descrição e análise dos problemas, com base nas quais se estabelecem as formas de enfrentamento desses problemas (MENDES et al, 1994, p.176).

Enfatizamos que as práticas sanitárias expressam componentes epidemiológicos, econômicos, políticos, éticos, educacionais/comunicativos e étnicos, reunindo diferentes visões de homem e de mundo dos profissionais de saúde e dos pacientes (GARNELO & LANGDON, 2005).

Conforme Santos & Westphal (1999), a expressão prática sanitária é quase desconhecida do público em geral. No campo da saúde, o referido termo é entendido como “a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza respostas aos problemas de saúde” (p.71) – dentro de um contexto sócio-econômico político e tecnológico vigentes.

A partir desta concepção, se faz necessário explanarmos o conceito de cuidado proposto por Merhy (apud PIRES, 2005),

O cuidado, apesar de bem mais amplo por envolver aspectos ontológicos, ecológicos, sociais, culturais e políticos do ser vivo, tende a ser mais bem compreendido no campo da assistência à saúde, uma vez que as profissões têm progressivamente disciplinado o cuidar em procedimentos, tarefas, tecnologias, rotinas e micropolíticas para cuidar das doenças (p.1029).

Corroborando essa discussão, Pires (2005) sugere que o cuidado “se reconstrua sempre para cuidar melhor, gerindo politicamente relações da *ajuda-poder*. Para a área da saúde, em especial, esse debate se insere na atual discussão sobre mudança do modelo assistencial em saúde (...)” (p. 1030).

Ayres (2001) concebe o *cuidar* da seguinte forma:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. (...) A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (...) (p.71).

Na prestação de cuidados de saúde destacamos a fala de Ayres (2001) de que as relações entre sujeitos são essencialmente *diálogos*, idéia nem sempre reconhecidas pelos profissionais de saúde. Para Ayres,

Esse modo de ver a questão nos leva rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar *estabelecer* um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos. (...) o fato de desconsiderarmos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio (...) (2001, p.68).

O autor explora também a idéia de *fracasso*, que seria a incapacidade, reconhecida pelos profissionais de saúde de obter adesão da população às propostas de melhoria de sua saúde, tornando-se sujeitos deste processo. Para Ayres tal situação

(...) é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro (2001, p.68).

A proposta de Ayres remete à necessidade de lidar com a alteridade, que é, um dos mais importantes desafios enfrentados pelas equipes de saúde que atendem na CASAI.

Garnelo; Macedo & Brandão (2003) destacam que, as práticas sanitárias devem ser culturalmente adequadas a cada grupo étnico; fazendo-se necessário um redimensionamento destas a fim de superar as intervenções estritamente biomédicas e contemplar estratégias de ações mais próximas às formas de agir e pensar dos povos indígenas atendidos (p. 48). Os autores relatam que

(...) a restrita capacitação do pessoal alocado nos DSEIs gera uma atenção pouco diferenciada, decorrente do insuficiente conhecimento da cultura dos diversos povos atendidos pelo subsistema de saúde indígena e potencializada pela alta rotatividade de pessoal (p.53).

Destacamos que, para Garnelo & Langdon (2005),

(...) os profissionais de saúde costumam partilhar a noção corriqueira de “cultura” como um conjunto fixo e homogêneo, composto de elementos exóticos e estanques, ou seja, “traços” que caracterizam um grupo e seu comportamento. Para as equipes de saúde, tais elementos dificultariam o entendimento, pelos indígenas, dos princípios e das indicações da biomedicina, podendo se tornar obstáculos na aceitação de tais práticas (...) (p.149).

Assim, pode-se pressupor que a partilha dessas idéias pelas equipes de saúde tende a influenciar suas práticas sanitárias e limitar sua capacidade de reconhecer e respeitar as diferenças culturais.

No campo indigenista, Souza Lima (2002), também informa que há carência não só de pessoal qualificado, com condições de

desenvolver ações orientadas por diretrizes fixadas de acordo com avaliações e planos de trabalho para atuar nos problemas enfrentados pelas populações indígenas, mas também de mecanismos institucionais de capacitação de pessoal para a ação indigenista, tanto para o planejamento e avaliação quanto para a execução direta (p. 83).

Além das dificuldades, acima citadas, os profissionais de saúde indígena, tal como os demais profissionais da área de saúde, se deparam constantemente com dificuldades operacionais em seus locais de atuação; a prescrição do atendimento não corresponde à lógica da demanda real; logo estes profissionais se amparam no “*jeitinho*” para realizarem suas atividades diárias em saúde. Peterson (2002) traz uma contribuição do estudo de Machado (apud PETERSON, 2002), sobre médicos brasileiros, se referindo a noção de um plano de saúde, jocosamente chamado de *Plano Pafúncio*:

O volume de usuários que busca os serviços gratuitos fornecidos pelo Estado é muito elevado e tem crescido nos últimos anos, até por força das circunstâncias sócio-econômicas em que vive a maioria da população. A moeda valiosa nesses casos acaba sendo o tráfico de influência entre amigos, parentes, médicos, chefes, diretores de hospital, etc. A troca de favores, acordos e propinas tornam-se correntes [*grifo* de Peterson] (p. 43, 2002).

Peterson traz a contribuição de Engelhardt (apud PETERSON, 2002), no que concerne aos dilemas relacionados “à justiça distributiva de recursos para a saúde”:

Engelhardt identifica, entre outras, as dificuldades encontradas, sob as condições atuais, em satisfazer um compromisso impossível no atendimento médico que incluiria simultaneamente quatro metas que ele considera mutuamente incompatíveis: 1) o melhor atendimento possível para todos; 2) a garantia de um atendimento igualitário; 3) a manutenção da liberdade de escolha tanto para o prestador quanto para o consumidor de serviços de atendimento médico; 4) a contenção de custos (p. 81).

Segundo Engelhardt (apud PETERSON, 2002),

é impossível prestar o melhor atendimento possível para todos e ao mesmo tempo conter os custos. Não se pode prestar um atendimento igualitário para todos e ao mesmo tempo respeitar a liberdade dos indivíduos de buscar seu próprio ideal de saúde ou de alocar seus recursos e energias como melhor lhes convém. Ao mesmo tempo, não se pode prestar atendimento igual para todos que, simultaneamente, seja o melhor atendimento, devido às limitações dos próprios recursos (p. 81).

No Subsistema de Saúde Indígena, além de vivenciarem as dificuldades, acima citadas, os profissionais têm dificuldade em *relativizar*³ suas práticas de atenção em saúde para atender as diversas etnias com inúmeras peculiaridades socioculturais. Tal fato pode ser explicado pela pouca ou nenhuma familiaridade daqueles com a temática indígena.

³ Neste sentido, relativizar é concebido tal como DaMatta (1987, p.11), por “(...) uma atitude positiva e valorativa, expressa no meu ‘relativizando’, a cobrir o abraço destemido que damos quando pretendemos entender honestamente o exótico, o distante e o diferente, o ‘outro’”.

1.3 Reflexões sobre os enfoques da teoria das representações sociais e da semiologia dos discursos sociais

Neste trabalho, pretendíamos, inicialmente, investigar as representações sociais dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus em relação aos indígenas assistidos na instituição. Porém, a partir de vivências em fase de campo e das supervisões da orientadora da pesquisa, evidenciou-se a necessidade de ampliar *nosso olhar*; antes subsidiado, principalmente, pela teoria das representações sociais. Para tal ampliação contamos com a teoria da semiologia dos discursos, a partir das contribuições ofertadas pelos conceitos de práticas discursivas e produção de sentidos (ARAÚJO, 1995, 1997, 1998, 2002).

Uma das visões de críticos da teoria das representações sociais, que nos auxiliaram na mudança de enfoque, é representada pelo estudo de Alves & Rabelo (1998) para quem as representações tendem a *situar* as propostas interpretativas na linguagem oral:

Os estudos de representações e práticas sobre saúde/doença, medicina ou ato terapêutico tendem a “localizar” as suas propostas interpretativas (...) na linguagem e, de modo mais especial, na linguagem oral. Há neles uma forte tendência de concentrar a análise no *sentido do discurso*, ao qual é dada prioridade sobre a *situação enunciativa*, entendida como as determinações e contextos das pessoas, dos lugares, dos momentos e das razões que levaram os indivíduos a proferir uma fala (...) (p.116).

Os mesmos autores complementam a crítica:

(...) o discurso é visto apenas no seu aspecto formal, como um processo de abstração; ao analisá-lo o investigador elimina o locutor, o indivíduo concreto, para reencontrá-lo em seguida como membro genérico de modelos ou estruturas sócio-culturais (...) a grande premissa subjacente é a de que as representações são o conteúdo da consciência que, por sua vez, é determinado por bases objetivas, materiais e/ou estruturas de idéias (...) (ALVES & RABELO, 1998, p.117).

Feitas essas ressalvas, pode-se tentar extrair contribuições significativas da teoria das representações sociais. O que podemos constatar, a partir de considerações de teóricos das representações sociais, tais como Moscovici (2003), é que as representações sociais possuem duas funções: em primeiro lugar, *convencionalizar* objetos, pessoas ou acontecimentos; dando-lhes uma *forma definitiva*

as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele (...) Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser mais compreendido, nem decodificado (p. 34).

Podemos perceber, aqui, que o objetivo é o compartilhamento da representação/sentido de algo ou alguma coisa entre um grupo de pessoas; observamos que há a necessidade de enquadrar o sentido a um modelo (*modelização*).

Para este teórico, as representações, também, são de caráter prescritivo – “se impõem sobre nós como uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado” (MOSCOVICI, 2003, p. 36). Percebemos, aqui, tal como enfatizado por Alves & Rabelo (1998) que as representações são determinadas a partir de uma base objetiva, material e/ou de idéias estruturadas.

Em relação à representação da doença, Herzlich (2005) corrobora nossa reflexão, destacando a necessidade de *crystalizar/engessar* uma representação:

(...) a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. Essa forte exigência de discurso interpretativo me parece ser uma das condições de cristalização de uma representação estruturada (...) (HERZLICH, 2005, p.66).

Para Moscovici, “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade” (2003, p.54). Para tornar familiar o não-familiar, são postos em funcionamento dois processos de pensamentos: a ancoragem e a objetivação. Ancorar “é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2003, p.61). Objetivar “é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2003, p.71). É tornar o estranho familiar, a partir de imagens e conceitos já conhecidos.

A partir do exposto por Moscovici (2003), percebemos a ênfase da teoria das representações sociais em *reprodução* de algo em uma imagem. Neste enfoque não é evidenciada a possibilidade de ressignificações desse objeto; a representação se cristaliza no objeto. Para tentar superar tais limites, lançamos mão da semiologia dos discursos sociais.

A *teoria da semiologia dos discursos sociais* foi definida por Araújo (1995) como a “(...) ciência que estuda os fenômenos sociais como fenômenos de produção de sentido (...)” (p.90). Comparando esta teoria com a das representações sociais, percebemos que esta última se detém mais especificamente à face textual – *texto como texto* – enquanto a semiologia acrescenta uma perspectiva de compreensão do cenário social, a partir da prática discursiva, principalmente no âmbito do confronto pela imposição da fala, pela construção da realidade;

aqui, o que mais importa é o processo de produção e de negociação de sentidos (ARAÚJO, 1997).

A partir desta perspectiva, os sentidos não podem ser expressos de forma modelar, consensual; tendo em vista que estes são dinâmicos, estão em movimento contínuo. Como destaca Amorim (2001): “(...) mesmo no caso de uma repetição, ela também seria nova: um novo contexto de enunciação constitui um novo contexto dialógico, o que produz sempre um novo sentido (p.133)”.

Na teoria das representações sociais nos deparamos com simbolizações sobre a realidade; há a construção das imagens dos atores e de suas relações, imagens que visam o consenso – alvo privilegiado da investigação em representações sociais (*modelização*). Spink (2004) ressalta que as representações sociais são concebidas como conteúdos compartilhados; há pouca preocupação com os conflitos relacionados ao processo de produção dos sentidos.

No caso da semiologia dos discursos Pitta (1995) destaca que os sentidos e as práticas sociais são construídos *em situação* – não há possibilidade de transferi-los como ‘decalques’ de sentidos ou representações entre atores sociais. Podemos perceber, então, que a teoria da semiologia dos discursos está mais preocupada com o processo de produção, circulação e consumo dessas imagens e, particularmente, pela disputa de sentidos e pela supremacia de um ponto de vista sobre outros, alcançando, dessa forma, o poder de configurar a realidade social (ARAÚJO, 1997).

A semiologia dos discursos tem como premissa importante a *intertextualidade*, aqui, compreendida como a “(...) heterogeneidade das origens de cada discurso; cada emissor congrega em si mesmo um conjunto de discursos que constituem o seu próprio, constituindo um mercado simbólico no qual as diferentes configurações discursivas competem entre si” (GARNELO, 2004, p. 35).

Para que haja comunicação, faz-se necessário considerar os *contextos* em que ela se produz; sem *contextualizar*, não há possibilidade de estabelecer comunicação (ARAÚJO, 2002; ARAÚJO & CARDOSO, 2007). Araújo (2002) conceitua *contexto* como “(...) conjunto de variáveis que possibilitam a existência de uma enunciação, um texto, um discurso (...) os contextos são dinâmicos e ao mesmo tempo em que moldam um texto, por ele são moldados (...)” (p.46).

Textos são compreendidos, neste trabalho, como enunciados delimitados que possibilitam detectar a materialidade dos discursos; sendo os *discursos* compreendidos como “(...) um conjunto de *textos* articulados (...) [na] prática discursiva” (Araújo & Cardoso, 2007, p.57).

O conceito de *sentido*, que também é relevante para nossa análise, está sendo usado aqui como “(...) uma construção social, um empreendimento coletivo (...) interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta” (SPINK & MEDRADO, 1999, p. 41).

Já as *práticas discursivas* são tomadas, aqui, como “(...) linguagem em ação (...); maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (...)” (SPINK & MEDRADO, 1999, p.45). A *produção de sentidos* se configura “(...) em cada ato verbal, na co-presença dos sujeitos (...) em determinadas condições históricas, culturais e políticas (...)” (ARAÚJO, 1995, p. 90).

Nessa pesquisa, a análise dos discursos produzidos sobre os indígenas assistidos pelos profissionais de saúde da CASAI de Manaus, consubstanciada pelos discursos presentes nas matérias que circulam na mídia sobre a instituição responsável pela saúde indígena (a FUNASA), bem como a implicação dos sentidos configurados a partir desses discursos, estruturou a construção dos objetivos do trabalho.

No contexto desta CASAI, foi identificado, nos discursos produzidos pelos profissionais que ali atuam, a circulação de inúmeras *voces* – aqui entendidas como diferentes visões de mundo, ou formas de interpretação sobre determinado objeto ou tema – que povoam as práticas discursivas e as relações de comunicação dos agentes sociais que ali atuam (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

De acordo com Araújo (1998), cada produção discursiva é povoada por inúmeras vozes que a constituem, e que, muitas vezes, operam de forma competitiva, em busca do predomínio, nos discursos enunciados pelos sujeitos sociais. Configurando-se em um *Mercado Simbólico*⁴ (VERÓN, 1980; ARAÚJO, 1995, 1997, 2002), no qual são produzidos, circulam e são consumidos bens simbólicos ou materiais (discursos e textos) que atribuem sentidos a algo/alguma coisa. Neste Mercado Simbólico, os discursos dos atores (representantes da FUNASA, servidores da FUNASA, políticos, organizações indígenas, repórteres etc.) estão inseridos de forma institucional e extra-institucional (ARAÚJO, 2002); concorrendo, entre si, pelo poder simbólico; pela construção do real a partir do “*poder de fazer ver e fazer crer*” um determinado ponto de vista (BOURDIEU, 1989).

⁴ Conforme Verón (1980), mercado simbólico é o espaço social no qual discursos concorrentes expressam posições, onde atores sociais negociam sentidos e poder, gerando-se uma alternância de posições sociais e práticas discursivas, que ora ocupam posições centrais ou periféricas, dependendo das relações de poder/saber, nos distintos níveis de articulação das relações sociais.

A partir de nossa proposta, o mercado simbólico que está em funcionamento é o da saúde indígena – em que são produzidos sentidos em relação à instituição que cuida da saúde dos indígenas – a FUNASA. São sentidos que estão implicados em contextos sócio-histórico-culturais, podendo influenciar o cenário das políticas de saúde indígena brasileira.

Tal questão mostrou-se muito relevante para analisarmos as produções discursivas dos profissionais que trabalham na CASAI de Manaus e examinar os pontos de vista presentes nos discursos circulantes na instituição e, também analisar os sentidos atribuídos pela sociedade nacional, em relação a FUNASA, a partir das matérias que circulam nos jornais (comunicação midiática).

Cumprir destacar que nestes contextos, observou-se que a polifonia discursiva, como veremos adiante, nos artigos apresentados, foi fortemente marcada pela voz da política indigenista tutelar praticada há décadas no Brasil.

1.4 A teoria da comunicação social e o contexto da pesquisa

Compreendemos, neste trabalho, que o campo da saúde indígena brasileira é perpassado por outros *campos* sociais: o da comunicação e saúde, o das políticas indigenistas e o da antropologia. Destacamos, que estes campos fazem circular discursos que concorrem pelo *poder de fazer valer* suas concepções; é a luta pela imposição de um olhar; pela construção do real em relação aos indígenas e sobre a saúde indígena (ARAÚJO, 1997, 1998).

Conforme destacado por Bourdieu (1989), o *poder simbólico* é tomado como um poder capaz “(...) de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo a ação sobre o mundo, portanto o mundo (...)” (p.14). O autor destaca, ainda que “(...) o poder de manter a ordem ou subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daqueles que a pronuncia (...)” (BOURDIEU, 1989, p.15).

Compreendemos, nesta proposta, que a comunicação é um processo dinâmico constituído de relações; é uma “(...) prática social, experiência cotidiana que leva à formação de pontos de vista (...)” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 19).

Também a partir de Bourdieu (1989), adotamos o conceito de campo social descrito por ele como:

(...) espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital – quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto de suas posses (p.135).

Nosso olhar foi voltado para o campo da “comunicação e saúde” que é constituído por elementos dos dois campos, separadamente, mas, inter-relacionados (ARAÚJO & CARDOSO, 2007). Utilizamos, também, o conceito de comunicação midiática – entendida, aqui, como um tipo de comunicação que faz referência aos ‘produtos’ que circulam pela televisão, rádio e imprensa escrita (ARAÚJO & CARDOSO, 2007). Nossa proposta é identificar as ‘*marcas*’ deixadas nestes *produtos* – que além de circularem, são produzidos e consumidos – por atores sociais implicados em contextos sócio-histórico-culturais diversificados (ARAÚJO, 1995).

1.5 Pesquisa qualitativa em serviços de saúde

Conforme Minayo (1991),

a importância da antropologia para a compreensão do fenômeno saúde-doença é incontestável. Junto com os dados quantitativos e com o conhecimento técnico-científico das doenças, qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde necessita levar em consideração valores, atitudes e crenças de uma população (p. 233).

Para Minayo (1991) a temática das condições de saúde deve ser correlacionada ao cenário socioeconômico e abordada a partir do ponto de vista, individual ou coletivo, que dá forma à organização dos sistemas de saúde.

Partindo da idéia de Deslandes & Gomes de que “(...) as interações entre profissionais de saúde, usuários e serviços podem ser um lócus privilegiado de análise para se compreender o que representa a doença ou o tratamento” (2004, p. 101), destacamos que a discussão e avaliação de saberes e práticas em saúde indígena deverão se amoldar aos preceitos da abordagem qualitativa. Ainda que, “(...) estudar as relações de um serviço de saúde não quer dizer que captaremos ali todo o conjunto das relações do Sistema de Saúde. (...)” (DESLANDES & GOMES, 2004, p. 105), as análises de seus segmentos, como, por exemplo, a CASAI, pode elucidar partes significativas do conjunto de cuidados de saúde oferecidos à população indígena.

Conforme destacam Deslandes & Gomes (2004), a antropologia da saúde oferece referenciais teóricos para a pesquisa qualitativa no âmbito dos serviços de saúde por já ter propiciado inúmeros estudos que incluem os processos de: 1) reconhecer culturalmente a doença e o doente; 2) produzir explicações para as origens dessa doença ou do sofrimento físico ou mental; 3) escolher, buscar, receber, promover e avaliar as ações terapêuticas. Em nossa proposta de investigação priorizaremos este último eixo temático.

Tendo em vista que nossa proposta foi analisar as práticas discursivas dos profissionais de saúde da CASAI de Manaus e os sentidos atribuídos, por eles, sobre os indígenas assistidos na instituição, tais premissas teóricas viabilizam a compreensão desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas.

2 METODOLOGIA

2.1 Contextualização da Pesquisa

O trabalho de campo foi desenvolvido na CASAI de Manaus, no período de abril a junho de 2007, tendo como informantes os profissionais de saúde que atuam na referida instituição. O estudo, embasado nos preceitos da pesquisa qualitativa, buscou apreender os diferentes significados atribuídos ao ato de cuidar, e reconhecer a diversidade de lógicas culturais que orientam as ações de saúde (DESLANDES & GOMES, 2004).

O método utilizado foi o etnográfico, que possibilita que os dados da pesquisa sejam não apenas observados; mas, também que possam revelar ao pesquisador o funcionamento destes processos; as incongruências entre o que é falado e o que é praticado; as relações de poder e outras relações sociais (MINAYO, 2004). Nessa alternativa metodológica o resultado da pesquisa é obtido através do *diálogo* entre pesquisador e *nativo* (PEIRANO, 1992).

2.2 Técnicas e eixos da pesquisa

2.2.1 Observação direta

As observações focalizaram os tipos de cuidados oferecidos na CASAI de Manaus, processo que foi prejudicado em virtude do ambiente persecutório instaurado na instituição em relação às atividades da pesquisa. Apesar das dificuldades, foi possível realizar observações em algumas áreas da CASAI “Y”. O consultório psicológico (local de realizações das entrevistas) e a brinquedoteca são espaços em que não foi possível detectar itens que correspondessem às culturas dos indígenas assistidos. As enfermarias apresentam boas condições de higiene e para a segurança dos pacientes e acompanhantes são disponibilizados armários individualizados com cadeados para que estes possam guardar seus itens pessoais. No setor de dispensação de medicamentos, percebemos que havia falta de remédios e receitas com atraso de dispensação por atraso de entrega, por parte da empresa conveniada. Outro

detalhe, é que a técnica de enfermagem do setor é responsável pela chave da sala, quando há necessidade de medicamentos, em finais de semana ou nos dias em que esta não está de serviço, um dos motoristas vai até a casa desta e a transporta até a CASAI para que a demanda seja solucionada. No almoxarifado/dispensa de alimentos, foi possível perceber um fluxo de indígenas que pedem alimentos “extras”, ou seja, buscam complementar refeições realizadas na instituição; burlam, de certa forma, a rotina alimentar da CASAI “Y”. Outra ocorrência é a de funcionários que buscam o lugar para fazer uma “sesta”.

Na cozinha/refeitório, consideramos as condições de preparo de alimentos adequadas e opções de escolha de cardápio; apesar de que, não necessariamente, o cardápio obedecesse ao planejado. Segundo informações, havia dias em que o fornecedor atrasava a entrega de alimentos e os profissionais, tanto da cozinha quanto do almoxarifado tinham que dar um “jeitinho” para fornecer as refeições. O tratamento dispensado aos indígenas é de respeito e atenção pelas profissionais da cozinha, elas se sensibilizam, principalmente, com os que saem para exames ou atendimentos médicos e chegam fora do horário de refeições; presenciamos uma profissional preparando alimento, fora do horário da instituição, para um casal de yanomamis que haviam chegado de atendimento médico e não havia almoçado. Um detalhe importante foi que a cozinheira ainda perguntou o que eles queriam comer. Ao fundo do refeitório há a área para preparo de assados, que pelas condições apresentadas indicam frequência de uso. Próximo a esta área encontramos o campo de futebol, local em condições precárias para lazer. Ao fundo, localiza-se o igarapé área utilizada pelos indígenas para lavagem de roupas, banho, pesca e diversão.

2.2.2 Entrevistas semi-estruturadas

A partir do que enfatiza Minayo (2004), foi utilizado um roteiro de entrevista visando apreender o ponto de vista dos atores sociais. Conforme Souza et al (2005), este roteiro foi construído visando flexibilizar as *conversas* e levantar, assim, novos temas e questões demandadas pelos entrevistados. O roteiro de entrevista compreendeu os seguintes eixos: **a) Sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde em relação aos indígenas assistidos; b) Implicação desses sentidos nas práticas sanitárias desenvolvidas na instituição.**

As entrevistas realizadas foram do tipo semi-estruturadas; sendo coletadas 13 entrevistas com os profissionais de saúde da instituição. Os critérios para seleção de informantes visavam contemplar pelo menos um entrevistado de cada setor de trabalho na instituição e de cada categoria profissional (de nível superior, médio e elementar) com

atuação na CASAI. A coleta de entrevistas prosseguiu até que se obtivesse certa reincidência de informações, definindo assim o número de entrevistados na pesquisa, que não buscava uma representatividade numérica, mas um aprofundamento da temática (Gomes, S/D).

Assim sendo, foram entrevistados a chefe da CASAI; 2 auxiliares administrativas (Serviço de Atendimento e Arquivamento Médico – SAME e Agendamento); 1 odontóloga; 1 enfermeira (Chefe de Enfermagem); 5 técnicas de enfermagem (Agendamento Interno e Externo e Farmácia); 1 técnico de nutrição; 1 cozinheira e 1 motorista. Dentre os treze profissionais entrevistados, nove deles não possuíam experiência anterior com Saúde Indígena; somente quatro profissionais já haviam trabalhado com saúde indígena antes de atuarem na CASAI. Em relação à questão de gênero, 11 profissionais pertenciam ao sexo feminino e 2 ao sexo masculino. Destacamos que na CASAI “Y” a maioria dos profissionais pertencem ao sexo feminino.

As entrevistas foram realizadas, paralelamente, à observação direta, no período de abril a junho de 2007, no horário das 7:00 às 17:00. As entrevistas só foram gravadas, com prévia autorização dos entrevistados, e transcritas na íntegra.

2.2.3 Análise documental

Constituiu-se de leitura de relatórios da CASAI de Manaus e FUNASA, matérias de jornais sobre a CASAI de Manaus, materiais de divulgação e propaganda etc. Esse material foi utilizado para corroborar ou contrastar os dados obtidos na observação direta e nas entrevistas. Cumpre destacar que no período de 12 de julho de 2007 a 04 de janeiro de 2008, período em que se configurou a análise do material de campo e elaboração da dissertação; circularam matérias de jornais relacionadas às políticas de saúde indígena e sobre a instituição responsável pela saúde dos povos indígenas – a FUNASA – matérias que repercutiram na pesquisa, principalmente no âmbito da análise e reflexões sobre as vivências da pesquisadora na CASAI estudada. O jornal escolhido para realizarmos a coleta de dados foi o Jornal A CRÍTICA tendo em vista que este jornal possui ampla cobertura de circulação no estado do Amazonas, com tiragem diária de 25.000 exemplares em dias de semana e de 55.000 exemplares nos finais de semana.

2.3 Organização de dados

Em relação à transcrição das entrevistas gravadas foram adotadas algumas sugestões indicadas por Gomes et al (2005). A fim de resguardar o anonimato, cada entrevistado recebeu um código; todas as palavras foram transcritas integralmente; os nomes citados pelos entrevistados foram registrados somente com as iniciais; à medida que se realizava a releitura das entrevistas, fez-se o uso de colchetes a fim de ressaltar as idéias que surgiram, sobre o que se ouviu e observações tais como, entonação de voz, silêncios, ênfase em certas palavras. Os dados do diário de campo foram ordenados para melhor contextualizar e compreender as falas dos entrevistados; tiveram um papel complementar às entrevistas.

2.4 Análise, interpretação e síntese de dados

As informações levantadas durante a fase de coleta de dados foram analisadas, interpretadas e sintetizadas a partir do referencial teórico da semiologia dos discursos; usou-se, como eixo de análise, os conceitos de práticas discursivas e produção de sentidos de Araújo (1995, 1997, 1998, 2002) e a discussão sobre o indigenismo tutelar, empreendida por Souza Lima (1987, 1995, 1998, 2005), Oliveira (1988, 1998) e Ferreira (2007).

Com vistas a facilitar a análise, foi construída uma matriz composta dos objetivos e finalidades da pesquisa; nela foram distribuídos, no título das colunas, os temas geradores, oriundos do material de campo e nas linhas da planilha foram dispostas as verbalizações dos entrevistados, agregadas por núcleos temáticos comuns. Dessa forma, os dados se estruturaram e as respostas se agruparam de forma acessível para que a pesquisadora as analisasse. Em uma coluna final foram acrescentadas notas e interpretações preliminares realizadas pelo pesquisador (GASKELL, 2004). Organizaram-se as estruturas de análise, formadas a partir de aproximações sucessivas visando à categorização dos depoimentos e registros das observações (a 'totalidade' foi dissociada em partes). Esse ordenamento teve como foco a atribuição de sentido, pelos profissionais de saúde da CASAI de Manaus, sobre os indígenas ali atendidos, bem como a implicação desses sentidos nas práticas de atenção à saúde indígena.

Orientando-se por Gaskell (2004), a pesquisadora ao ler e reler as entrevistas tomou notas de suas impressões que experimentou no momento da leitura; bem como, procurou contradições, na forma como as atitudes e opiniões se desenvolveram no momento da entrevista. A partir da produção discursiva dos profissionais de saúde da CASAI, foi realizada

a análise dos dados; as falas foram entendidas como *textos*. De modo semelhante foram analisadas as notícias de jornais sobre a CASAI, referentes ao período de realização da pesquisa. A leitura aprofundada destes textos permitiu identificar os sentidos presentes nos discursos dos atores sociais em relação aos índios assistidos e à própria instituição.

Baseando-se no trabalho realizado por Souza et al (2005), os textos foram analisados a partir de conteúdos temáticos, idéias e ideologias defendidas, conceitos, disputa pela *hegemonia dos sentidos/naturalização* de pontos de vista etc. Ressaltamos que os textos não foram *lidos* de forma isolada; mas, de forma contextualizada, tendo em vista que são produzidos, circulam e são consumidos em contextos sócio-histórico-culturais diversificados. A partir das vivências *de campo*, adotamos uma *postura de estranhamento* tanto em relação às matérias divulgadas nos jornais quanto em nossa estada em campo, realizando comparações sobre o que era divulgado na mídia com as experiências adquiridas na CASAI de Manaus. Nosso *olhar* sobre as matérias foi configurado pela busca das *vozes/posicionamentos* que ecoaram no cenário da saúde indígena; bem como os atores sociais implicados na publicização da imagem da FUNASA e do contexto da saúde indígena, nesta época. Visamos, também, investigar as implicações destes *olhares* nas políticas de saúde indígena.

2.4.1 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), de acordo com a Resolução CNS 196/96, sendo aprovado. Em relação à necessidade de encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/CNS/Brasília, o CEP/UFAM decidiu que não se fazia necessário, tendo em vista que a pesquisa tinha como público-alvo os profissionais de saúde da CASAI de Manaus. Cumpre destacar que, a pesquisa, também, recebeu anuência da FUNASA. Enfatizamos que, os sujeitos que fizeram parte da pesquisa foram previamente esclarecidos sobre a proposta do trabalho, ao concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em relação às gravações das entrevistas, estas só foram realizadas com a autorização dos entrevistados. Cumpre destacar que não houve registro fotográfico, tendo em vista que a FUNASA não autorizou a realização desta atividade.

3 ARTIGOS

3.1 Artigo 1

A Política Indigenista Tutelar no Contexto de uma Casa de Saúde do Índio (CASAI) no Amazonas: Os Índios e o Olhar -Cuidar dos Profissionais de Saúde

Andréa Araújo Ribeiro⁵

Luiza Garnelo⁶

Resumo

Este artigo visa analisar as práticas discursivas e a produção dos sentidos dos profissionais de saúde no contexto de uma Casa de Saúde do Índio – CASAI – no Amazonas administrada pela FUNASA; bem como compreender/contextualizar a implicação desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas. Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da abordagem da pesquisa qualitativa, subsidiada pelo método etnográfico e utilização das técnicas da observação direta, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. A análise foi subsidiada pelas teorias da semiologia dos discursos e antropologia social a partir do entendimento de que na CASAI estudada faz-se presente um *discurso fundador* ancorado na ideologia do indigenismo tutelar brasileiro. O estudo conclui que o perfil de atuação dos profissionais que atuam na CASAI é marcado pelo projeto civilizatório do Estado brasileiro, embalado pelo propósito de auxiliar o índio a ‘evoluir’ a se tornar ‘civilizado’, resultando na negação da autonomia política dos indígenas submetidos a tratamento de saúde.

Palavras-chave: Discurso. Saúde Indígena. Política Indigenista

Abstract

The Tutelage Indigenist Policy within the Context of the Casa de Saúde do Índio (CASAI) (The Indian Healthcare House), in the State of Amazonas: Indians and the Regard-Care of the Healthcare Professionals

This article aims at analyzing the discourse practices and the meaning production of the healthcare professional within the context of the Casa de Saúde do Índio – CASAI, in the State of Amazonas, administered by FUNASA; as well as understand/contextualize the implication of such meaning in the sanitation practices developed thereat. This research work was developed grounded on the qualitative research approach, subsidized by the ethnographic method and the use of the direct observational techniques, semi-structured interviews and document analysis. Such analysis was founded on the discourse semiology and social anthropology theories from the standpoint of the understanding that in the studied CASAI a founding discourse anchored in the ideology of the brazilian tutelage indigenism. The study concluded that the profile of the performance of the professions who work in CASAI is marked by the Brazilian State civilizatory project moved by the purpose of assisting the Indian towards ‘evolving’ and becoming ‘civilized’, resulting in the negation of the political autonomy of the Indians who are submitted to health treatment.

Keywords: Discourse, Indigenous Health, Indigenist Policy.

⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/UFPA/Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/FIOCRUZ-Amazônia.

⁶ Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/UFPA/Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/FIOCRUZ-Amazônia.

Introdução

No Brasil existe controvérsia sobre o tamanho da população indígena. Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o órgão indigenista oficial, essa população seria de aproximadamente 350 mil pessoas (estimativa de 2004). Porém, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2000, 734 mil pessoas se autodeclararam indígenas. Pereira, Santos & Azevedo (2005) identificam mais de 200 grupos étnicos, falantes de 180 línguas distintas, distribuídos em todo o território brasileiro, em espaços rurais e urbanos, com características sócio-históricas, culturais e econômicas diversificadas. Na página oficial da FUNASA, na internet, os dados estimados sobre a população indígena são de uma população de aproximadamente 400 mil pessoas, pertencentes a 215 povos e com 180 línguas identificadas.

A legislação brasileira dispõe sobre os direitos diferenciados dos povos indígenas, que se expressam em políticas sociais específicas para essas populações. Dentre estas se destaca a de saúde que é operacionalizada através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde. A partir de 1999 as autoridades sanitárias brasileiras implantaram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, regulamentado pela Lei 9.836 (Lei Arouca), que preconizou a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de 34 sistemas locais de saúde, os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Nas aldeias indígenas os DSEI desenvolvem atividades de atenção básica à saúde, em articulação com unidades de maior complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), disponíveis nas áreas urbanas, (Fundação Nacional de Saúde, 2000; Garnelo; Macedo & Brandão, 2003; Garnelo, 2006).

Dados os limites da resolutividade das unidades de saúde dos DSEI os casos de doenças não resolvidos no interior das terras indígenas devem ser encaminhados para unidades urbanas, as Casas de Saúde Indígena (CASAI) localizadas em sedes de municípios de referência do subsistema de saúde indígena (Fundação Nacional de Saúde, 2000; Garnelo; Macedo & Brandão, 2003).

Conforme documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as CASAI devem recepcionar, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes indígenas; estabelecer referência e contra-referência para a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; acompanhar indígenas em consultas e exames especializados e internações hospitalares; viabilizar medicamentos necessários ao tratamento; articular o retorno dos pacientes e acompanhantes às comunidades e fornecer informações sobre os casos

aos DSEIs e Pólos-Base⁷ de origem. A legislação também preconiza a realização de atividades de educação em saúde, confecção de artesanatos e lazer, dentre outras atividades para os pacientes e acompanhantes indígenas nas dependências da CASAI (Fundação Nacional de Saúde, 2000).

A CASAI responde, portanto, pela conexão entre as ações e serviços de saúde demandados pela população aldeada e aquelas desenvolvidas fora do subsistema de saúde indígena, ofertadas por unidades hospitalares ambulatoriais e especializadas, sediadas em espaços urbanos. A adequada execução das atividades sob a responsabilidade das CASAI demanda a alocação de profissionais de saúde que devem se responsabilizar pelos cuidados ali ofertados, e exercem um papel-chave na resolutividade do subsistema de saúde indígena. Nessas circunstâncias o conhecimento de como esses profissionais atuam e dos valores e concepções que orientam os serviços que ali prestam, mostra-se relevante para entender a qualidade, a sensibilidade cultural e a especificidade dos cuidados prestados no âmbito do subsistema de saúde indígena.

Esse texto discute os resultados de uma investigação realizada em uma CASAI no Amazonas, administrada pela FUNASA. Esse órgão estabeleceu como pré-condição para o desenvolvimento da pesquisa a não identificação da CASAI estudada. Assim, em obediência à exigência da FUNASA, a CASAI pesquisada será identificada apenas como CASAI “Y”; do mesmo modo o DSEI ao qual esta instituição está vinculada será identificado como DSEI “Y”.

O artigo se propõe a efetuar uma análise das práticas discursivas dos profissionais de saúde da CASAI “Y”, bem como os sentidos atribuídos, por eles, sobre o ser e o viver indígena, dentre os assistidos nesta instituição. Pretende ainda contextualizar a implicação desses sentidos nas práticas sanitárias ali desenvolvidas, bem como contribuir para uma reflexão sobre a operacionalização da política brasileira de saúde indígena.

⁷ Pólos-Base: instância de atendimento às comunidades indígenas; constituem a primeira referência para os AIS – Agentes Indígenas de Saúde – que atuam nas aldeias; sua localização pode se configurar em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Cumpre destacar que a maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida neste nível (Fundação Nacional de Saúde, 2000).

“(...) Pólo-base é a denominação de um tipo de unidade de saúde que comporta ações mais complexas que aquelas disponíveis no posto indígena de saúde, ofertando atendimento médico, de enfermagem e alguns recursos laboratoriais” (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003, p. 51).

Marco Teórico

O marco teórico da pesquisa foi construído a partir do diálogo entre a antropologia social, particularmente os estudos sobre a política indigenista brasileira, e a semiologia dos discursos. Esta última contribuiu para subsidiar a compreensão das práticas discursivas e da produção dos sentidos pelos atores sociais da CASAI “Y”, sobre os indígenas que estão sob seus cuidados. Nos parágrafos seguintes trataremos dos principais conceitos que, no campo da semiologia dos discursos, orientaram a análise dos dados.

A *teoria da semiologia dos discursos sociais* foi definida por Araújo (1995) como a “(...) ciência que estuda os fenômenos sociais como fenômenos de produção de sentido (...)” (p.90). Se compararmos esta teoria e com a das representações sociais (que, também trabalha com o discurso), percebemos que esta última se detém mais especificamente à face textual – *texto como texto* – enquanto a semiologia acrescenta uma perspectiva de compreensão do funcionamento social a partir da prática discursiva; principalmente no âmbito do confronto pela imposição da fala, pela construção da realidade; o que importa é o processo de produção, de negociação de sentidos (Araújo, 1997).

A partir desta perspectiva, os sentidos não podem ser expressos de forma modelar, consensual; tendo em vista que estes são dinâmicos, estão em movimento contínuo. Como destaca Amorim (2001): “(...) mesmo no caso de uma repetição, ela também seria nova: um novo contexto de enunciação constitui um novo contexto dialógico, o que produz sempre um novo sentido (p.133)”.

Na teoria das representações sociais, nos deparamos com simbolizações sobre a realidade; há a construção das imagens dos atores e de suas relações, imagens que visam o consenso – alvo privilegiado da investigação em representações sociais (*modelização*). Spink (2004) ressalta que as representações sociais são concebidas como conteúdos compartilhados; não há a preocupação com os aspectos de conflito relacionados ao processo de produção dos sentidos.

No caso da semiologia dos discursos Pitta (1995) destaca que os sentidos e as práticas sociais são construídos *em situação* – não há possibilidade de transferi-los como ‘decalques’ de sentidos ou representações entre atores sociais. A semiologia dos discursos está mais preocupada com o processo de produção, circulação e consumo dessas imagens e, particularmente, pela disputa de sentidos e pela supremacia de um ponto de vista sobre outros, alcançando, dessa forma, o poder de configurar a realidade social (Araújo, 1997).

O conceito de *sentido*, que também é relevante para nossa análise, está sendo usado aqui como “(...) uma construção social, um empreendimento coletivo (...) interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta” (Spink & Medrado, 1999, p. 41).

É a partir das *práticas discursivas* – tomadas, aqui, como “(...) linguagem em ação (...) maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (...)” (Spink & Medrado, 1999, p.45) – que os sentidos são produzidos; “(...) em cada ato verbal, na copresença dos sujeitos (...) em determinadas condições históricas, culturais e políticas (...)” (Araújo, 1995, p. 90).

O entendimento sobre os modos de produção dos discursos é relevante porque os discursos expressam a atribuição de sentidos, pelos sujeitos sociais, a um determinado objeto ou temática. Nessa pesquisa os discursos produzidos sobre os indígenas assistidos pelos profissionais de saúde da CASAI “Y” representam a temática de nosso interesse.

No contexto da CASAI “Y” a pesquisa identificou, nos discursos produzidos pelos profissionais que ali atuam, a circulação de inúmeras *vozes* – aqui entendidas como diferentes visões de mundo, ou formas de interpretação sobre determinado objeto ou tema – que povoam as práticas discursivas e as relações de comunicação dos agentes sociais que ali atuam (Araújo & Cardoso, 2007).

De acordo com Araújo (1998), os processos de comunicação são intrinsecamente polifônicos, ou seja, cada produção discursiva é povoada por inúmeras vozes que a constituem, e que, muitas vezes, operam de forma competitiva, em busca do predomínio, nos discursos enunciados pelos sujeitos sociais. Tal questão mostrou-se muito relevante para analisarmos as produções discursivas dos profissionais que trabalham na CASAI “Y” e examinar as vozes/visões de mundo presentes nos discursos circulantes na instituição; ali, a polifonia discursiva, é, como veremos adiante, fortemente marcada pela voz da política indigenista tutelar praticada há décadas no Brasil.

Outro aporte teórico imprescindível em nosso trabalho é representado pelos estudos da política indigenista brasileira, uma vez que ele surge como uma das vozes que ecoam nos discursos dos profissionais de saúde da CASAI “Y”.

Para fins desse texto a política indigenista deve ser entendida como um conjunto de ações práticas dos governos, que incidem direta ou indiretamente sobre os povos indígenas (Souza Lima, 1995). No Brasil ela ofertou, ao longo do século XX, um modelo – explícito ou

implícito – para as políticas públicas dirigidas aos indígenas em campos diversos como a educação, a saúde e outras.

Em 1916, o Código Civil Brasileiro instaurou o instrumento jurídico da *tutela*. De acordo com Souza Lima (1995), o poder tutelar “(...) implica em obter o monopólio dos atos de definir e controlar o que seja a população sobre a qual incidirá” (p. 74).

A tutela se configura como um dispositivo jurídico de intervenção, de caráter transitório, regulamentado pelo Estado, com o intuito de administração de patrimônio, transmitido através de herança, em situação que a criança se encontre órfão ou em situações em que a família não exerça controle sobre a criança. O tutor – substituto da família – também representa a criança em atos civis (Ferreira, 2007). Tal figura jurídica, oriunda do direito de família, foi transposta para o campo da política indigenista, instituindo a tutela como forma de regulação das relações entre o Estado e os povos originários.

O estatuto da tutela é apoiado na concepção evolucionista de que os indígenas estariam num patamar evolutivo inferior e em um processo de transição para processos civilizatórios superiores, ou seja, o modo de vida da sociedade brasileira. Para efetuar essa transição eles necessitariam da proteção tutelar do Estado. Em conseqüência, os dispositivos jurídicos brasileiros passaram a considerar os indígenas incapazes de gerir seus próprios interesses; eles deveriam, então, ser representados por um órgão tutor, instituído pelas autoridades. Esse papel foi representado inicialmente pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), sucedido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) na década de 1960 (Souza Lima, 2005).

Em congruência com essas idéias, as leis brasileiras instituíram um gradiente de avaliação dos “graus de contato” que variava de índios ditos *isolados*, isto é, sem contato, ou com contato apenas intermitente, com a sociedade nacional, passando por grupos permanentemente sedentarizados em povoados indígenas ou mestiços. No último estágio desse gradiente, situavam os grupos étnicos em contato permanente com os chamados civilizados, tendo perdido (ou abolido) todos os sinais diacríticos que os caracterizassem como grupos culturalmente diferenciados. Nesse último caso a legislação consideraria o grupo como assimilado à sociedade nacional, ou seja, abandonado a condição de indígena (Oliveira, 1998; Souza Lima, 1998).

Trata-se, em suma, de outorgar ao poder público o poder de decidir *quem é, e quem não é índio*, e, em conseqüência, a quem podem ser estendidos – ou negados – os direitos políticos e a proteção diferenciada previstos nas leis indigenistas do país (Souza Lima, 1995).

Tais premissas consolidaram, no Brasil, a negação das diferenças internas entre os grupos étnicos e a construção de uma imagem genérica do *indígena*, sempre representado

como infantil, como incapaz e carente da proteção e da assistência estatal. Em nome da proteção, o Estado passou a exercer o controle sobre os indígenas; justificando sua tutela pela permanente ameaça de extinção do contingente indígena no país (Ferreira, 2007); a tutela configura-se, então, como uma forma de *proteção-poder*.

A adoção da tutela como política pública é, para Souza Lima (1995), “(...) um fato de natureza política (e administrativa), produto e componente de uma relação na qual os designados como índios têm sido historicamente a menor parte (...)” (p. 77). A assimetria dessas relações produziu desrespeito ao direito às diferenças étnicas e culturais dos povos indígenas. Ela relegou esses povos a um *locus* de desprestígio e incapacidade; os destituiu de diversos direitos jurídicos e administrativos e cerceou sua capacidade de auto-representação.

Em termos da semiologia dos discursos pode-se dizer que durante muitos anos, a política indigenista brasileira silenciou as *vozes* indígenas. Somente a promulgação da Constituição de 1988 mudou o cenário acima descrito. Com ela, os indígenas reconquistaram o direito de fala e de exercer o associativismo político e de retomar a condição de sujeito de sua própria história, após a supressão da tutela na última Constituição.

Metodologia

O trabalho de campo foi desenvolvido na CASAI “Y”, no período de abril a junho de 2007, tendo como informantes os profissionais de saúde que atuam na referida instituição. O estudo, embasado nos preceitos da pesquisa qualitativa, buscou apreender os diferentes significados atribuídos ao ato de cuidar, e reconhecer a diversidade de lógicas culturais que orientam as ações de saúde (Deslandes & Gomes, 2004).

O método utilizado foi o etnográfico, que possibilita que os dados da pesquisa sejam não apenas observados; mas, também que possam revelar ao pesquisador o funcionamento destes processos; as incongruências entre o que é falado e o que é praticado; as relações de poder e outras relações sociais (Minayo, 2004). Nessa alternativa metodológica o resultado da pesquisa é obtido através do *diálogo* entre pesquisador e *nativo* (Peirano, 1992).

A partir das atividades de campo desenvolvidas na CASAI “Y” foi possível estudar características da instituição; realizar registros das atividades desenvolvidas no cotidiano da CASAI “Y” (recepção, acolhimento, cuidado de enfermagem, dispensação de medicamentos, alimentação, atividades de lazer); as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e compreender como se configura a produção dos sentidos dos profissionais de saúde da instituição sobre os indígenas assistidos e a implicação desses sentidos nas ações de saúde ali desenvolvidas (Deslandes, 2002).

As técnicas utilizadas foram a observação direta das rotinas de serviço, entrevistas semi-estruturadas e análise documental. A observação viabilizou a aproximação da pesquisadora com os profissionais de saúde que atuam na CASAI “Y” e o contexto institucional no qual eles atuam. Todas as observações foram registradas em diário de campo.

As entrevistas realizadas foram do tipo semi-estruturadas; sendo coletadas 13 entrevistas com os profissionais de saúde da instituição. Os critérios para seleção de informantes visavam contemplar pelo menos um entrevistado de cada setor de trabalho na instituição e de cada categoria profissional (de nível superior, médio e elementar) com atuação na CASAI. A coleta de entrevistas prosseguiu até que se obtivesse certa reincidência de informações, definindo assim o número de entrevistados na pesquisa, que não buscava uma representatividade numérica, mas um aprofundamento da temática (Gomes, S/D).

Assim sendo, foram entrevistados a chefe da CASAI “Y”; 2 auxiliares administrativas (Serviço de Atendimento e Arquivamento Médico – SAME e Agendamento); 1 odontóloga; 1 enfermeira (Chefe de Enfermagem); 5 técnicas de enfermagem (Agendamento Interno e Externo e Farmácia); 1 técnico de nutrição; 1 cozinheira e 1 motorista. Dentre os treze profissionais entrevistados, nove deles não possuíam experiência anterior com Saúde Indígena; somente quatro profissionais já haviam trabalhado com saúde indígena antes de atuarem na CASAI. Em relação ao gênero, 11 profissionais pertenciam ao sexo feminino e 2 ao sexo masculino. Destacamos que na CASAI “Y” a maioria dos profissionais pertencem ao sexo feminino.

A análise dos dados foi conduzida a partir da produção discursiva, as falas – aqui entendidas como *textos* – dos profissionais de saúde da CASAI “Y” entrevistados na pesquisa; igualmente foram analisadas as notícias de jornais sobre a CASAI na época da pesquisa; e os materiais de divulgação e de propaganda utilizados na CASAI. A leitura aprofundada destes textos permitiu identificar os sentidos presentes nos discursos dos atores sociais em relação aos índios assistidos na instituição. No presente artigo limitar-nos-emos a analisar os dados coletados a partir das entrevistas. As outras informações, ainda que relevantes, serão objeto de outra publicação.

O recorte da pesquisa visava os profissionais de saúde que atuavam na CASAI. Assim sendo, as vozes indígenas não foram objeto de análise direta da investigação. Elas ecoaram nas produções discursivas dos profissionais de saúde da CASAI “Y”, sendo acolhidas a partir desse ponto de vista.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), de acordo com a Resolução CNS 196/96; obteve, também, anuência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/Coordenação Regional do Amazonas (CORE-AM).

Apresentação e Discussão dos Dados

A CASAI “Y” recebe pacientes dos estados do Amazonas, Acre, Roraima e Rondônia. Em 2001, ali foram atendidos 3.337 indígenas; em 2002, 3.345; e, em 2003, 3.572 indígenas (FUNASA/Coordenação Regional do Amazonas; DSEI “Y”, Relatório Consolidado da CASAI “Y” / 2003, 2004).

A CASAI “Y” possui uma estrutura física composta de uma portaria; um prédio, da antiga estrutura física da CASAI, reestruturado, em maio de 2007, no qual foi implantada uma *brinquedoteca* (vinculada ao serviço de psicologia) visando atender às crianças indígenas assistidas na instituição.

Há outros 2 blocos que, também, faziam parte da antiga estrutura física, em um deles funciona o serviço social, o setor de recepção, de transportes, o serviço de atendimento e arquivamento médico (SAME), agendamento de consultas, o almoxarifado/dispensa. Em outro funciona a administração, a farmácia, os consultórios de psicologia, de odontologia e uma sala para a enfermeira responsável pelo agendamento de consultas. No corredor deste prédio, encontra-se o serviço de radiofonia – meio de comunicação utilizado para informar sobre encaminhamentos, retornos, situação de pacientes etc. entre os DSEIs e a CASAI “Y”. Neste local, são, também, expostos murais que informam sobre as atividades desenvolvidas na instituição (compostos por fotos, mensagens, informativos, regimentos, legislação etc.).

A enfermaria está localizada em um bloco, recentemente reformado, em frente ao bloco anteriormente descrito; possui 32 leitos; antes da reforma, realizada em 2007, ela possuía apenas 12 leitos. A estrutura de atendimento comporta enfermarias masculina e feminina; isolamento e alojamento para crianças recém-nascidas e bebês; a CASAI “Y” não dispõe ainda, de uma enfermaria pediátrica. Em todas essas dependências alojam-se pacientes que aguardam atendimento no SUS ou que já estejam em tratamento. Neste local funcionam, ainda, o posto e a gerência de enfermagem. Cumpre destacar que as dependências destes locais estavam em condições de higiene adequadas, diferente do cenário que a pesquisadora vivenciou no período de 2003-2005 (realizando outras atividades acadêmicas e visitando amigos Sateré-Mawé alojados nesta instituição). Na CASAI “Y”, dentre os serviços disponibilizados de atenção à saúde, não há atendimentos médicos.

Em outro prédio, mais ao fundo, ficam alojados os pacientes residentes – pacientes com doenças crônicas, tais como câncer, hemofilia, insuficiência renal e transtorno psiquiátrico, bem como seus acompanhantes – tais pessoas têm a internação alongada devido ao prolongado tratamento a que se submetem. Existem outros alojamentos destinados aos indígenas cujas doenças são consideradas menos graves (aguardando consulta e/ou exames). Em todas as áreas de alojamento dos indígenas são instalados banheiros e lavanderia. Na área em que está instalada a cozinha, há um refeitório e uma área para realização de assados (alguns indígenas assam peixe neste local). Aos fundos da CASAI “Y”, existe um igarapé no qual, alguns indígenas lavam suas roupas, tomam banho e pescam e uma área que os indígenas utilizam para jogar futebol.

Em 2007, no período de realização da pesquisa de campo, havia um total de 285 indígenas alojados, sendo que cerca de 170 eram pacientes e 115 eram acompanhantes. Do total de internados, 11 eram *residentes*, sendo que 6 eram pacientes em tratamento de doenças crônicas e 5 eram seus acompanhantes; apenas o paciente psiquiátrico não possuía acompanhante.

A força de trabalho da CASAI “Y” era formada por 125 profissionais com origem institucional variada; 25 eram servidores da FUNASA (cerca de 20% da força de trabalho), 77 contratados de Ongs conveniadas (perfazendo 61,6% da força de trabalho); 1 profissional era contratada por sistema municipal de saúde (implicando em 0,8% da força de trabalho) e 22 eram contratados por prestadoras de serviços de transporte e de conservação e limpeza (aproximadamente 17,6% da força de trabalho).

Os profissionais trabalhavam em turnos (matutino e vespertino) ou em regime de plantões diurno e noturno. Dos 125 profissionais que atuam na CASAI “Y”, aproximadamente, 107 tinham escolaridade compreendida entre os níveis fundamental e médio (a chefe da CASAI, 53 técnicos de enfermagem, sendo 51 do sexo feminino e 2 do sexo masculino; 12 cozinheiras, 1 técnico em nutrição, 7 assistentes administrativas, 05 serviços gerais, todas do sexo feminino; 2 artífices, 8 vigilantes e 18 motoristas, estas últimas categorias profissionais apresentaram-se predominantemente masculinas); um percentual de 85,6% da força de trabalho da CASAI não possuía nível superior. Com nível superior a pesquisa encontrou 18 profissionais (10 enfermeiros, dois do sexo masculino e 8 do sexo feminino; 2 farmacêuticas, 1 odontóloga, 1 psicóloga, 3 assistentes sociais, todas do sexo feminino e 1 nutricionista) atuando, o que equivalia a cerca de 14% da força de trabalho da instituição.

A maior parte dos profissionais que atuavam na CASAI “Y” não possuía experiência prévia com saúde indígena, antes de se engajarem na instituição. Sua inserção não foi acompanhada de processos de capacitação que os habilitassem a lidar com as peculiaridades culturais dos usuários indígenas da instituição. Talvez isso possa explicar a predominância de senso comum que ali encontramos.

“(…) *apesar de não conhecer uma aldeia indígena, mas quando eu cheguei aqui não teve nenhuma novidade; eu já imaginava como era (...). Eu tinha assistido muito pela televisão, as reportagens e tudo; não me surpreendeu*” (Entrevistado 1).

“(…) *Eu já, já tinha algumas informações (...); eu tinha uma colega que trabalhava aqui (...) eram poucas informações (...), mas ela contava as experiências dela do trabalho no Posto de Enfermagem*” (Entrevistada 2).

Os depoimentos permitem identificar a influência da mídia e das experiências de outras pessoas (profissionais de saúde indígena, familiares, amigos etc.). Essas produções discursivas são impregnadas pelo discurso implícito do indigenismo tutelar brasileiro que opera como um *discurso fundador*, aqui, entendido como um discurso que faz referência a um passado que influencia o futuro, dando-nos a sensação de experimentarmos uma história já conhecida.

De acordo com Orlandi (1993), os discursos fundadores “são enunciados que ecoam (...) e reverberam efeitos de nossa história em nosso dia-a-dia, em nossa reconstrução cotidiana de nossos laços sociais, em nossa identidade histórica” (p.12). Assim sendo, foi possível perceber que o indigenismo tutelar que permeia as produções discursivas contribui de forma significativa para moldar as interações sociais e os cuidados ofertados pelos profissionais de saúde na CASAI investigada.

Tal influência é perceptível no modo como os profissionais da CASAI classificam os índios ali atendidos, agrupando-os em duas categorias: (1) **Índios de verdade** e (2) **Falsos índios**.

Índios de verdade seriam aqueles que atendem aos requisitos de autenticidade instituídos pelo senso comum dos entrevistados, ou seja, aqueles que vivem “nas matas” e “não sabem nem mesmo falar português”. Dentre os *índios de verdade* eles estratificam outras subcategorias: o *índio tutelado*; o *índio carente* e o *índio selvagem/primitivo/agressivo*.

O depoimento abaixo demonstra o que seria um *índio tutelado*:

“(...) O índio (...) é responsabilidade nossa (...) nós temos que levar ele pro médico; temos que levar pra fazer exame; temos que levar para o retorno (...); temos que falar por eles. Temos que defendê-los, pois eles não podem se defender sozinhos. Nós temos que fazer isso por eles (...)” (Entrevistada 3).

“(...) O paciente indígena é uma criança (...) que a gente tem que cuidar; senão eles não têm como se cuidar sozinhos; precisam que a gente cuide deles. Eles não conseguem ir sozinhos ao médico; são como crianças que a gente tem que cuidar” (Entrevistada 8).

A responsabilização assumida pelos profissionais de saúde em relação aos indígenas está associada à *concepção evolucionista* – em que o índio é incapaz, inferior ao ‘branco’; é um ser incompleto que precisa de auxílio. A partir desta visão, os profissionais de saúde assumem o papel de provedores generosos; capazes de salvar, proteger e suprir as necessidades dos índios. Tudo se passa como se os indígenas não dispusessem de estratégias próprias de prestação de cuidados e capacidade de lutar por seus próprios interesses e necessidades. A tutela se configura, então, como *proteção-poder*.

A *voz persistente do discurso fundador* opera como base de referência para a construção do imaginário desses atores sociais, sobre os índios assistidos na instituição (Orlandi, 1993). Ela se faz nítida, não apenas na idéia de um ser vulnerável que não sobrevive sem a tutela, mas também na recorrente referência a um *índio genérico* do qual se abole qualquer distinção étnica, restando-lhe apenas a condição de incapacidade universal. Esta imagem de índio genérico é composta por um conjunto de estereótipos que fazem parte de nosso *arquivo colonial*⁸.

O conjunto de estereótipos referentes aos índios se tornarem civilizados está embasado na *teoria do branqueamento* – a qual concebe a possibilidade dos indígenas tornarem-se brasileiros, a partir da colaboração fenotípica dos *brancos superiores*; os estereótipos destacam a determinação biológica, principalmente, no âmbito moral (ênfase nos vícios das populações inferiores) da incapacidade evolutiva dos índios. Construindo-se, então, uma classificação social embasada na desigualdade biológica e cultural, que destina um lugar para cada raça; aos índios, a selva e o extermínio (Seyferth, 1995).

⁸ Segundo Souza Lima (2003), o arquivo colonial é composto por produções de significados a partir da ótica dos colonizadores das terras americanas. No Brasil, essa produção imagética concebe os indígenas como crianças, hostis, ingênuos, brincalhões, primitivos, nus, canibais etc. Este autor ressalta, ainda, que ao utilizarmos as imagens deste arquivo estamos conservando, guardando, preservando os conteúdos desse arquivo; perpetuando a produção e reprodução de imagens pejorativas acerca dos indígenas (Souza Lima, 2003).

Ferreira (2007), discutindo sobre a tutela indígena, ressalta que, de acordo com esta noção, o índio pode ser considerado com um ser infantilizado. Segundo ele, para os praticantes da tutela uma criança não-índia estaria mais apta a viver na sociedade nacional que um índio adulto, percebido como primitivo e não civilizado. Reforça-se, então, a concepção de que os indígenas devem ser protegidos e assistidos pelo governo, o único capaz de lhe oferecer proteção. Nessa ótica, a abolição da tutela do governo comprometeria a sobrevivência indígena.

De acordo com Thomaz (2004), tais idéias povoam o senso comum dos brasileiros, segundo o qual as diversas sociedades indígenas costumam ser genericamente, designadas como “índios”. Tal descrição generalizante é povoada por características pejorativas, tais como *primitivos, selvagens, pouco inteligentes, com capacidades limitadas, com hábitos não-higiênicos*, etc. Este olhar etnocêntrico é típico do estranhamento produzido a partir de um repertório de experiências de um grupo social, frente aos costumes, hábitos e culturas de outros.

Para Oliveira (1988), a tutela opera “como mecanismo de controle sobre um conjunto de indivíduos potencialmente perigosos em razão de seus comportamentos desviantes” (p. 122). Sendo objeto do poder tutelar, os indígenas passam a ser classificados como populações com características distintas, devendo, por isso, receber tratamentos diferenciados dos demais segmentos populacionais, favorecendo, assim, a atribuição de características genéricas com teor desviante aos índios (Ramos, 2003).

Além disso, as falas dos profissionais entrevistados descrevem a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como uma *boa mãe* que não desampara os indígenas por ela assistidos. Percebemos, aqui, muita similaridade com os preceitos da ideologia da tutela exercida pelo SPI e FUNAI. Os documentos institucionais que consolidam a ação do Estado são pródigos na enunciação da idéia de *cuidado fraterno* – “*fazer o bem*” – aos índios. Explicitada por Rondon, essa máxima também permeia os preceitos missionários, enunciados desde o início da colonização do Brasil: amor, bondade e abnegação e braço firme (Souza Lima, 1987; 1995; 2005). Em resumo, podemos dizer que os discursos explicitados de missionários, militares do SPI, funcionários da FUNAI e agora, dos profissionais de saúde vinculados a FUNASA, exaltam a idéia de que “*amam e cuidam dos índios*”.

Cumprir destacar que os cuidados em saúde ofertados na CASAI “Y”, manifestam-se como *ajuda-poder*. Corroborando essa discussão, Pires (2005) sugere que o cuidado “se reconstrua sempre para cuidar melhor, gerindo politicamente relações da ajuda-poder. Para a área da saúde, em especial, esse debate se insere na atual discussão sobre mudança do modelo assistencial em saúde (...)” (p. 1030).

Garnelo (2003) ressalta, também, que “O discurso indigenista (...) tem, entre suas conseqüências para a saúde, a pressuposição de que as autoridades governamentais são os únicos sujeitos ativos, sendo responsáveis por ‘trazer a saúde’ para uma população passiva (p.88)”. Tal idéia surge nítida em falas, como a que transcreveremos em seguida, na qual um profissional de saúde descreve o papel da FUNASA para um usuário indígena: “*a FUNASA dá toda essa assistência (...) todo suporte pra você (...) Ela está aqui para o que você precisar; (...). Ajuda mesmo; tem toda uma estrutura (...)*” (Entrevistada 6).

E ainda:

“Nós só trabalhamos com produtos de qualidade; aqui [tem] leite Molico, né? Se fosse outro [outro órgão, outra instituição], não tava nem aí! Porque leite Molico é só pra quem pode! [O] feijão é de primeira; o arroz (...) é tudo é coisa de primeira! Então, eu fiquei um pouco surpresa [ao iniciar seu trabalho na CASAI]: ‘Ah! Os índios comem isso? São gente que nem a gente!’” (Entrevistada 12).

Na CASAI “Y”, os profissionais utilizam “*a política do jeitinho*” (Peterson, 2002), ou seja, os profissionais de saúde barganham, a partir de uma rede de relações pessoais, atendimentos, exames, medicações, monitoramento das ações e outros benefícios. Tais iniciativas não são encaradas como um direito de cidadania. Pelo contrário, elas são parte de uma rede de influências e trocas de favores entre os profissionais da CASAI e os outros profissionais do SUS, viabilizadas através do apelo à condição de carência dos índios. É o que se pode evidenciar em falas de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem da CASAI, transcritas abaixo:

“(...) Você já ligou para lá? Você disse a eles que não dava para esperar tanto tempo? (...) Liga e diz que não dá para esperar tanto tempo (...); fala com jeitinho (...). Tem que ser assim, senão não sai (...)” (registro em diário de campo, 23/04/07).

“(...) uma das meninas [a entrevistada está se referindo às técnicas de enfermagem que fazem o serviço de agendamento externo] conseguiu um ginecologista-obstetra [médico do serviço privado] que atende às mulheres indígenas de graça! (...)” (registro em diário de campo, 10/05/07).

Para Peterson (2002) é a crise nos serviços de saúde que impulsiona a *prática do jeitinho*. Sua necessidade se instala devido ao elevado, e crescente, número de usuários que buscam os serviços públicos, cuja oferta costuma ser restrita. Nessas circunstâncias os demandantes costumam acionar sua rede de relacionamentos, buscando obter o atendimento que necessitam. A multiplicação dessas condutas amplia as dificuldades de acesso ao SUS. No caso da CASAI “Y”, observamos que as mesmas redes de relacionamentos, construídas para viabilizar o atendimento para os indígenas, eram acionadas também para facilitar o acesso às unidades do SUS para parentes e amigos dos profissionais que ali atuavam. Percebemos, então, que a prática do jeitinho é acionada em outros âmbitos do SUS, não apenas na saúde indígena.

Conforme enfocado por DaMatta (1980; 1997;1998), os “jeitinhos” são arranjos que utilizamos para solucionar problemas, a partir da ótica das relações/lealdades pessoais sem compromisso legal ou ideológico. Esses arranjos permitem que a lei seja burlada, viabilizando o acesso a serviços de saúde a alguns usuários em detrimento de outros que não possuem tais redes relacionais.

Outra categoria nativa elaborada pelos profissionais entrevistados era a de *índio carente*:

“(…) às vezes, eu chegava assim em casa e ficava pensando; dizia: ‘Meu Deus, às vezes eles precisam um tanto mais de carinho. Eles se sentem assim sozinhos’ (...) são pessoas que precisam de você, que precisam mais (...)” (Entrevistado 2).

Os profissionais de saúde percebem os índios como pessoas desprovidas de algo; dependentes da *ajuda do ‘branco’*. Esta prática caritativa ressalta a impossibilidade dos indígenas serem independentes. Sem os profissionais de saúde, eles não conseguiriam sobreviver; precisam ser cuidados de forma integral. É uma postura que reforça as práticas sanitárias assistencialistas voltadas às populações indígenas. Os índios necessitam da *generosidade* dos brancos para evoluírem, para se tornarem seres completos – *civilizados*.

Ferreira (2007) ressalta que a incapacidade e a carência atribuídas ao índio remetem à desigualdade; à relação assimétrica entre “índios” e “brancos”. Essa seria a concepção que sustenta a necessidade, vista pelos profissionais, de proteção e assistência tutelar estatal dos indígenas. No contexto da CASAI “Y”, o indígena é duplamente penalizado, por ser, simultaneamente, tutelado e paciente.

É importante destacar que embora os profissionais conhecessem os procedimentos técnicos necessários a uma boa atenção em saúde indígena, que se evidenciou, no dia-a-dia, foi a predominância do senso comum na organização dos cuidados ofertados. Isso é possível ilustrar a partir da prática de acompanhamento em consultas:

“(...) uma técnica [de enfermagem] não sai só com um paciente; geralmente, ela sai com três, quatro pacientes. É difícil o dia que elas vão só com um paciente (...). E, aí, o primeiro é atendido, ela vai com aquele e se for o mesmo médico, bom; agora se não for, ela já vai tirando da vez, até dar tempo dela chegar lá, para acompanhar (...). Teve vez de eu acompanhar seis pacientes, num dia só, num só local, com especialidades diferentes. Tem que levar um pro oftalmologista, dois pra laboratório, outros pro Raio-X, dois pra ginecologista; e ao mesmo tempo (...). Aí, você tem que ter jogo de cintura (...). Aí você diz aos indígenas: ‘Ah, espera um pouquinho aí que eu vou atender aquele, depois aquele’” (Entrevistada 3).

Araújo & Cardoso (2007), contribuem de forma valiosa para nossa análise a partir do entendimento de que: “(...) Carente é, em princípio, aquele que nada tem, portanto, só está apto a receber. Ignorando que as pessoas agem sobre a realidade com o que elas têm, e não com o que lhes falta, ‘carente’ é uma categoria que promove políticas assistencialistas (...)” (p. 97).

A suposta necessidade do Estado em prover assistência e proteção aos povos indígenas recobre uma *ação civilizatória*, anunciada como uma forma de guindar os índios a patamares mais elevados de socialização, mas promovendo, de fato, uma *incorporação subalterna* dos indígenas às classes palperizadas da sociedade brasileira (Souza Lima, 1995).

Os postulados evolucionistas da ação civilizatória empreendida pelo indigenismo tutelar também povoam as falas dos profissionais da CASAI “Y”, que identificam, nos índios, grande carência de educação ‘branca’ representada principalmente pela escolarização:

“(...) alguns, não tem tanta clareza; não são tão instruídos. Mas pra mim [ou seja, apesar disso] eu definiria eles como uma pessoa normal (...). A única diferença que eu vi, é que eles são menos instruídos do que uma pessoa que teve mais oportunidade, ou morava mais perto de grandes centros (...). Eles são assim porque não tiveram as mesmas instruções (...); muitos não sabem ler, não é? Aí, a gente questiona: - Não saber ler por quê? Porque ele não foi instruído (...)” (Entrevistada 7).

“(...) eles não têm como se comunicar; a maioria não sabe escrever (...). A dificuldade que eles têm são essas; não têm conhecimento (...)” (Entrevistado 10).

O conhecimento é entendido a partir da lógica da escola dos ‘brancos’, negando qualquer possibilidade (ou valor) de obtenção de conhecimento no interior da cultura indígena. Uma ignorância abissal que justificaria uma suposta dificuldade de entendimento do mundo pelos índios. Também justificaria o alegando o raciocínio lento e a inferioridade em relação ao ‘branco’.

Tal como apreendido por Ferreira (2007), em seu estudo sobre as relações de dominação e resistência política entre os índios Terena e o Estado Nacional, os indígenas são vistos pelos profissionais do indigenismo estatal como pouco propensos às atividades intelectuais e como possuidores de baixa capacidade intelectual. Tais características instituiriam a necessidade de uma *ação pedagógica* capaz de viabilizar a evolução dos indígenas do estágio de primitivismo para a civilização. Nessa ação, os membros da sociedade nacional ocupam o papel de “*professores*” e os indígenas, de “*alunos*”. Tais premissas reproduzem-se com detalhes nos discursos e práticas dos profissionais da CASAI “Y”, ainda que os mesmos não tivessem vivências prévias com o comportamento e ações rotineiras empreendidas pela FUNAI e por outras agências indigenistas.

Entretanto, os índios carentes não conseguem esconder uma tenebrosa faceta selvagem que também os torna **primitivos e agressivos**.

Segundo Souza Lima (2005), a visão de *índio primitivo* está ligada a uma produção imagética cujas origens remetem à época colonial. A partir daquele período, os relatos dos cronistas e viajantes que atestavam as características agressivas e selvagens de silvícolas, primitivos, pintados e despudorados, foram reproduzidos de modo relativamente constante; particularmente através do ensino escolar que refletiam de forma bastante fiel *o ponto de vista*, o olhar do colonizador, repercutindo nos discursos e ações das políticas indigenistas brasileiras nos séculos subseqüentes. Cumpre destacar que esse sistema de estereótipos é prévio e está além da prática tutelar. É essa mesma representação que encontramos de modo recorrente na produção discursiva de nossos entrevistados:

“(…) eu imaginava que ia pro meio dos índios (...), com arco e flecha e numa situação de aldeia (...). Aí a gente cria certa insegurança de trabalhar com eles. (...) ‘Será que eles são agressivos?’ (...). Quando a minha avó soube que eu estava trabalhando com índio disse: ‘Minha filha largue isso. Isso é loucura! Esses índios são maus! São maus!’ [a entrevistada fala imitando a voz de velhinha]” (Entrevistada 3).

“(...) um dia desses uma índiazinha bateu na filhinha bebê. A gente acha isso errado. Na nossa cultura isso é um absurdo! Só que ela não tem noção nenhuma disso (...). A psicóloga foi lá conversar com ela; explicar que não pode (...)” (Entrevistada 9).

Fiéis ao gradiente civilizatório instituído pelo ideário indigenista, os profissionais também identificam os que são descritos como **falsos índios**:

“(...) Os que não são índios são os que mais reclamam (...). Há ‘os que se dizem’ índio [ironia em relação à auto-identificação de indígena] que têm olhos azuis e são loiros; parecem alemães (...)” (Entrevistado 1).

“(...) Tem uma menina (...) que ela é loura [o tom era de forte ironia], dos olhos azuis (...) Eu não sei se tem indígena assim (...). O indígena de verdade, é mais fácil lidar com ele (...). Aquela pessoa que eu te digo, não é indígena (...). Mesmo que eu diga toda verdade, ele vai estar sempre insatisfeito, porque ele usa de um documento pra se prevalecer do direito do indígena! (...). Quem é casado com índio, passa a se caracterizar como índio? Para mim, indígena, não é! (...). Mesmo ele convivendo, lá [na aldeia] (...) ele já foi para lá formado (...). ‘Quem é índio?’ Aquele que ainda tem um pouquinho de cultura preservada (...). Tem uns que não sabem nada (...) nada deles foi preservado (...), nem alguns costumes, alguma característica (...) memória, cultura, costumes, hábitos, nada, nadinha!” (Entrevistada 11).

Nesse caso, os critérios construídos e utilizados pelos profissionais de saúde para diferenciar os verdadeiros dos ‘falsos’ índios, utilizam um *padrão de indianidade*, que foi construído de forma subjetiva por ‘especialistas’ em povos indígenas (antropólogos, sertanistas, militares do SPI e da FUNAI), e apropriado, ao longo da história brasileira, pelo senso comum dos funcionários do órgão indigenista (Souza Lima, 1995).

Analisando a aplicação desses princípios na atuação da FUNAI, particularmente no processo de identificação e demarcação de terras indígenas, marcados pela identificação de continuidades entre as populações indígenas contemporâneas e seus ancestrais pré-colombianos, Oliveira (1998), ressalta que a busca de sinais diacríticos que atestassem essa continuidade – e, conseqüentemente, o direito à condição de índio e à terra – “(...) passa por critérios de senso comum, dados como absolutamente consensuais, como a posse de uma tecnologia bastante simples e o nomadismo” (p.273).

Segundo este autor, nos laudos que orientam a demarcação de terras, o processo é orientado pela busca de características que demarquem, inequivocamente, a condição indígena. Em conseqüência, os grupos indígenas que não possuam sinais evidentes que atestem sua “*indianidade*”, tal como o uso de uma língua e outros estigmas culturais;

enfrentam sérias ameaças ao reconhecimento de sua condição diferenciada, que garantiria a distinção dos não-indígenas e o direito à posse da terra e outros benefícios garantidos na legislação indigenista (Oliveira, 1998).

Trata-se aqui de um importante arbítrio da tutela, que implica em remeter ao poder de Estado, o direito de oficializar (ou recusar) o *status* de índio. A delegação, para a FUNAI, do poder de decidir que é e quem não é índio, tem implicado na exclusão de grandes segmentos populacionais indígenas, dos direitos que a legislação lhes confere.

É um desejo similar de excluir os “*falsos índios*” do direito à assistência à saúde, que anima os profissionais da CASAI a arbitrarem, com base em idéias improvisadas, quem deveria ter – ou não ter – acesso às dependências daquele serviço. Estando destituídos de tal poder, já que os índios que ali chegam vêm chancelados pelo atesto da FUNAI, seu desempoderamento nessa questão gera grande revolta, por terem que cuidar de “*falsos índios*” acobertados pelo órgão indigenista.

As imagens dos indígenas, forjadas pelos profissionais de saúde da CASAI “Y”, se ancoram na figura de índio tutelado. Eles parecem não cogitar a idéia de índios atuantes; de cidadãos exercendo direitos políticos. Os vêm como permanentemente reduzidos à condição de objetos passivos, submetidos às decisões dos ‘brancos’ (Souza Lima, 1998). Por outro lado, sua incorporação – como *falsos índios* – à sociedade nacional, longe de lhes conceder os direitos de cidadania, acessíveis aos brasileiros em geral, os mantém perpetuamente congelados num limbo. Nem índios tutelados e nem cidadãos brasileiros; são apenas *falsos índios*, descaracterizados e duplamente desqualificados.

Considerações Finais

A polifonia da produção discursiva encontrada na CASAI “Y” gera implicações diretas, não apenas na atribuição de sentidos sobre os índios ali atendidos e classificados segundo categorias plasmadas do discurso indigenista oficial – *índio de verdade* (tutelado, carente e selvagem/primitivo/agressivo) e *falso índio*. Elas também têm implicações nas ações de saúde ali desenvolvidas, envolvendo maior ou menor esforço para a obtenção das ações de saúde no SUS, de acordo com o posicionamento do paciente indígena no gradiente de maior ou menor autenticidade de sua condição indígena.

Para o *índio de verdade*, concebido como alguém que necessita dos profissionais de saúde para salvá-los, protegê-los e suprir suas necessidades, são canalizados os grandes esforços institucionais, pautados pela lógica de *fazer o bem* aos indígenas, nos moldes mais estritos das velhas ações assistencialista-tutelares voltadas a estas populações. Ao mesmo

tempo, esse assistencialismo é embalado pelo propósito de auxiliar o índio a ‘evoluir’ a se tornar ‘civilizado’. Paradoxalmente, caso esta condição fosse atingida, desencadearia o alarme cultural, o afastamento da condição de ‘*índio de verdade*’ e sua aproximação do pólo em que se situa o ‘*falso índio*’, entregue à própria sorte e indigno da atenção pressurosa do poder público.

Embora tenham sido entrevistados profissionais de categorias e graus de escolaridade diversificada; o discurso dos profissionais em relação aos indígenas foi homogêneo. A notável vitalidade das produções discursivas do indigenismo estatal brasileiro, moldando discursos e práticas de profissionais de saúde com pouca, ou nenhuma, vivência com o trabalho indigenista, o credencia como *um discurso fundador*, que constrói um perfil de atuação marcado pelo projeto civilizatório dos indígenas submetidos a tratamento de saúde, que se tornam subalternos a intervenção tutelar.

Nesse contexto não há vencedores. Quer seja o *índio de verdade*, ou o *falso índio*, são ambos desqualificados; suas vozes não ecoam ou são silenciadas pelos ‘brancos’ no contexto desta instituição. Os indígenas são duplamente controlados, tanto pelas ações de *proteção-poder* subsidiada na lógica do regime tutelar quanto pelas práticas sanitárias embasadas no *higienismo campanhista* brasileiro a partir de uma forma de *ajuda-poder* – cuidado que se manifesta no controle dos corpos dos pacientes, a partir do uso da ciência biomédica. É notável a ausência, nos atos e nas falas, de quaisquer características que permitam distinguir as singularidades da clientela, ou a oferta de cuidados diferenciados, em cumprimento aos preceitos da política nacional de saúde indígena. Ressalte-se ainda, que os profissionais de saúde da instituição aparentam desconhecer totalmente as vozes implícitas em suas práticas discursivas, não reconhecendo as matrizes indigenistas que configuram suas idéias sobre “o índio” que cotidianamente atendem.

Meras vozes silenciadas, os membros das diversas culturas que acorrem a CASAI “Y” não gozam do status de sujeitos políticos capazes de conduzir seus destinos. Tampouco se vislumbra o respeito à diferença ou a adaptação das rotinas ao modo de vida indígena, reiteradamente citados nos documentos ministeriais. Frente a ausência de quaisquer processos dialógicos persiste o silêncio obsequioso que desde o ano de 1.500 modela as relações entre índios e não-índios, o qual, conclui-se, não foi superado pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Referências

- AMORIM, Marília. **O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas Ciências Humanas**. São Paulo: Musa Editora, 2001.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A reconversão do olhar – Uma contribuição semiológica para a reflexão sobre as práticas de comunicação na intervenção social no meio rural**. Dissertação de Mestrado. ECO-UFRJ, 1995, p. 82-123.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A batalha do Alto Rio Negro**. Texto apresentado à VI Reunião Anual da COMPOS, São Leopoldo: Rio Grande do Sul, 1997.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A Dupla Ilusão**. Texto apresentado ao GT Comunicação e Etnia, no XXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – INTERCOM 98, Recife: Pernambuco, 1998.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- DAMATTA, Roberto da. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- DAMATTA, Roberto da. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- DAMATTA, Roberto da. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 99-120.
- FERREIRA, Andrey Cordeiro. **Tutela e Resistência Indígena**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/MN-PPGAS, 2007.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2000.
- FUNASA/COORDENAÇÃO REGIONAL AMAZONAS/DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE X/CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO X. **Relatório Consolidado CASAI-X/2003**. X: 2004.
- GARNELO, Luiza. **Representações Sociais em Saúde Indígena: o Mercado Simbólico do Alto Rio Negro**. Revista Educação em Questão. vol.12/13. no.3/2 jul./dez. 2000 – jan./jun. 2001. Natal: EDUFRN, 2003, p.80-99.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, Luiza. Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e Contradições. **In:** SCHERER, Elenise; OLIVEIRA, José Aldemir de (Orgs.). **Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p.133-160.

GOMES, Romeu. **A construção da Masculinidade como Fator Impeditivo do Cuidar de Si**. Projeto CNPq. IFF/Fiocruz (S/D).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de Trabalho de Campo. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, p. 105-196.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **“O Nosso Governo”: Os Ticuna e o Regime Tutelar**. São Paulo: Marco Zero; Brasília: MCT/CNPq, 1988.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Os Instrumentos de Bordo: Expectativas e Possibilidades de Trabalho do Antropólogo em Laudos Periciais. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Indigenismo e Territorialização: Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p.269-295.

ORLANDI, Eni. **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1993.

PEIRANO, Mariza G. S. **A favor da Etnografia**. UNB: Brasília, 1992.

PEREIRA, Nilza de Oliveira M.; SANTOS, Ricardo Ventura; AZEVEDO, Marta Maria. Perfil Demográfico e Socioeconômico das Pessoas que se Autodeclaram ‘Indígenas’ nos Censos Demográficos de 1991 e 2000. **In:** PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/ABEP, 2005, p. 155-192.

PETERSON. Christopher. **Trambiclinicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

PIRES. Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar**. *Ciência e Saúde Coletiva*. out./dez. 2005, vol.10, no.4, p. 1025-1035.

PITTA, Áurea Maria da Rocha. Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: Notas para o Debate. **In:** PITTA, Áurea Maria da Rocha. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios**. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo: 1995, p. 239-266.

RAMOS, Jair de Souza. **O poder de domar do fraco: construção de autoridade pública e técnicas de poder tutelar nas políticas de imigração e colonização do Serviço de Povoamento do Solo Nacional.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, jul. 2003, ano 9, n. 19, p. 15-47.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. Sobre Indigenismo, Autoritarismo e Nacionalidade: Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Marco Zero/UFRJ: 1987, p. 149-204.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. A 'Identificação' como categoria histórica. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Indigenismo e Territorialização: Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p.171-220.

SEYFERTH, Giralda. **A Invenção da Raça e o Poder Discricionário dos Estereótipos.** Anuário Antropológico/93. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995, p. 175-203.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Os povos indígenas na invenção do Brasil: na luta pela construção do respeito à pluralidade. **In:** LESSA, Carlos (Org.). **Enciclopédia da brasilidade: auto-estima em verde amarelo.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2005, p. 234-247.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. **In:** SPINK, Mary Jane (Orgs.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Editora Cortez, 1999, p. 41-61.

SPINK. Mary Jane. A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação. **In:** SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 39-50.

THOMAZ, Omar Ribeiro. A Antropologia e o Mundo Contemporâneo: Cultura e Diversidade. **In:** SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi (Orgs.). **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus.** São Paulo: Global; Brasília: MEC; MARI: UNESCO, 2004.

3.2 Artigo 2

Textos em jornais e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA): o olhar da mídia sobre a instituição que cuida da saúde dos povos indígenas

Andréa Araújo Ribeiro⁹

Luiza Garnelo¹⁰

Resumo

Este artigo visa analisar os textos que circularam em notícias de jornal do estado do Amazonas, no período de 12 de julho de 2007 a 04 de janeiro de 2008, que veicularam notícias sobre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), instituição responsável pela saúde indígena. Ele se propõe também compreender e contextualizar a implicação desses sentidos nas políticas públicas de saúde indígena, identificar as vozes presentes no cenário da Saúde Indígena e as implicações destes olhares nas políticas de saúde indígena. O marco teórico congregou contribuições da teoria da semiologia dos discursos, e enfoques da antropologia social sobre a política indigenista tutelar brasileira e trabalhos realizados sobre a análise situacional dos povos indígenas e das políticas de saúde indígena no Brasil. Este artigo conclui que, neste cenário, os *textos* postos em circulação são *marcados* por denúncias, fraudes, condições de vida dos povos indígenas, bem como a exposição das dificuldades de viabilização de políticas e ações mais adequadas e sérias por parte do órgão gestor da saúde indígena – a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em relações aos indígenas.

Palavras-chave: Comunicação Midiática. Texto. Discurso. Saúde Indígena

Abstract

Newspaper texts and the National Health Foundation (FUNASA): the regard of the Media on the institution that caters for the health of the Indian people

Abstract

This article aims at analyzing the texts which circulate in State of Amazonas newspaper news in the period from July 12, 2007 to January 4, 2008, which disseminate news on the National Health Foundation (FUNASA), the institution which is responsible for the indigenous health. It proposes to understand and contextualize the implication of such meanings in the Indian health public policies, to identify the voices present in the indigenous healthcare scenario and the implications of such regards over the indian healthcare policies. The theoretical landmark brought together contributions from the discourse semiology theory, and inputs from social anthropology to the Brazilian tutelage indigenous policy and papers carried out on the situational analysis of the indigenous and the and of the policies of the indigenous health in Brazil. This article concluded that, within this scenario, the texts placed in circulation are marked by denunciations frauds, life conditions of the Indian people, as well as the exposure of the difficulties in the implementation of more serious and adequate policies and actions on the part of the Indian healthcare managing body – the National Health Foundation (FUNASA) regarding the indians.

Keywords: Mediatic Communication, Text, Discourse, Indian Healthcare.

⁹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/UFPA/Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/FIOCRUZ-Amazônia.

¹⁰ Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM/UFPA/Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/FIOCRUZ-Amazônia.

Introdução

Este trabalho visa refletir sobre as *práticas discursivas*¹¹ e a produção dos sentidos de segmentos locais da sociedade brasileira em relação à instituição que é responsável pela saúde indígena no Brasil – a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – a partir do olhar da mídia; bem como a implicação destes sentidos nas políticas públicas de saúde indígena. Utilizamos como fonte principal de dados as matérias divulgadas em um jornal de grande circulação no estado do Amazonas, o estudo deste material tem como objetivo analisar a forma como a imprensa escrita veicula e compreende as questões da saúde indígena.

Destacamos que a forma de circulação das notícias e os conteúdos imagéticos que estão imbricados nelas são absorvidos do senso comum da sociedade local (Njaine & Minayo, 2002). Neste aspecto, a análise deste material é importante para o nosso estudo, tendo em vista que poderão surgir informações acerca de estigmas¹² construídos sobre os povos indígenas; a análise será complementada por observações e entrevistas coletadas a partir de fontes primárias.

Escolhemos o campo midiático por considerá-lo como um tipo de produção social que influencia no comportamento da sociedade contemporânea. Conforme destacado por Rubin (1995), a mídia, como o próprio nome sugere, intermedia relações políticas entre os cidadãos; ela exerce, não apenas o papel de divulgar temáticas de interesse coletivo, mas se constitui como campo social dotado de poderes, espaços e temporalidade próprios, que expressam posições na disputa por lugares de poder; torna-se, em conseqüência, um dos espaços possíveis para o exercício da política.

Conforme destacado por Njaine & Minayo (2002), a mídia impressa se configura em dois planos: o que narra notícias, com caráter informativo e o que expressa concepções de valores que está estreitamente ligado ao lugar que o jornal ocupa enquanto sujeito de enunciação. Cumpre destacar que a construção dos discursos que circulam na mídia fica a cargo do jornalista; as vozes que ecoam nas matérias são expressas a partir da forma que este concebe a realidade.

¹¹ “(...) linguagem em ação (...) maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (...)” (Spink & Medrado, 1999, p.45).

¹² Para Goffman (1988), os estigmas são atributos depreciativos que confirma a normalidade de alguém em detrimento de outro; o estigmatizado é desacreditado e inferiorizado; está fora da norma.

Para Enne & Diniz (2005), as apropriações do real não são produzidas por elas mesmas, são sistemas constituídos de representações simbólicas que para interpretá-las dependem, tanto do produtor do sentido como do receptor. O processo de interpretação, de certa forma, é o que dá sentido ao discurso, tanto quanto sua produção. As autoras destacam que os imaginários sociais são consolidados porque há um processo dialético entre emissores e receptores.

Em nosso estudo, compreendemos que o campo da Saúde Indígena brasileira é perpassado por outros *campos sociais*¹³, como o da comunicação e saúde, o das políticas indigenistas e o da antropologia. Destacamos que estes campos fazem circular discursos que concorrem pelo *poder de fazer valer* suas concepções. Trata-se da luta pela imposição de um olhar; pelo poder de atribuir realidade, a partir do ponto de vista de sujeitos distintamente posicionados na arena social à dinâmica das instituições indígena e indigenistas aqui analisadas (Araújo, 1997, 1998).

Conforme destacado por Bourdieu (1989), o *poder simbólico* é tomado como um poder capaz “(...) de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo a ação sobre o mundo, portanto o mundo (...)” (p.14). Segundo o mesmo autor, a capacidade de tal poder em manter a ordem, ou subvertê-la, se apóia, em grande medida, na crença de legitimidade das palavras e daqueles que as pronunciam (Bourdieu, op.cit.).

Para Bourdieu (2000),

(...) as palavras exercem um poder tipicamente mágico: fazem ver, fazem crer, fazem agir (...). O poder das palavras só se exerce sobre aqueles que estão dispostos a ouvi-las e a escutá-las, em suma, a crer nelas (...). O princípio do poder das palavras reside na cumplicidade que se estabelece, por meio delas, entre (...) [o] porta-voz autorizado, e corpos biológicos socialmente moldados para reconhecer suas ordens (...) (p. 61).

Assim sendo, a produção midiática contém um conjunto díspar de *vozes* – aqui entendidas como visões de mundo, ou formas de interpretação sobre determinado objeto ou tema – que povoam as práticas discursivas e as relações de comunicação de atores sociais em interação (Araújo & Cardoso, 2007). Tais vozes surgem nos veículos de comunicação, como *textos* – enunciados delimitados que possibilitam detectar a materialidade dos discursos – que expressam as posições de fala dos sujeitos na arena social (Araújo & Cardoso, 2007).

¹³ Bourdieu (1989) conceitua campo social como espaço multidimensional constituído por posições definidas e estruturadas em que os atores sociais distribuem-se a partir das diferentes espécies de capital conquistado e acumulado.

A Política Indígena no Brasil e o Sistema Único de Saúde – SUS

A política indigenista brasileira, aqui entendida como um conjunto de ações práticas dos governos, que incidem direta ou indiretamente sobre os povos indígenas (Souza Lima, 1995) foi objeto privilegiado na análise das notícias que circularam nos jornais, no período de 12 de julho de 2007 a 04 de janeiro de 2008, delimitado para a pesquisa. Um dos pilares de legitimação dessa política é a necessidade de um porta-voz capaz de expressar e, em grande medida, atender, as necessidades dos indígenas que vivem em território nacional. Na história recente do país, tal atribuição de consolidou na instituição da figura jurídica da tutela exercida por instituições públicas brasileiras.

No cenário da política indigenista, o Código Civil Brasileiro instaurou, em 1916, o *instrumento jurídico da tutela*. Segundo Oliveira (1988), na relação tutelar “(...) o índio é tido como portador de uma cultura primitiva, incapaz, por si só, de aprender ou adaptar-se às condições de uma cultura superior (...)” (1988, p.223). O autor ressalta que os aspectos mais destacados da tutela seriam uma suposta superioridade do tutor em relação ao tutelado e o estabelecimento de uma relação educativa instituída entre tutor e tutelado; ao primeiro caberia prestar acompanhamento, orientação e assistência à conduta do tutelado (Oliveira, op.cit.). A tutela configura-se, então, como *proteção-poder*; em nome do apoio ao tutelado, instaura-se o controle sobre este pelo Estado e seus representantes legais.

A prática da tutela determinou, dentre outras conseqüências, o silenciamento das *vozes* indígenas, em favor da potência enunciadora do tutor. Somente após a promulgação da Constituição de 1988, essa assimetria foi relativizada e promoveu-se um avanço nas relações entre o Estado brasileiro e os povos indígenas. A *tutela* foi juridicamente abolida e os indígenas conquistaram o direito de auto-representação jurídico-política (Garnelo; Macedo & Brandão, 2003). De acordo com esses autores “Os avanços democráticos da Constituição (...) inverteram as proposições anteriores do indigenismo brasileiro, ao adotar a premissa de que o Estado deve agir para garantir, e não para suprimir, o direito à diferença étnica” (p. 38).

Tais avanços repercutiram no campo da saúde indígena, possibilitando a instauração de política diferenciada de atenção à saúde indígena, como parte do reconhecimento do direito à diferença étnica (Garnelo, 2006). Essa política se efetivou, ao longo da década de 90, através da atribuição de responsabilidade pela gestão e execução da política de saúde indígena ao Ministério da Saúde. Este, por sua vez, repassou para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) o encargo de prover assistência às populações indígenas aldeadas (Medeiros et al, 2003).

Cumprir destacar que a Fundação Nacional de Saúde foi criada em 1991, no Governo Collor, esta instituição surge com a integração de duas instituições da Saúde Pública – a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), órgão responsável por ações de controle de endemias, a partir da atuação de inspetores e guardas sanitários distribuídos em todo o território nacional e a Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP), esta desenvolvendo ações de saneamento e atendimentos médicos, priorizando atuações em áreas rurais, a partir da concepção de que estas eram áreas carentes; aqui, temos a associação de doença e pobreza. Os dois órgãos foram criados na época da Ditadura Militar, portanto possuíam grande influência deste tipo de organização capilaridade e penetração em todo o território nacional (Teixeira, 2007). Estas instituições se embasavam no *modelo campanhista*¹⁴.

A incorporação da saúde indígena pela FUNASA foi analisada por Garnelo & Brandão (2003). Estes autores ressaltam como dificuldades de implementação dessa política, a inexistência de rede própria de serviços nas aldeias, e à inexistência de recursos humanos em número suficiente para prover o atendimento à população indígena. De acordo com os autores, tais carências teriam levado à opção de contratar serviços de terceiros – um processo denominado de terceirização das ações e serviços de saúde indígena – a fim de estender a cobertura sanitária às diversas terras indígenas do país. Há um relativo consenso (Athias, 2004; Cardoso, 2004; Garnelo, 2006) de que a terceirização levou à precarização dos vínculos trabalhistas e a uma elevada rotatividade de mão de obra, comprometendo a qualidade das ações e serviços prestados no subsistema de saúde indígena. Embora o subsistema de saúde indígena tenha sido criado há, aproximadamente, uma década, a formação dos profissionais que atuam na saúde indígena, ainda é precária.

Para Garnelo (2006), a terceirização foi parte constitutiva da política de redução da capacidade de intervenção do Estado implementada no governo Fernando Henrique Cardoso. No campo da saúde indígena a terceirização levou à compra de serviços de organizações não governamentais indígenas e indigenistas, particularmente na Amazônia. Em outras regiões do país, como o nordeste, a venda de serviços para a FUNASA foi efetuada pelos sistemas municipais de saúde. Os dois modelos de prestação de serviços coexistiram entre 1999 e 2003, com conseqüências diversas.

¹⁴ Entende-se por modelo *campanhista sanitário* as ações desenvolvidas de forma pontual, focalizada em doenças endêmicas (malária, tuberculoso, dengue, doença de Chagas, febre amarela etc.), embasando suas intervenções no controle e autoritarismo; uma forma de *ajuda-poder*. O Estado intervém no público-alvo com caráter militarizado e policial (Teixeira, 2007).

Na Amazônia a terceirização dos serviços para entidades indígenas potencializou, por um lado, o protagonismo do associativismo indígena e, por outro promoveu o atrelamento de suas bandeiras de luta às políticas ditadas pela FUNASA (Garnelo & Sampaio, 2005). Por outro lado, a recorrente insatisfação com a contratação dos sistemas municipais de saúde foi referida por autores como Athias & Machado (2001) e Athias (2004) e extensamente denunciada nos fóruns de direitos indígenas que reivindicavam uma participação mais efetiva no nível federal de governo, da prestação de serviços de saúde.

A partir de 2003, já no governo Lula, iniciou-se uma reversão da terceirização. Os convênios com as entidades indígenas foram progressivamente rescindidos e uma onda de denúncias de corrupção de lideranças indígenas foi veiculada nos jornais de grande circulação no país. Verdadeiras ou não, elas geraram impactos negativos na credibilidade e legitimidade das lideranças indígenas em diversos locais da Amazônia, exacerbando relações de tensão entre líderes indígenas e autoridades de governo. Em 2004 a portaria 70/2004, da FUNASA, explicitou a formulação do chamado *Novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena*. As disposições desta portaria foram recebidas pelos atores sociais envolvidos com a temática da saúde indígena (organizações indígenas e não-indígenas), com muitos protestos e críticas. Os opositores do instrumento legal alegavam que o *novo modelo* se limitava a regulamentar as dimensões biomédicas das ações de saúde executadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, e que ele demonstrava pouca preocupação com os direitos indígenas e com a regulamentação das interações entre o subsistema de saúde indígena e os níveis municipais do SUS (Garnelo, 2006).

Garnelo (2006) aponta, para o período, o persistente crescimento do fluxo de recursos financeiros da saúde indígena para os sistemas municipais de saúde ao longo do governo Lula. Paralelamente multiplicaram-se as denúncias de corrupção contra os dirigentes da FUNASA que redundaram, em diversas unidades federadas, na prisão de gestores do órgão, veiculadas com estardalhaço nos veículos de comunicação de massa. No Nordeste do país, este cenário implicou na solicitação dos indígenas para que a própria FUNASA executasse as ações em saúde, ao invés das secretarias municipais.

Em 17/10/2007, foi promulgada a portaria nº 2656 que dispôs sobre as responsabilidades dos sistemas municipais na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, e regulamentou, os incentivos de atenção básica e especializada dirigida a esses grupos. As ações a serem realizadas no âmbito da saúde indígena, são minuciosamente descritas neste documento, porém, ele não deixa claro o papel das instituições federais na execução de ações de saúde nas terras indígenas.

Esta portaria desencadeou uma série de protestos das organizações indígenas, que interpretaram o documento como uma medida de governo, destinada a efetivar a municipalizar os serviços de saúde indígena. Segundo as lideranças indígenas, esta portaria não havia sido discutida com eles representando uma medida impositiva dos governantes. No Amazonas os protestos contra a portaria culminaram, em 13/11/2007, na ocupação da sede da FUNASA no Amazonas. Essa notícia circulou na mídia através da matéria intitulada: **Índios ocupam sede da FUNASA – Lideranças disseram que só deixam o local depois que o ministro da Saúde revogar portaria que municipaliza a saúde indígena** (Jornal A CRÍTICA, 14 nov. 2007, p. C-2).

Os indígenas reivindicavam ainda, a exoneração do então Presidente da FUNASA, a investigação sobre as denúncias de fraudes que teriam ocorrido no órgão e a nomeação de indígenas para coordenação regional da FUNASA no Amazonas e do DSEI-Manaus. As lideranças justificavam sua posição contrária à municipalização, por acreditarem que as prefeituras não oferecerem serviços de saúde de boa qualidade aos indígenas.

Em termos resumidos foi esse o contexto que cercou a coleta de informações de notícias nos jornais que propiciou o presente artigo.

Referencial Teórico

O marco teórico utilizado foi constituído pela teoria da comunicação social – com contribuições de Rubin (1995) e de Araújo (1995, 1997, 1998, 2002); Araújo & Cardoso, (2007) e Verón, (1980) que trabalham com a semiologia dos discursos sociais. O enfoque da antropologia social fez-se presente a partir dos estudos da política indigenista tutelar brasileira (Oliveira, 1988; Souza Lima, 1987, 1995, 2005; Ferreira, 2007). Também, buscamos embasamento em textos que analisam a dinâmica recente da política de saúde indígena (Garnelo & Brandão, 2003; Garnelo; Macedo & Brandão, 2003; Garnelo, 2004, 2006; Teixeira, 2007).

Entendemos, neste artigo, que a *comunicação* é um processo dinâmico constituído de relações; é uma “(...) prática social, experiência cotidiana que leva à formação de pontos de vista (...)” (Araújo & Cardoso, 2007, p. 19).

A partir da *teoria da comunicação* foi incorporado o conceito de *campo social* conceituado por Bourdieu (1989) como o “(...) espaço multidimensional de posições (...) definida em função de um sistema (...) de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se (...) segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto de suas posses” (p.135).

Utilizamos, também, o conceito de *comunicação midiática* – aqui entendida como um tipo de comunicação que faz referência aos ‘produtos’ que circulam pela televisão, rádio e imprensa escrita (Araújo & Cardoso, 2007).

Nossa proposta é identificar as ‘*marcas*’ deixadas nestes *produtos* – que além de circularem, são produzidos e consumidos – por atores sociais implicados em contextos sócio-histórico-culturais diversificados (Araújo, 1995). Para tanto, buscamos embasamento na *teoria da semiologia dos discursos sociais* definida por Araújo (1995) como a “ciência que estuda os fenômenos sociais como fenômenos de produção de sentido” (p.90).

Uma das premissas desta teoria é a *intertextualidade*, aqui, compreendida como a “heterogeneidade das origens de cada discurso; cada emissor congrega em si mesmo um conjunto de discursos que constituem o seu próprio, constituindo um mercado simbólico no qual as diferentes configurações discursivas competem entre si” (Garnelo, 2004, p. 35).

Para que haja comunicação, faz-se necessário considerar os *contextos* em que ela se produz; sem *contextualizar*, não há possibilidade de estabelecer comunicação (Araújo, 2002; Araújo & Cardoso, 2007). Araújo (2002) conceitua *contexto* como “(...) conjunto de variáveis que possibilitam a existência de uma enunciação, um texto, um discurso (...) Os contextos são dinâmicos e ao mesmo tempo em que moldam um texto, por ele são moldados (...)” (p.46).

A partir de Araújo (1995), consideramos os *textos* como enunciados delimitados que possibilitam detectar a materialidade dos discursos; já os *discursos* são compreendidos como “(...) um conjunto de *textos* articulados (...) [na] prática discursiva” (Araújo & Cardoso, 2007, p.57).

Compreendemos, também, que a *prática discursiva* se configura como o *locus* da produção dos discursos, cuja geração está imbricada em contextos sócio-históricos e culturais específicos. É o discurso em ação, implicado a interlocutores e a um conjunto de regras e estratégias de produção discursiva. É através dessa prática que os atores sociais definem sua posição social e constroem a realidade (Araújo, 1995; Araújo & Cardoso, 2007).

Ressalta-se, porém, que os atores sociais não controlam totalmente seus discursos; nem percebem plenamente as *vozes* que neles se manifestam (Araújo, 1995); estas múltiplas vozes, denominadas de *polifonia* por Bakhtin (1992), estão ‘carregadas’ de sentidos construídos ao longo da história – um arquivo de sentidos com implicações diretas na construção de outros sentidos – conduzindo, assim, uma diversidade de idéias, opiniões, saberes, propostas em um único discurso. (Araújo & Cardoso, 2007).

Esse artigo foi desenvolvido a partir de uma análise documental de textos relacionados ao contexto das políticas de saúde indígena. Os *textos* são aqui representados por matérias divulgadas em jornais que circulam no estado do Amazonas sobre a FUNASA – órgão responsável pela saúde dos povos indígenas. Consideramos assim, que o *texto escrito* “(...) constitui um ato de fala impresso, um elemento de comunicação verbal que provoca discussões ativas (...)” (Spink & Medrado, 1999, p. 47).

Dessa forma, compreendemos que está em funcionamento um *mercado simbólico* (Verón, 1980; Araújo, 1995, 1997, 2002), no qual são produzidos, circulam e são consumidos *bens simbólicos* ou *materiais* (*discursos* e *textos*) que configuram sentidos a algo/alguma coisa. Neste *mercado simbólico*, os discursos dos atores (representantes da FUNASA, servidores da FUNASA, políticos, organizações indígenas, repórteres etc.) estão inseridos de forma institucional e extra-institucional (Araújo, 2002). Eles concorrem entre si pelo *poder simbólico* pela construção do real, pelo “*poder de fazer ver e fazer crer*” um determinado ponto de vista (Bourdieu, 1989).

A partir de nossa proposta, o mercado simbólico que está em funcionamento é o da saúde indígena – em que são produzidos sentidos em relação à instituição que cuida da saúde dos indígenas – a FUNASA; sentidos que estão implicados em contextos sócio-histórico-culturais – podendo influenciar o cenário das políticas de saúde indígena brasileira.

Metodologia

A principal fonte de dados da pesquisa foram as notícias de jornais, publicadas no período de 12 de julho de 2007 a 04 de janeiro de 2008 – o mesmo período em que se desenvolveu a análise da pesquisa de campo empreendida em uma Casa de Saúde Indígena – CASAI¹⁵, de um dos 7 Distritos Sanitários Indígenas do Amazonas. Concomitantemente a estas fases da pesquisa, circularam matérias de jornais relacionadas às políticas de saúde indígena e sobre a instituição responsável pela saúde dos povos indígenas – a FUNASA. No período foram monitoradas todas as matérias de jornal que tratavam da FUNASA, da CASAI e da saúde indígena em geral. Ao todo, foram selecionadas 18 matérias que repercutiram na pesquisa, principalmente no âmbito da análise e reflexões sobre as vivências da pesquisadora na CASAI “Y”.

¹⁵ Em obediência às exigências da FUNASA, a CASAI pesquisada será identificada apenas como CASAI “Y”; do mesmo modo o DSEI ao qual esta instituição está vinculada será identificado como DSEI “Y”.

O jornal escolhido para a realização do trabalho foi o **Jornal A CRÍTICA**, editado em Manaus. Este jornal possui ampla cobertura de circulação no estado do Amazonas, com tiragem diária de 25.000 exemplares em dias de semana e de 55.000 exemplares nos finais de semana. Em média, cada edição do jornal é composto por 4 cadernos: um com temáticas do Brasil e do mundo; outro com temáticas regionais; um para esportes e outro para classificados. Nos finais de semana, estes cadernos aumentam de quantidade, abarcando cadernos do âmbito comercial (decoração, venda de imóveis, revista da TV etc.). As matérias, aqui, analisadas estavam relacionadas ao caderno de temáticas regionais.

A pesquisa realizada na CASAI “Y” viabilizou a produção de dois artigos, o que apresentamos, agora; e outro denominado: “**A Política Indigenista Tutelar no Contexto de uma Casa de Saúde do Índio (CASAI) no Amazonas: Os Índios e o Olhar-Cuidar dos Profissionais de Saúde**”, cuja proposta foi realizar uma análise das práticas discursivas e a produção dos sentidos dos profissionais de saúde no contexto da CASAI “Y”.

Para efetuar as reflexões do referido artigo, bem como sistematizar as vivências *de campo*, adotamos uma *postura de estranhamento* em relação às matérias divulgadas nos jornais, realizando comparações com as experiências adquiridas na CASAI “Y”. Nosso *olhar* sobre as matérias foi configurado pela busca das *vozes/posicionamentos* que ecoaram no cenário da Saúde Indígena; bem como os atores sociais implicados na publicização da imagem da FUNASA e do contexto da saúde indígena, na época. Visamos, também, investigar as implicações destes *olhares* nas políticas de saúde indígena.

Baseando-se no trabalho realizado por Souza et al (2005), os textos foram analisados a partir do levantamento dos conteúdos temáticos, idéias e ideologias defendidas, conceitos, disputa pela *hegemonia dos sentidos/naturalização* de pontos de vista etc. Ressaltamos que os textos não foram *lidos* de forma isolada; mas, de forma contextualizada, tendo em vista que são produzidos, circulam e são consumidos em contextos sócio-histórico-culturais diversificados.

Apresentação/Discussão dos Dados

Neste trabalho, enfocaremos os aspectos relacionados à forma que a mídia publiciza o olhar da sociedade local sobre a FUNASA, compreendendo a expressão midiática como o locus “do embate das vozes sociais, que correspondem a interesses distintos (...) [a mídia] não é apenas um lugar, mas um ativo produtor de sentidos (...)” (Araújo & Cardoso, 2007, p.100). Para Enne (2004), “(...) os agentes ligados aos processos midiáticos exercem um papel fundamental, pela forte penetração de seus discursos e pela configuração de um senso comum avalizado pela categoria sancionada da objetividade” (p. 115).

Assim sendo, considera-se que a análise das matérias divulgadas nos jornais torna-se um importante meio para compreendermos a lógica dos *textos* que circulam na sociedade local em relação a FUNASA, pois as notícias representam “múltiplas vozes e enunciações e os sentidos possíveis [que] não estão localizados apenas [nelas], mas na sua articulação com os múltiplos contextos de produção, circulação e apropriação [dos discursos] (...)” (Araújo & Cardoso, 2007, p.102).

As matérias referentes à FUNASA, veiculadas na imprensa, tratavam basicamente dos processos de gestão da FUNASA; a maioria delas denunciava as dificuldades do órgão em cumprir a sua responsabilidade sobre a saúde indígena; algumas delas problematizavam as condições de trabalho e as origens político-partidárias das distorções denunciadas. Classificamos, aqui, estas denúncias a partir; entendemos que estas vozes estavam marcadas de sentidos construídos ao longo do processo histórico (Araújo & Cardoso, 2007).

Ressaltamos que a polifonia relacionada à temática *denúncia*, presente nos textos analisados, é produzida por atores sociais que dialogam a partir das páginas do jornal com leitores que possuem, posicionamentos que não são estáticos, mas, fluídos. Em relação aos posicionamentos, Bourdieu (1989), ressalta que os discursos têm um caráter performático; é uma prática de institucionalização e construção da realidade; mas, requer autoridade reconhecida para quem fala; atores sociais e grupos de atores sociais são definidos pelas suas posições relativas no campo social. Posições estas ocupadas num processo de disputas pela imposição de entendimento sobre a realidade em questão – o poder de construir o real.

Cumprir destacar que para Enne & Diniz (2005), os profissionais da imprensa, vem assumindo um papel menos opinativo e mais crítico; o que influencia na cristalização de uma nova classificação de profissional, que vem sendo construída desde os anos 70 – o *jornalista investigador* – criando uma categoria de jornalismo denominado de *jornalismo investigativo*. A investigação feita pela imprensa informa o público sobre a má conduta de uma instituição importante, um governo corrupto ou falcaturas de pessoas públicas de grande visibilidade.

“(…) Uma vertente do jornalismo investigativo é o *denuncismo*, que (...) vai privilegiar o escândalo, o sensacional, a narrativa dramática. Caracteristicamente, a informação desta categoria visa uma repercussão fora do comum (...)” (Enne & Diniz, 2005, p. 7). Sem dúvida, tal vertente do jornalismo é fundamental para refletirmos sobre as denúncias relacionadas à FUNASA.

Para facilitar a análise procedeu-se à seguinte categorização das vozes/posicionamentos que ecoaram neste contexto: **1) denúncias de prestação inadequada de serviços; 2) denúncias de opressão dos trabalhadores e condições de trabalho inadequadas; 3) denúncias de disputas partidárias e embates corporativistas**, que desvirtuariam as finalidades da atuação do órgão.

No âmbito das *denúncias de prestação inadequada de serviços*, foram encontradas notícias como esta: “*As deficiências no atendimento de saúde aos indígenas em Eirunepé (...) que desde fevereiro de 2006, causaram a morte de 28 crianças e oito adultos das etnias Culina e Canamari naquele município, foram discutidas (...) em uma audiência pública na sede da Assembléia Legislativa do Estado (ALE)*” (Jornal A CRÍTICA, 12.jul 2007, p. A-7).

A notícia veiculava ainda que as lideranças indígenas de Eirunepé haviam contado com o apoio dos deputados estaduais Luiz Castro (PPS), Ângelus Figueira (PV), José Lobo (PCdoB) e Liberman Moreno (PHS) para apurar suas denúncias e atender suas reivindicações; dentre estas, a principal demanda dos indígenas seria a criação de um Distrito Sanitário Especial Indígena na região do Médio Juruá; a medida seria vista como um meio de superar a baixa qualidade do atendimento ofertado no DSEI Médio Solimões, responsável pelas ações ofertadas em Eirunepé. Na oportunidade, estabeleceu-se o compromisso de realização de uma Audiência Pública mais ampla para discutir assuntos referentes à saúde indígena (Jornal A CRÍTICA, 12.jul 2007, p. A-7).

Em 17/10/07 divulgou-se a matéria intitulada **Índios ‘apitarão’ para dizer como recursos serão gastos – Portaria do Ministério da Saúde dá a eles autonomia para indicar as prioridades na execução da verba para a saúde indígena**. O teor da matéria prosseguia: “*O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, assina hoje (...) uma portaria que regulamenta o repasse de recursos para a assistência à saúde indígena prestada pelos hospitais, municípios e Estados por meio dos incentivos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (...)*” (Jornal A CRÍTICA, 17 out. 2007, p. C-3).

Outros textos que faziam parte da matéria divulgavam que a partir desta portaria, os municípios, e mesmo os Estados, teriam que pactuar as ações em saúde com a FUNASA e com os indígenas. Estes poderiam, com base na referida portaria, definir as prioridades para a execução dos recursos, expressando-as num instrumento chamado de *Termo de Pactuação* (Jornal A CRÍTICA, 17 out. 2007, p. C-3).

Aproximadamente, um mês depois da promulgação desta portaria, em 13/11/07, mais de 150 índios ocupam a sede da FUNASA. O movimento foi considerado como uma forma de pressionar o Ministério da Saúde a revogar a portaria 2656/07, que, no entendimento das lideranças indígenas, instituía a municipalização da saúde indígena. Além do Amazonas, outros estados, como o Pará, também tiveram as sedes da FUNASA ocupadas (Jornal A CRÍTICA, 14 nov. 2007, p. C-2).

A partir dos textos apresentados observa-se uma contradição: o jornal veicula uma posição favorável à portaria enfatizando as supostas vantagens concedidas aos indígenas (“*os índios serão consultados sobre os encaminhamentos das políticas de saúde indígena*”). Porém, os índios manifestam o entendimento contrário, o de que a portaria feriria seus interesses, promovendo uma indesejada municipalização. Reagem a ela com a invasão da sede da FUNASA, explicitando não apenas o intuito de reverter o dispositivo legal, mas também de tomar o processo de gestão em suas mãos.

Uma conotação recorrente observada nas matérias de jornal descreve a relação FUNASA-Indígenas como: via de regra, os últimos são retratados como beneficiários de políticas públicas benéficas; como entes passivos, receptores das medidas e decisões do órgão indigenista de saúde. É uma das muitas formas de representar a ação da FUNASA como tutora que expressa legitimamente os interesses indígenas. Tal imagem pode ser exemplificada com clareza na notícia que circulou em 24/11/07, com o título – **Doentes não sabem como reivindicar melhorias**: “*Sem muitas informações, os índios sofrem com a doença. Na sede da FUNASA, em Manaus, onde mais de 150 indígenas ocupam o prédio desde o último dia 13, muitos apresentam os sintomas da hepatite e disseram não saber a quem recorrer*” (Jornal A CRÍTICA, 24 nov. 2007, p. C-3).

Conforme destacado por Teixeira (2007), os indígenas são *público-alvo* das ações em saúde, são objetos passivos de intervenção, não interagem com os cuidadores nem com a instituição responsável pela saúde indígena – seus corpos são cuidados/controlados sem que estes manifestem sua opinião.

A mídia alega exprimir aqui a voz dos interesses dos indígenas, porém surge de forma inequívoca a imagem de índio tutelado, que necessita de uma instituição para gerir seus interesses, orientá-lo e protegê-lo (Souza Lima, 1987). No caso, esse papel é atribuído à FUNASA, responsabilizada pelo desempenho das atividades protecionistas; são as mesmas premissas que consolidaram, no Brasil, a imagem genérica do *indígena*, infantilizado, incapaz e carente da proteção e da assistência estatal para evoluírem civilizando-se, e sobreviverem. A mudança do campo indigenista para o campo sanitário não gera qualquer descontinuidade nas alegações de incapacidade dos indígenas, de falta de conhecimento, e de carência dos indígenas, demandando a *proteção fraternal* para evitar que sejam extintos, caso lhes falte os *cuidados* prestados pelo Estado (Souza Lima, 1987, 1995, 2005; Ferreira, 2007).

Conforme Araújo & Cardoso (2007) imagens e situações veiculadas pela mídia podem ser manejadas, com maior ou menor grau de consciência e intencionalidade; tais ações podem estar relacionadas ao atendimento de *interesses em jogo*. Trata-se de situação semelhante à que pudemos detectar no texto abaixo, cuja matéria faz referência à uma notícia anterior, veiculada no mês de julho de 2007. A notícia publicada em julho denunciava a morte de crianças indígenas; obtivemos referência indireta a essas mortes em protesto publicado no mês de agosto; nessa última publicação, lideranças indígenas denunciam a ausência de qualquer providência frente à morte de crianças indígenas, ocorrida no período de fevereiro de 2006 a junho de 2007. O jornal também informava que a manifestação do mês de agosto havia contado com o apoio de deputados da Assembléia Legislativa do Estado do Amazonas:

“O Fundo das Noções Unidas para a Infância (UNICEF) (...) Vai investigar as mortes de 28 crianças indígenas, ocorridas no período de fevereiro de 2006 a junho de 2007. Até agora nenhuma informação que traduza ações do Poder Público em relação à denúncia foi divulgada. É como se a proposta fosse de promover o esquecimento da história. O que não pode ocorrer. Afinal, o número de crianças mortas – seja ele 28, como informaram líderes indígenas ou 27, como informou a Fundação Nacional de Saúde – é alto demais e denuncia um retrocesso nas condições de atendimento a essas populações, com graves conseqüências para as crianças” (Jornal A CRÍTICA, 19 ago. 2007, p. A-4).

Em relação à denúncia exposta acima se divulga, em outra página da mesma edição do jornal, a notícia de que políticos do Amazonas (pertencentes aos partidos PSDB, PT e PSB) haviam se manifestado, cobrando providências de órgãos como Ministério da Saúde, Câmara Federal e Assembléia Legislativa do Estado do Amazonas. Em relação a este último órgão houve discussão, em audiência pública, da proposta de criação do Distrito Sanitário Indígena

do Médio Juruá, a ser encaminhada ao Ministério da Saúde (*Jornal A CRÍTICA*, 19.ago 2007, p. A-6).

A notícia veiculada em agosto enfatiza a agregação de novo emissor, que expressa um *discurso autorizado* (Araújo, 1995). Frente ao silêncio do órgão indigenista sanitário, o UNICEF surge na cena social como entidade capaz de responder – ou tentar fazê-lo – pela omissão da FUNASA.

A análise da teia de significados, aparentemente dispersos em matérias isoladas de jornal, mostrou, *a posteriori*, a existência de uma conexão entre a denúncia que provocou a entrada do UNICEF no cenário discursivo, e outra notícia, veiculada em julho de 2007, que também denunciava a morte de uma criança indígena. A manchete referente a essa morte dizia: **“Descaso: Menina Ticuna morre de hidrocefalia: criança aguardava cirurgia na CASAI, uma casa de passagem para indígenas que não possui estrutura para a enfermidade que tinha”**¹⁶ (*Jornal A CRÍTICA*, 23.jul 2007, p. A-6).

No dia seguinte o jornal publicou outra matéria, retificando notícia anteriormente publicada; o título dizia: **Vítima era menino**: *“O jornal A CRÍTICA publicou ontem uma matéria intitulada ‘Menina Ticuna morre de hidrocefalia’. A menina em questão era Jefferson que, em depoimento do próprio coordenador regional da FUNASA (...) foi identificado como uma menina. Ele disse, em entrevista dada à reportagem, que não sabia o nome nem a idade da criança, e que o corpo dela já havia sido encaminhado para o Alto Solimões, de onde Jefferson e sua mãe teriam vindo em busca de socorro. Na tarde de ontem, a FUNASA enviou à redação deste jornal uma nota corrigindo e complementando as informações constantes na reportagem publicada (...) Ao contrário do que o coordenador da FUNASA havia dito anteriormente, o corpo de Jefferson, assim como sua mãe (...) ainda estão em Manaus. Segundo comunicado oficial da Fundação Nacional de Saúde (...)”* (*Jornal A CRÍTICA*, 24.jul 2007, p. C-2).

A matéria procura enfatizar a falta de informação dos dirigentes da FUNASA, sobre um problema grave, e leva o leitor a concluir que além de informação faltam compromisso e organização no órgão. Como em outras CASAIs, tais denúncias influem negativamente no ambiente da CASAI pesquisada, palco de todas essas mortes, contribuindo para a instauração do clima persecutório que ali encontramos durante a etapa de campo da pesquisa.

¹⁶ O texto foi transcrito na íntegra, conforme divulgado no jornal; dessa forma, optamos por manter os erros de redação do título da matéria.

Também foi possível perceber, posteriormente, que as notícias sobre as mortes infantis eram parte de um conjunto mais amplo de denúncias que enfatizavam a incapacidade da FUNASA em cumprir suas atribuições legais; e que, todas essas iniciativas se articulavam às disputas de poder nos processos de gestão da FUNASA, que serão analisadas em uma das sessões desse artigo.

A voz dos indígenas surge nessa arena em 21/08/07: “Familiares do indígena (...) reclamaram ontem do atendimento médico prestado na cidade, principalmente da assistência que vem sendo prestada pela Casa de Saúde do Índio (CASAI), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (...)” (Jornal A CRÍTICA, 21.ago 2007, p. C-2).

Os indígenas fazem circular sua voz a partir das denúncias; adquirem visibilidade pública para seus interesses; os meios de comunicação são utilizados para tornar pública a prestação de serviços a essa população.

A segunda categoria de análise desse artigo congregou um conjunto de notícias de **denúncias de opressão dos trabalhadores e condições de trabalho inadequadas**. Uma das notícias trazia a denúncia feita por uma funcionária da CASAI, que não quis se identificar para evitar ‘represálias’ por parte dos dirigentes da FUNASA regional:

“(...) a FUNASA não presta os devidos esclarecimentos sobre o que acontece dentro da CASAI. É sempre um disse-me-disse muito forte, que em nada contribui com as atividades da instituição. Além disso, a pressão sobre as pessoas que estão mais próximas do ocorrido é muito grande. Qualquer coisa que você olhe, veja ou fale é respondida com demissão sumária. A maior parte dos funcionários vive em clima de terror por conta disso” (Jornal A CRÍTICA, 24.jul 2007, p. C-2).

O depoimento da prestadora de serviço mostra a busca de visibilidade social para encaminhar problemas trabalhistas enfrentados na CASAI “Y”; fazê-lo através das páginas dos jornais, é indicativo de falta de condições de negociação e produção coletiva dos processos de trabalho, restando como alternativa o uso dos *espaços midiáticos* como *espaços de fala* (Araújo, 2002).

Nesse caso, a mídia se torna um espaço não apenas para denunciar as más condições da atenção em saúde prestada pela FUNASA, mas também, para proporcionar um espaço de questionamento sobre as condições de trabalho oferecidas aos prestadores de serviços que atuam na instituição. Mesmo com medo de represálias, torna-se possível produzir um espaço de fala. A voz da profissional ecoa neste cenário; ela denuncia, tornando pública sua problemática, e dá visibilidade às suas condições de viver e de trabalhar no contexto da

CASAI, tendo em vista que “(...) na atualidade, não basta existir, torna-se necessário conjugar existência e publicização para existir socialmente” (Rubin, 1995, p.88).

A denúncia anônima da prestadora de serviços da CASAI, adquire maior significado quando contraposta à vivência da pesquisadora naquele estabelecimento, durante o trabalho de campo. Ali a pesquisadora correlacionou as características dos relacionamentos estabelecidos no ambiente de trabalho, com aquelas definidas por Goffman (2003) para propor o modelo de *Instituição Total*. O autor define este tipo de instituição como “(...) local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (...)” (Goffman, 2003, p.11).

Ainda que a descrição de Goffman (op. cit.) vise descrever a situação dos internos, o caráter de instituição total da CASAI “Y” se manifestou de modo incisivo sobre a pesquisadora, cujas ações foram policiadas e rigidamente controladas por alguns funcionários da instituição. Trata-se de uma posição institucional descrita por Goffman como “fechamento”; nessas condições o caráter total atribuído a uma instituição estabelece barreiras às relações sociais com o mundo externo. Nestas instituições “(...) todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários (...) toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas (...)” (Goffman, 2003, p.18).

Tais condições foram impostas à pesquisadora e, pelo que sugerem as notícias de jornal, estendidas aos prestadores de serviço. Tal hipótese é corroborada pelo teor de entrevistas feitas com prestadores de serviço da CASAI “Y”, os quais, em troca da promessa de anonimato, aceitaram discorrer sobre suas condições de trabalho. Mesmo com receio de represálias, corroborado pela preocupação manifestada pelos entrevistados em preservar seu anonimato no momento da explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa (TCLE), os depoimentos mostram condições adversas de trabalho.

“(...) A gente é muito agredida, aqui dentro [da CASAI “Y”]. Tem enfermeira que já pegou três tapas na cara de um Yanomami (...) Por quê, nós funcionários que vamos trabalhar na área indígena, não temos direito à segurança? Nessa situação que teve, por exemplo, [a entrevistada se refere ao seqüestro de funcionários da FUNASA, no município de Manicoré], o indígena tem direito; e a gente como funcionário não tem direito de ir e vir?(...) Eu quero vir trabalhar, mas, eu quero voltar pra minha casa! A gente não tem direito enquanto funcionário. Eles [os índios] têm direitos; quem diz pra eles dos deveres? Porque a gente, também, tem que ser respeitado! Se eu desrespeitar, um indígena eu vou presa. E o

inverso, o quê acontece?(...) Tudo é Ministério Público! O indígena e o Ministério Público! (...) A gente tem que ter nosso direito! Nossa segurança preservada! Eles têm que saber que nós como brancos, também temos nossos direitos” (Entrevistada 11, entrevista realizada em 18/05/07).

O depoimento selecionado sintetiza as condições de insegurança laborativa enfrentada pelos prestadores de serviços, cujos contratos de trabalho podem ser sumariamente interrompidos, e que, sem dispor de qualificação adequada para desenvolverem suas atividades, buscam apoio no senso comum do indigenismo evolucionista que permeia o espaço de trabalho, tendendo a gerar soluções simplistas e autoritárias no trato com o usuário indígena que ocorre à CASAI “Y”. Os conflitos cotidianamente instaurados entre indígenas e profissionais podem ser resolvidos pela via autoritária e opressiva instituída pelos prestadores de serviços. Eventualmente eles são canalizados para denúncias de maus tratos aos indígenas e acolhidas pela mídia ou pelo ministério público. Tal possibilidade é que gera o agudo sentimento de insegurança que surge no depoimento acima, já que, em tais circunstâncias, a tendência majoritária é a demissão do prestador de serviço. O contexto descrito demonstra que o modelo de atuação de instituição total da CASAI “Y” tende a atingir todos os atores sociais que ali interagem.

Continuemos a reflexão sobre o depoimento, acima exposto, no âmbito da proteção dos profissionais; a entrevistada questiona sobre sua proteção frente ao *índio agressivo* – sujeito político que deve ser punido – observamos que, ao surgir o conflito entre profissionais de saúde e *paciente indígena*, a figura do índio carente que precisa ser cuidado/tutelado é substituída pela imagem do *índio agressivo*, manifesta-se, aqui, uma ambigüidade/ambivalência, ora o índio é coitado, ora é agressivo. Logo, o limite da tutela é o conflito. Compreendemos que seria muito importante para a formação profissional em saúde indígena se este tipo de experiência fosse discutido amplamente em reuniões técnicas, cursos, palestras promovidos pela FUNASA.

A terceira categoria de análise congrega as ***denúncias de disputas partidárias e embates corporativistas*** na FUNASA. Em matéria divulgada no dia 12/07/07 encontramos a seguinte denúncia: “(...) o presidente do Sindicato dos Servidores Públicos Federais (...) denunciou o desvio de recursos e tráfico de influências envolvendo FUNASA e Fundação São Jorge. As denúncias serão encaminhadas ao Ministério Público” (Jornal A CRÍTICA, 12.jul 2007, p. A-7).

A matéria explicava que o descaso da FUNASA com as mortes de crianças indígenas estaria ligado, segundo as lideranças indígenas, ao repasse irregular de verbas e à precariedade

na atenção em saúde ofertada aos indígenas do DSEI do Médio Solimões e Afluentes; tais condições teriam ocasionado a morte de crianças indígenas desse DSEI. Sobre esse assunto o coordenador regional da FUNASA, no Amazonas, fez o seguinte pronunciamento: “*A gente tem que ter muito cuidado com essas denúncias, para ver se não há interesses outros por trás, que vão desde interesses políticos até interesses comerciais. Infelizmente, esse denunciamento muitas vezes se mostra mentiroso e irresponsável, na medida em que brinca com uma situação muito séria que é a saúde das pessoas (...)*” (Jornal A CRÍTICA, 16.jul 2007, p. A-3).

O texto do coordenador mostra a disputa de pontos de vista para explicar as mortes. As lideranças indígenas atribuem-nas ao mau uso dos recursos públicos; o gestor muda do foco do problema, escamoteia a discussão sobre as mortes e suas causas, e desvia o eixo da análise para uma contra-acusação, a suposta existência de interesses comerciais subjacentes às acusações feitas ao órgão. Trata-se aqui da disputa, entre indígenas e dirigentes, pela imposição de *pontos-de-vista* sobre a temática, na busca do “*poder de fazer ver e fazer crer*” (Bourdieu, 1989).

As disputas prosseguiram na mídia. Em 25/07/2007 servidores da FUNASA *buscam espaço* no Jornal A CRÍTICA para denunciar irregularidades da administração do órgão. Sua denúncia explicita a existência de um confronto entre servidores e administradores locais da FUNASA. De acordo com a denúncia dos servidores “*(...) pelo menos 14 pessoas estariam recebendo, irregularmente, diárias de viagens da entidade, desde 2006. Entre setembro de 2006 e junho de 2007, eles receberam cerca de R\$ 212 mil. Os servidores informaram que a administração do órgão, ao tomar conhecimento do fato, suspendeu os pagamentos, mas que não determinou nenhum procedimento de investigação (...)*” (Jornal A CRÍTICA, 25.jul 2007, p. A-6).

Em consequência dessas denúncias, o então administrador da FUNASA regional do Amazonas foi afastado temporariamente do cargo, pela direção maior do órgão, visando apurar o alegado envolvimento do mesmo com um esquema de fraudes. As notícias de jornal prosseguiram, informando sobre o desvio de mais de R\$ 212 mil dos cofres da FUNASA (Jornal A CRÍTICA, 27.jul 2007, p. A-7). Em 29/07/07 novas notícias reiteraram as denúncias de desvios de recursos da FUNASA; a elas acrescentaram acusações de tráfico de influências e de contratos firmados sem licitação (Jornal A CRÍTICA, 29.jul 2007, p. A-3).

Em 08/08/07, o sindicato dos Servidores Públicos Federais no Amazonas (SINDISEP-AM) informou, no jornal A CRÍTICA, sobre uma manifestação que ocorreria nas dependências da FUNASA; eles divulgaram um manifesto intitulado “*Contra a corrupção; em defesa da FUNASA*”. Um dos sindicalistas denunciou que “*O [coordenador] tirou cargos*

de servidores que ele suspeita terem ligação com o PT e está revistando as bolsas de quem entra e sai do prédio, isso é um absurdo. Vamos protestar contra essas arbitrariedades e a tentativa de camuflar as denúncias de corrupção e desvios de recursos com essa discussão político-partidária (...) (Jornal A CRÍTICA, 08.ago 2007, p. A-8).

Estes textos expressam um embate partidário travado entre o sindicato (ligado ao PT) e a direção geral do órgão (ligada ao PMDB) com implicações profundas no processo de gestão do órgão. A existência deste embate foi sustentada pela afirmação da diretora regional do PT no Amazonas, veiculada em notícia de jornal em 10/08/07; na ocasião a diretora informou: “A FUNASA está na cota do PMDB. O PT não está discutindo cargo da FUNASA. Não estou entendendo porque o [coordenador] fica atacando o PT” (Jornal A CRÍTICA, 10.ago 2007, p. A-6).

Nesta mesma página do jornal, foi divulgado outro texto, relacionado à manifestação de servidores da FUNASA que protestavam contra os casos de corrupção no órgão. Na oportunidade, os servidores-manifestantes, também se posicionaram em relação ao “loteamento partidário” e acusaram a FUNASA de ser alvo de partidos políticos.

Em 31/08/07, o coordenador da FUNASA foi afastado definitivamente do cargo, após indiciamento pela Polícia Federal por peculato e formação de quadrilha. No dia 04/09/07, o cargo passou a ser ocupado por um interventor, um funcionário de carreira do órgão com experiência prévia de ocupação do cargo, em 2004 (Jornal A CRÍTICA, 06.set 2007, p. A-5). Em 23/10/07, esse interventor foi afastado, sendo substituído por outra servidora do órgão, transferida de outro estado sem que houvesse informações públicas sobre as razões da troca.

Sobre esta substituição, um dos representantes do SINDSEP-AM destacou: “Com certeza, o coordenador não estava cooperando com o esquema e ele teve de sair (...) é um cara íntegro e estava incomodando (...) A solução seria a despartidarização dos órgãos públicos. O governador [do Amazonas] falou mal da FUNASA, mas é o partido dele (PMDB) que administra a FUNASA. Os caras querem a extinção de um órgão, quando a culpa não é do órgão, nem dos servidores, é do governo que o entrega para os partidos. A administração é do PMDB” (Jornal A CRÍTICA, 23 out. 2007, p. A-7).

Em relação a este cenário, em 12/11/07, foi divulgada matéria, com o título: **Discretamente, Governo estuda extinção da FUNASA – Cuidado que está sendo tomado na condução da proposta é para não bater de frente com o PMDB.** Dentre os discursos veiculados à matéria está o de um servidor da FUNASA e membro da Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal: “As falcatruas decorrem de indicações políticas, fruto de acordo com o Governo que deu o controle ao PMDB. Não podem justificar o fim de

um órgão que presta importantes serviços à sociedade (...) a FUNASA tornou-se uma passadora de cheque em branco. Ninguém presta contas. Se não aumentar a fiscalização, continuaremos a vê-las nas páginas policiais” (Jornal A CRÍTICA, 12 nov. 2007, p. A-6).

Tais acontecimentos coexistiram, temporalmente, com a ocupação física da sede da FUNASA, em 14/11/07, por lideranças indígenas que protestavam contra a portaria nº 2656/07, as fraudes cometidas por dirigentes da FUNASA, ao partidarismo existente no órgão e as condições precárias de atendimento aos povos indígenas etc. Em 28/11/07 inicia o processo de desocupação da FUNASA. Fato que foi registrado em matéria de jornal, sendo atribuída, conforme título da matéria, a **Articulação petista**: “*O fim da ocupação na sede da FUNASA, em Manaus, e a intervenção do órgão com a participação dos índios foi fruto da articulação e intermediação do senador João Pedro (PT-AM)*” (Jornal A CRÍTICA, 28 nov. 2007, p. C-5). O que pode evidenciar a existência do partidarismo do PMDB e PT, relacionado ao órgão indigenista responsável pela saúde indígena – FUNASA – o que foi denunciado através da mídia.

O ministro da Saúde posicionou-se sobre o caso, em notícia divulgada em 28/11/07. Ele se referiu à portaria que divulgaria o nome do interventor da FUNASA, no Amazonas, nos seguintes termos: “*(...) Vamos escolher uma pessoa que seja da área de saúde sem nenhum envolvimento com a política local (...)*” (Jornal A CRÍTICA, 28 nov. 2007, p. C-5).

Para Garnelo (2006), a FUNASA é mais influenciada pela política partidária do que pela própria política indígena; tal afirmação pode ser detectada no discurso divulgado na mídia; exposto a cima e, também, materializado nos textos de uma liderança indígena:

Loteamento político traz prejuízos aos indígenas – “*O coordenador do Conselho Indígena do Vale do Javari – (CIVAJA) disse que a FUNASA está desacreditada e não basta a saída de um coordenador para acabar com as irregularidades no órgão (...)*” (Jornal A CRÍTICA, 10.ago 2007, p. A-6). A referida liderança verbaliza que um dos maiores problemas da FUNASA é o “*loteamento político*”: “*Sai chefe, entra chefe e nada muda. Eles se acham com segurança porque estão cheios de padrinhos políticos. Enquanto há essa rixa entre eles e ficam brigando, a saúde do índio continua difícil e ‘parentes’ morrem a todo o momento*” (Jornal A CRÍTICA, 10.ago 2007, p. A-6).

Podemos perceber que as disputas partidárias situam-se em *primeiro plano*, no cenário da saúde indígena; os indígenas (público-alvo) ficam em *segundo plano*. O que parece importante nas falas dos que se posicionam no jornal são as posições e cargos em disputa. Os indígenas, então, se posicionam, reivindicando estes espaços, também expressam posicionamentos semelhantes. A partir das exigências, na época da ocupação da sede da

FUNASA no Amazonas dos cargos de Coordenador Regional da FUNASA no Amazonas e Chefe do DSEI-“Y”.

No contexto analisado, se configura, um *Mercado Simbólico* – no qual os atores sociais (indígenas, políticos, servidores da FUNASA, profissionais de saúde que prestam assistência à saúde indígena) concorrem, entre si, pela imposição de fala; de construir o real; de produzir sentido sobre algo ou alguma coisa (Verón, 1980).

Os textos, aqui, expostos são um recorte dos discursos que circulam no cenário das disputas pela imposição de políticas públicas em saúde indígena, a partir do campo da comunicação midiática, aqui analisadas a partir da veiculação de notícias em jornal. São textos marcados por denúncias, exposição de fraudes, exposição dos conflitos e disputas de poder que marcam a arena política de saúde indígena na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Todos esses textos são perpassados por idéias evolucionistas que marcam a descrição das condições de ser/existir dos povos indígenas.

Considerações Finais

As vozes presentes nos textos em relação a FUNASA viabilizaram um olhar crítico sobre as relações no campo das políticas públicas em saúde e da comunicação, mas precisamente voltadas às populações indígenas. Textos são, aqui, considerados como materialidade discursiva relacionados ao contexto da saúde indígena.

Consideramos que a comunicação, neste cenário, deve examinar contextos, processos políticos; condições sociais, materiais, institucionais e subjetivas de produção dos sentidos; bem como analisar a importância das relações de poder que determinam e são determinadas pelos processos e práticas da comunicação, cujo enfoque, em nosso estudo, é voltado especificamente à comunicação midiática (Araújo & Cardoso, 2007).

As matérias divulgadas na *mídia* – notícias em jornais – destacaram que comunicar não é um processo linear de transmissão de informação, mas, sim um espaço de luta/confronto – campo fértil para a produção de múltiplos sentidos sobre a instituição que cuida da saúde dos índios – a Fundação Nacional de Saúde (Araújo, 2002). Neste cenário, há vozes que são ampliadas, outras silenciadas, dependendo do valor conquistado neste mercado simbólico – aqui configurado enquanto o campo da comunicação e saúde indígena, mas precisamente à comunicação midiática (Araújo, 2002; Araújo & Cardoso, 2007).

Percebemos que as vozes dos indígenas são muitas vezes silenciadas – suas reivindicações e denúncias são feitas a partir de porta-vozes: políticos, servidores da FUNASA, profissionais de saúde; e, quando os indígenas ocupam um *lugar de fala* nas

matérias de jornais, geralmente, está relacionadas à convocação de repórteres para que os indígenas respondam a questões polêmicas – ocupação da sede da FUNASA, mortes de indígenas, fraudes relacionadas a prestação de cuidados em saúde indígena etc.

A FUNASA é concebida como uma instituição que deve perpetuar ações tutelares em relação aos indígenas assistidos por ela; pensamento ancorado na prática da proteção fraternal; visão contextualizada histórica e socialmente (Souza Lima, 2005).

Os textos postos em circulação são totalmente *constituídos* por denúncias, fraudes, condições de vida dos povos indígenas, bem como a exposição das dificuldades de viabilização de políticas e ações mais adequadas e sérias por parte do órgão gestor da saúde indígena – a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em relações aos indígenas.

No cenário da comunicação midiática, constatou-se que os discursos referentes a FUNASA denotam a existência de vozes de grupos políticos (bem como de seus interesses). Em muitas *falas*, o partidarismo, é considerado como um dos grandes entraves para implementação de políticas públicas adequadas à necessidade das populações indígenas.

Estas disputas e as notícias desfavoráveis de atuação da FUNASA viabilizaram a compreensão das medidas de cerceamento adotadas pela instituição à pesquisadora, em fase de campo. As medidas persecutórias foram entendidas como estratégias de proteção de pessoas que, sentindo-se ameaçadas, criaram meios para evitar a exposição pública das dificuldades institucionais que poderiam ser explicitadas por uma pesquisa acadêmica.

Referências

ARAÚJO, Inesita Soares de. **A reconversão do olhar – Uma contribuição semiológica para a reflexão sobre as práticas de comunicação na intervenção social no meio rural.** Dissertação de Mestrado. ECO-UFRJ, 1995, p. 82-123.

ARAÚJO, Inesita Soares de. **A batalha do Alto Rio Negro.** Texto apresentado à VI Reunião Anual da COMPOS, São Leopoldo: Rio Grande do Sul, 1997.

ARAÚJO, Inesita Soares de. **A Dupla Ilusão.** Texto apresentado ao GT Comunicação e Etnia, no XXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – INTERCOM 98, Recife: Pernambuco, 1998.

ARAÚJO, Inesita Soares de. **Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. **Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: Temas Críticos e Propostas para um Diálogo Interdisciplinar.** Cadernos de Saúde Pública, vol.17, no.2, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, p. 425-431.
- ATHIAS, Renato. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. **In:** LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.217-232.
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem.** São Paulo: HUCITEC, 1992.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Lisboa: DIFEL, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. **O campo econômico: A dimensão simbólica da dominação.** Campinas: Papyrus, 2000.
- CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu. **In:** LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.195-215.
- ENNE, Ana Lucia S. **Memória, identidade e imprensa em uma perspectiva relacional.** Revista Fronteiras – estudos midiáticos. VI(2): 101-116, julho/dezembro 2004.
- ENNE, Ana Lucia S.; DINIZ, Betina Peppe. **O Caso Mão Branca na imprensa do Rio de Janeiro: narrativa jornalística, ficção e o fluxo do sensacional.** Trabalho apresentado no NP02 – Jornalismo durante o XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Rio de Janeiro, set. 2005, p. 1-15.
- FERREIRA, Andrey Cordeiro. **Tutela e Resistência Indígena.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/MN-PPGAS, 2007.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- GARNELO, Luiza; BRANDÃO, Luiz Carlos. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. **In:** COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 2003, p.235-257.
- GARNELO, Luiza. Tradição, modernidade e políticas públicas no alto Rio Negro. **In:** Somanlu: **Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas.** Ano 4, n. 1, jan./jun. 2004, p. 29-53.

- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. **Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, vol.21, no.4, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.1217-1223.
- GARNELO, Luiza. Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e Contradições. **In:** SCHERER, Elenise; OLIVEIRA, José Aldemir de (Orgs.). **Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p.133-160.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- MEDEIROS, Zulma et al. **Controle da filariose linfática no Brasil, 1951-2000.** Epidemiol. Serv. Saúde. Vol. 12, no 2. Brasília: jun. 2003.
- NJAINÉ, Kathie; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade.** Ciência & Saúde Coletiva, 7 (2):285-297, 2002.
- OLIVEIRA, João Pacheco de. **“O Nosso Governo”: Os Ticuna e o Regime Tutelar.** São Paulo: Marco Zero; Brasília: MCT/CNPq, 1988.
- RUBIN, Antônio Albino Canelas. Mídia, Política e Democracia. **In:** PITTA, Áurea Maria da Rocha. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.** HUCITEC/ABRASCO. São Paulo: 1995, p. 81-97.
- SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 133-156.
- SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. Sobre Indigenismo, Autoritarismo e Nacionalidade: Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Marco Zero/UFRJ: 1987, p. 149-204.
- SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Os povos indígenas na invenção do Brasil: na luta pela construção do respeito à pluralidade. **In:** LESSA, Carlos (Org.). **Enciclopédia da brasilidade: auto-estima em verde amarelo.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2005, p. 234-247.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. **In:** SPINK, Mary Jane (Orgs.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Editora Cortez, 1999, p. 41-61.

TEIXEIRA, Carla Costa. **O Museu da Funasa e a Saúde Indígena.** Série Antropologia. vol. 409. Brasília: DAN/UnB, 2007.

VERÓN, Eliseo. **A produção dos sentidos.** São Paulo: Cultrix/USP, 1980.

Jornais Consultados

Jornal A CRÍTICA. **Indígenas querem DSEI no Juruá.** Manaus, 12 jul. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Descaso é denunciado.** Manaus, 16 jul. 2007. p. A-3.

Jornal A CRÍTICA. **Menina ticuna morre de hidrocefalia.** Manaus, 23 jul. 2007. p. A-13.

Jornal A CRÍTICA. **Indígenas com hidrocefalia aguardam na fila do SUS.** Manaus, 24 jul. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Servidores Denunciam Irregularidades.** Manaus, 25 jul. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Cai administrador da FUNASA.** Manaus, 27 jul. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Denúncias em série.** Manaus, 29 jul. 2007. p. A-3.

Jornal A CRÍTICA. **PF indícia ex-estagiários por desvio de dinheiro.** Manaus, 8 ago. 2007. p. A-8.

Jornal A CRÍTICA. **Servidores fazem 'limpeza' da FUNASA.** Manaus, 10 ago. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **UNICEF investigará mortes de indígenas.** Manaus, 19 ago. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Nova reclamação de índios contra FUNASA.** Manaus, 21 ago. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Questão indígena na pauta da Câmara.** Manaus, 06 set. 2007. p. A-5.

Jornal A CRÍTICA. **Índios 'apitarão' para dizer como recursos são gastos.** Manaus, 17 out. 2007. p. C-3.

Jornal A CRÍTICA. **Coordenação da FUNASA muda de novo.** Manaus, 23 out. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Discretamente, Governo estuda extinção da FUNASA.** Manaus, 12 nov. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Índios ocupam sede da FUNASA.** Manaus, 14 nov. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Hepatite ataca índios no Vale do Javari**. Manaus, 24 nov. 2007. p. C-3.

Jornal A CRÍTICA. **Intervenção na FUNASA/AM**. Manaus, 28 nov. 2007. p. C-5.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina. Repensando os Estudos Sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença. **In:** ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina. **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Editora Fiocruz, 1998.
- AMORIM, Marília. **O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas Ciências Humanas**. São Paulo: Musa Editora, 2001.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A reconversão do olhar – Uma contribuição semiológica para a reflexão sobre as práticas de comunicação na intervenção social no meio rural**. Dissertação de Mestrado. ECO-UFRJ, 1995, p. 82-123.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A batalha do Alto Rio Negro**. Texto apresentado à VI Reunião Anual da COMPOS, São Leopoldo: Rio Grande do Sul, 1997.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **A Dupla Ilusão**. Texto apresentado ao GT Comunicação e Etnia, no XXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – INTERCOM 98, Recife: Pernambuco, 1998.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. **Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. **Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: Temas Críticos e Propostas para um Diálogo Interdisciplinar**. Cadernos de Saúde Pública, vol.17, no.2, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, p. 425-431.
- ATHIAS, Renato. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. **In:** LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.217-232.
- AYRES. J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 2001, vol.6, no.1, p. 63-72.
- BAINES, Stephen Grant. **E a FUNAI que sabe: A Frente de Atração Waimiri-Atroari**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1992.
- BAKHTIN. Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. **O campo econômico: A dimensão simbólica da dominação**. Campinas: Papirus, 2000.
- CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu. **In:** LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.195-215.
- COSTA, Dina Czeresnia. **Política Indigenista e Assistência à Saúde**. *Ciência Hoje* jul.1989, vol. 10 no. 55, p. 68-73
- DAMATTA, Roberto da. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- DAMATTA, Roberto. **Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- DAMATTA, Roberto da. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- DAMATTA, Roberto da. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. **In:** BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 99-120.
- ENNE, Ana Lucia S. **Memória, identidade e imprensa em uma perspectiva relacional**. *Revista Fronteiras – estudos midiáticos*. VI(2): 101-116, julho/dezembro 2004.
- ENNE, Ana Lucia S.; DINIZ, Betina Peppe. **O Caso Mão Branca na imprensa do Rio de Janeiro: narrativa jornalística, ficção e o fluxo do sensacional**. Trabalho apresentado no NP02 – Jornalismo durante o XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Rio de Janeiro, set. 2005, p. 1-15.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2000.
- FUNASA/COORDENAÇÃO REGIONAL AMAZONAS/DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE X/CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO X. **Relatório Consolidado CASAI-X/2003**. X: 2004.
- FERREIRA, Andrey Cordeiro. **Tutela e Resistência Indígena**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/MN-PPGAS, 2007.

- GARNELO, Luiza. **Representações Sociais em Saúde Indígena: o Mercado Simbólico do Alto Rio Negro**. Revista Educação em Questão. vol.12/13. no.3/2 jul./dez. 2000 – jan./jun. 2001. Natal: EDUFERN, 2003, p.80-99.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- GARNELO, Luiza; BRANDÃO, Luiz Carlos. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. **In: COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 2003, p.235-257.
- GARNELO, Luiza. Tradição, modernidade e políticas públicas no alto Rio Negro. **In: Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas**. Ano 4, n. 1, jan./jun. 2004, p. 29-53.
- GARNELO, Luiza; LANGDON, Jean. A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica à Saúde. **In: MINAYO. M. C. S.; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Orgs.). Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.133-156.
- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. **Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, vol.21, no.4, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.1217-1223.
- GARNELO, Luiza. Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e Contradições. **In: SCHERER, Elenise; OLIVEIRA, José Aldemir de (Orgs.). Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p.133-160.
- GASKELL, George. Entrevistas Individuais e Grupais. **In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Ed.). Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 64-89.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- GOMES, Romeu. **A construção da Masculinidade como Fator Impeditivo do Cuidar de Si**. Projeto CNPq. IFF/Fiocruz (S/D).

- GOMES, Romeu et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 185-221.
- HERZLICH, Claudine. **A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 2005, vol. 15, suplemento, p. 57-70.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. **Os Índios e nós**. Disponível em: <http://www.socioambiental.org.br/pib/português/quepens/index.shtm>, 2000. Acesso em: 10 out. 2005.
- MEDEIROS, Zulma et al. **Controle da filariose linfática no Brasil, 1951-2000**. Epidemiol. Serv. Saúde. Vol. 12, no 2. Brasília: jun. 2003.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. **In:** MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Abordagem Antropológica para avaliação de políticas sociais**. Revista de Saúde Pública, jun. 1991, vol. 25 no. 3, p. 233-238.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de Trabalho de Campo. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, p. 105-196.
- MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- OLIVEIRA, João Pacheco de. **“O Nosso Governo”: Os Ticuna e o Regime Tutelar**. São Paulo: Marco Zero; Brasília: MCT/CNPq, 1988.
- OLIVEIRA, João Pacheco de; ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Demarcação e reafirmação étnica: um ensaio sobre a FUNAI. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Indigenismo e territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998, p.69-123.
- OLIVEIRA, João Pacheco de. Os Instrumentos de Bordo: Expectativas e Possibilidades de Trabalho do Antropólogo em Laudos Periciais. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Indigenismo e Territorialização: Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p.269-295.

- OLIVEIRA, João Pacheco de. Muita Terra para Pouco Índio? Uma Introdução (Crítica) ao Indigenismo e à Atualização do Preconceito. **In:** SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi (Orgs.). **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus.** São Paulo: Global; Brasília: MEC; MARI: UNESCO, 2004, p. 61-86.
- ORLANDI, Eni. **Discurso e leitura.** São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1993.
- PEIRANO, Mariza G. S. **A favor da Etnografia.** UNB: Brasília, 1992.
- PEREIRA, Nilza de Oliveira M.; SANTOS, Ricardo Ventura; AZEVEDO, Marta Maria. Perfil Demográfico e Socioeconômico das Pessoas que se Autodeclaram 'Indígenas' nos Censos Demográficos de 1991 e 2000. **In:** PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/ABEP, 2005, p. 155-192.
- PETERSON. Christopher. **Trambiclínicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- PIRES. Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar.** Ciência e Saúde Coletiva. out./dez. 2005, vol.10, no.4, p. 1025-1035.
- PITTA, Áurea Maria da Rocha. Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: Notas para o Debate. **In:** PITTA, Áurea Maria da Rocha. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.** HUCITEC/ABRASCO. São Paulo: 1995, p. 239-266.
- RAMOS, Jair de Souza. **O poder de domar do fraco: construção de autoridade pública e técnicas de poder tutelar nas políticas de imigração e colonização do Serviço de Povoamento do Solo Nacional.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, jul. 2003, ano 9, n. 19, p. 15-47.
- RIBEIRO, Andréa Araújo. **Novos Paradigmas na Atenção à Saúde Mental: Enfocando a Dimensão Subjetiva do Sofrimento na CASAI-Manaus.** Projeto de Conclusão do curso de Especialização em Saúde Mental. Manaus: Fiocruz-Amazônia/CPqL&MD, 2004.
- RIBEIRO, Andréa Araújo. **Tornando o Não-familiar em Familiar: As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde da CASAI de Manaus Sobre o Paciente Indígena.** Projeto de Conclusão do curso de Especialização em Antropologia da Saúde. Manaus: Fiocruz-Amazônia/CPqL&MD, 2005.
- RUBIN, Antônio Albino Canelas. Mídia, Política e Democracia. **In:** PITTA, Áurea Maria da Rocha. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.** HUCITEC/ABRASCO. São Paulo: 1995, p. 81-97.

SANTOS, Sívio Coelho dos. Os Direitos dos Indígenas no Brasil. **In:** SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi (Orgs.). **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus.** São Paulo: Global; Brasília: MEC; MARI: UNESCO, 2004, p. 87-108.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. **Práticas Emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade.** *Estudos avançados.* jan./abr. 1999, vol.13, no.35, p.71-88.

SEYFERTH, Giralda. **A Invenção da Raça e o Poder Discricionário dos Estereótipos.** Anuário Antropológico/93. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995, p. 175-203.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. **In:** MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 133-156.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. Sobre Indigenismo, Autoritarismo e Nacionalidade: Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Marco Zero/UFRJ: 1987, p. 149-204.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. A 'Identificação' como categoria histórica. **In:** OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Indigenismo e Territorialização: Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, p.171-220.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de Souza. Problemas de qualificação de pessoal para novas formas de ação indigenista. **In:** LIMA, Antônio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (Orgs.). **Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II.** Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED, 2002, p. 83-94.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. Os povos indígenas na invenção do Brasil: na luta pela construção do respeito à pluralidade. **In:** LESSA, Carlos (Org.). **Enciclopédia da brasilidade: auto-estima em verde amarelo.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2005, p. 234-247.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. **In:** SPINK, Mary Jane (Orgs.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Editora Cortez, 1999, p. 41-61.

SPINK, Mary Jane. A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação. **In:** SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 39-50.

TEIXEIRA, Carla Costa. **O Museu da Funasa e a Saúde Indígena**. Série Antropologia. vol. 409. Brasília: DAN/UnB, 2007.

THOMAZ, Omar Ribeiro. A Antropologia e o Mundo Contemporâneo: Cultura e Diversidade. **In:** SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi (Orgs.). **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus**. São Paulo: Global; Brasília: MEC: MARI: UNESCO, 2004.

VERÓN, Eliseo. **A produção dos sentidos**. São Paulo: Cultrix/USP, 1980.

Jornais Consultados

Jornal A CRÍTICA. **Indígenas querem DSEI no Juruá**. Manaus, 12 jul. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Descaso é denunciado**. Manaus, 16 jul. 2007. p. A-3.

Jornal A CRÍTICA. **Menina ticuna morre de hidrocefalia**. Manaus, 23 jul. 2007. p. A-13.

Jornal A CRÍTICA. **Indígenas com hidrocefalia aguardam na fila do SUS**. Manaus, 24 jul. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Servidores Denunciam Irregularidades**. Manaus, 25 jul. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Cai administrador da FUNASA**. Manaus, 27 jul. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Denúncias em série**. Manaus, 29 jul. 2007. p. A-3.

Jornal A CRÍTICA. **PF indícia ex-estagiários por desvio de dinheiro**. Manaus, 8 ago. 2007. p. A-8.

Jornal A CRÍTICA. **Servidores fazem ‘limpeza’ da FUNASA**. Manaus, 10 ago. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **UNICEF investigará mortes de indígenas**. Manaus, 19 ago. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Nova reclamação de índios contra FUNASA**. Manaus, 21 ago. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Questão indígena na pauta da Câmara**. Manaus, 06 set. 2007. p. A-5.

Jornal A CRÍTICA. **Índios ‘apitarão’ para dizer como recursos são gastos**. Manaus, 17 out. 2007. p. C-3.

Jornal A CRÍTICA. **Coordenação da FUNASA muda de novo**. Manaus, 23 out. 2007. p. A-7.

Jornal A CRÍTICA. **Discretamente, Governo estuda extinção da FUNASA.** Manaus, 12 nov. 2007. p. A-6.

Jornal A CRÍTICA. **Índios ocupam sede da FUNASA.** Manaus, 14 nov. 2007. p. C-2.

Jornal A CRÍTICA. **Hepatite ataca índios no Vale do Javari.** Manaus, 24 nov. 2007. p. C-3.

Jornal A CRÍTICA. **Intervenção na FUNASA/AM.** Manaus, 28 nov. 2007. p. C-5.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**APÊNDICE B – DOCUMENTO REQUISITANDO AUTORIZAÇÃO DA
INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA ENCAMINHADO AO
COORDENADOR DA FUNASA/AMAZONAS**

**APÊNDICE C – DOCUMENTO REQUISITANDO AUTORIZAÇÃO DA
INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA ENCAMINHADO AO
ADMINISTRADOR DA FUNASA/AMAZONAS**

**APÊNDICE D – TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA
PESQUISA**

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA – TCLE**

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE G- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO