

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA
PPGSCA**

**O CONTROLE SOCIAL E A SAÚDE INDÍGENA: UM ESTUDO
DOS CONSELHOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS/AM**

KÁTIA MARIA DA SILVA LIMA

**MANAUS
2008**

**UNIVERSIDADE DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA
PPGSCA**

KÁTIA MARIA DA SILVA LIMA

**CONTROLE SOCIAL E SAÚDE INDÍGENA: UM ESTUDO DOS
CONSELHOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia do Instituto de Ciências Humanas e Letras como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: PROF^a. DR^a. Heloisa Helena Corrêa da Silva

MANAUS

2008

KÁTIA MARIA DA SILVA LIMA

**O CONTROLE SOCIAL E A SAÚDE INDÍGENA: UM ESTUDO
DOS CONSELHOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS/AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia do Instituto de Ciências Humanas e Letras como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a. DR^a. Heloisa Helena Corrêa da Silva
Presidente da Banca
Universidade Federal do Amazonas

PROF^a. DR^a. Valéria Augusta Cerqueira de Medeiros Weigel
Universidade Federal do Amazonas

PROF^a. DR^a. Yoshiko Sasaki
Universidade Federal do Amazonas

Para
Francisco Alves de Lima, meu pai.
In memoriam.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho é o resultado de uma rica trajetória onde empreendi grandes esforços e superei as inúmeras dificuldades encontradas no decorrer do caminho, contando com o apoio de professores, amigos e familiares. Portanto, este trabalho só foi possível com a colaboração dessas pessoas.

Sempre e acima de tudo a Deus que me deu forças e saúde para superar os meus limites e realizar este trabalho;

A minha família de um modo geral, em especial a minha mãe Enerzília e aos meus filhos Kaio, Renata e Ana.

Ao meu marido e companheiro Jander, que assumiu tantas vezes nossos compromissos familiares, compensando minhas ausências com nossos filhos, tornando possível minha maior dedicação a este trabalho e dividindo comigo as angústias e dificuldades no caminho percorrido até a finalização desta Dissertação.

A minha orientadora e amiga, PROF^a. DR^a. Heloisa Correa, pelo incentivo, orientação, paciência, pelo tratamento terno, mas, principalmente por ter acreditado que eu era capaz, mesmo nos momentos que eu mesma duvidei.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, pelo atendimento sempre cordial.

A Universidade Federal do Amazonas - UFAM, onde realizei minha graduação, especialização e agora o mestrado, por mais esta oportunidade.

Ao Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – IPLMD, Unidade da FIOCRUZ na Amazônia, pelo apoio, liberação e o financiamento de algumas atividades da pesquisa.

A Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - pela liberação de documentos e dados pertinentes ao objeto de estudo, em especial aos servidores do Distrito Sanitário Indígena de Manaus que nos receberam com afeto na instituição e contribuíram de forma carinhosa com a composição deste trabalho;

A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB - pela concessão dos dados, documentos e informações e em especial ao Coordenador Geral, Jecinaldo Barbosa, da etnia Sateré-Mawé que, neste processo de construção do trabalho e de parceria no Conselho, tornou-se um amigo fraterno.

Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus que autorizou a realização da pesquisa e concedeu as cópias das atas e os documentos necessários para a realização do trabalho;

A todos os entrevistados que de forma carinhosa reservaram parte de seu tempo prestando informações que foram essenciais para a construção deste trabalho.

A todos os indígenas, protagonistas desta história que de forma incansável e serena lutam por seus direitos, enfrentam preconceitos, mas não desistem nunca e seguem na luta ...

Quantas lições aprendidas neste percurso!!!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIS – Agente Indígena de Saúde
- AISAN – Agente Indígena de Saneamento
- CASAI – Casa de Saúde do Índio
- CIMI – Conselho Indigenista Missionário
- CIS – Comissão Intersetorial de Saúde
- CISI – Conselho Intersetorial de Saúde Indígena
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
- CONDEF – Conselho Deliberativo e Fiscal da COIAB
- CONEP – Conselho Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
- COSAI – Coordenação de Saúde do Índio
- COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
- DESAI – Departamento de Saúde Indígena
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSEI/MAO – Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus
- DSY – Distrito Sanitário Yanomami
- ESAI – Equipe de Saúde do Índio
- EVS – Equipe Volante de Saúde
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FEPI - Fundação Estadual de Política Indígena
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- IAPI – Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena
- INDASPI – Instituto de Desenvolvimento de Auto-Sustentação das Populações Indígenas
- LOAS – Lei Orgânica de Assistência a Saúde
- NISI – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena
- PSFI – Programa de Saúde da Família Indígena
- SAS – Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde

SSL – Saúde Sem Limites

SPI – Serviço de Proteção aos Índios

SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais

RESUMO

O trabalho que ora apresentamos é o resultado de uma pesquisa realizada sobre a atuação dos conselhos de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, um dos trinta e quatro Distritos organizados no Brasil a partir da implantação da nova política de atenção a saúde destes povos. O estudo deste tema nos remeteu a uma necessária discussão acerca da política de saúde no Brasil e de forma específica da Política de Saúde indígena e do movimento indígena, temas intrinsecamente articulados a problemática dos conselhos de saúde. O objetivo desta dissertação é apresentar os limites e avanços do exercício do controle social no Distrito e dos impactos na política de saúde que vem sendo implantada a partir da análise da atuação dos conselhos de saúde em articulação com o Movimento Indígena. Neste sentido esta investigação reconstitui o processo de organização dos conselhos de saúde no Brasil e de forma particular no Distrito de Manaus. Questiona-se até que ponto tais canais de participação social, institucionalizados pelo Estado, e neste caso de intervenção indígena têm propiciado a participação efetiva dos usuários do sistema e como se estabelece essa relação entre os conselhos e os gestores. E ainda como estão organizados esses canais de participação, quais os entraves políticos e os avanços no sentido de garantir um poder real de decisão.

Palavras Chave: Saúde Indígena, Controle Social, Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of a research carried out through the Post-graduation Program on the Amazon Society and Culture of the Federal University of Amazonas. It is about health councils of the Indigenous Sanitary District of Manaus, which is one of the thirty-four districts organized in Brazil as from the implementation of the new policy on health assistance to these people. The study addressed to the need of a discussion about health policy in Brazil, and specifically the indigenous health policy and indigenous movements, topics that are closely related to the health councils issues. This dissertation aims at presenting the limits and the progresses of the social control in the district, and the impact of the health policy that has been being implemented accordingly to the analysis of the health councils actions with the indigenous movements. Thus, this investigation restructures the organization process of the health councils in Brazil, especially the one in Manaus. It is questioned to what extent such social participation channels, which are State-based and in this case the indigenous intervention, have provided effective participation of the system users and how the relationship between counselors and managers is established. Also, how these participations channels are organized, what political restrains and progresses are so that real decision power is assured.

Kew Words: Health Indigenous; Social Control and Health Council

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização do DSEI e Modelo assistencial	43
Figura 2 – Mapa de Distribuição dos DSEI's no Brasil	44
Figura 3 – Mapa de Distribuição dos DSEI's no Estado do Amazonas.....	45
Figura 4 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus	50
Figura 5 – Quadro de Caracterização dos Povos Indígenas do DSEI/MAO	51
Figura 6 – Quadro: Recursos Repassados do Governo Federal para os Municípios...	70
Figura 7 – Fluxo de Referência e Contra-referência CASAI/MAO	71
Figura 8 – Quadro Demonstrativo dos Conselhos Locais do DSEI/MAO	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 CAPÍTULO I – A QUESTÃO INDÍGENA NO BRASIL	
1.1 O Contato entre os Indígenas e a Sociedade Nacional	22
1.2. As Instituições Públicas e o Atendimento a Saúde dos Povos Indígenas no Brasil	25
1.3. A Emergência do Movimento Indígena e a Luta pela Saúde Diferenciada	28
 CAPÍTULO II – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA.	
2.1 A Implantação do Sistema Único de Saúde	32
2.2 A Conquista do Subsistema de Saúde Indígena	35
2.3 O Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus.....	49
2.4 A Execução dos Serviços de Saúde do DSEI/MAO	67
2.5 A Rede de Serviços do DSEI/MAO	71
 CAPÍTULO III – CONSELHOS DE SAÚDE: O CONTROLE SOCIAL NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS.	
3.1 A Memória dos Conselhos.....	76
3.2 O Controle Social na Saúde Indígena.....	82
3.3 O Controle Social no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus	84
3.3 Os Conselhos Locais no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus.....	85
3.4 O Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus.....	89
3.5 Relações Interétnicas no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus.....	99
3.6 Limites e Avanços do Controle Social no DSEI/MAO.....	101
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140

INTRODUÇÃO

A implantação de um novo modelo de Política de Saúde Indígena foi fruto da reivindicação e luta do movimento indígena que começou a se articular a partir da década de mil novecentos e setenta (Séc. XX), inicialmente em torno da luta pela terra e posteriormente pela oferta de políticas sociais públicas, principalmente na área da educação e da saúde, que contribuíssem para a melhoria das condições de vida destes povos.

O Subsistema de saúde indígena, aprovado pela Lei número 9.836 de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, foi implantado no Brasil a partir da organização de trinta e quatro (34) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - que a partir da aprovação desta Lei assumiu as ações de saúde anteriormente sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio – FUNAI.

O Subsistema de Saúde Indígena está pautado nos mesmos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação social. A Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e a Lei 8.142/90, denominada Lei do Controle Social definiram que a participação social no sistema seria garantida pela organização de Conselhos e de Conferências de saúde.

A FUNASA, após aprovação do subsistema de saúde indígena, desencadeou um processo de discussão e negociação entre os diversos atores envolvidos com a política de saúde indígena – FUNAI, CIMI, Organizações Indígenas de Base, antropólogos, profissionais de saúde – para organização de cada Distrito e de seus respectivos Conselhos.

A partir da implantação dos Distritos, teve início a organização dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais. Sendo que cada Distrito definiu a composição, a organização do conselho

distrital, assim, como a quantidade de conselhos locais em cada Distrito e a forma de composição dos mesmos, respeitando as especificidades culturais, geográficas e epidemiológicas.

Para o Estado do Amazonas foi definida a organização de sete Distritos Sanitários, que serão especificados no corpo deste trabalho. Estes Distritos ficaram sob a direção da Coordenação Regional do Amazonas (CORE/AM), com sede em Manaus, O processo de implantação destes Distritos teve início em 2000.

Neste período mantivemos contato pela primeira vez com a temática indígena. A Universidade do Amazonas, através do Programa RASI – Rede Autônoma de Saúde Indígena - convidou a FIOCRUZ para colaborar na realização de um curso para conselheiros de saúde indígenas em São Gabriel da Cachoeira. Na condição de Bolsista da FIOCRUZ participamos do curso juntamente com o Dr. Antonio Ivo, médico, sanitarista da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP e que foi convidado para falar sobre a implantação dos Conselhos de Saúde no Brasil, tema da sua dissertação de mestrado. Impressionou-nos o nível de organização e participação dos indígenas nas discussões sobre a saúde e o papel do conselho na proposição e fiscalização dos serviços de saúde, o que suscitou o nosso interesse pelo tema.

Neste período o Escritório Técnico da FIOCRUZ na Amazônia (ETA), que em 2004 se transformaria no Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, funcionava nas instalações da Fundação Nacional de Saúde que a época assumiu a gestão da política de saúde indígena. O então Coordenador Dr. Evandro Melo que é odontólogo e sanitarista, sabendo do nosso interesse pelo tema, convidou-nos para contribuir com os eventos – Seminários e Cursos – que estavam sendo realizados para discutir a organização dos Distritos, principalmente do Distrito Sanitário Indígena de Manaus, cuja sede ficou funcionando nas dependências da FUNASA em Manaus.

Devido à contribuição da FIOCRUZ com este processo de implantação dos Distritos e a realização de cursos e pesquisas que alguns funcionários vinham desenvolvendo na área de

abrangência do DSEI/MAO, a Instituição foi convidada a integrar o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito de Manaus, ocupando uma vaga de prestador de serviço. A nossa participação nas reuniões do Conselho na função de suplente aumentou o nosso interesse pelo tema.

Ainda neste período tivemos a oportunidade de contribuir com a organização de cursos, reuniões e oficinas de capacitação de conselheiros, seminários e conferências de saúde, etc. Toda essa vivência prática com o Distrito de Manaus e principalmente com o tema dos Conselhos Indígenas nos levou a levantar algumas inquietações teóricas em relação ao tema, transformadas posteriormente na problemática da pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia e a delimitarmos os conselhos de saúde do DSEI/MAO como foco da nossa investigação, considerando a sua diversidade étnica, a abrangência geográfica, a inexistência de estudos sobre o Distrito e os conhecimentos empíricos que acumulamos sobre a área do Distrito.

Depois de cinco anos de implantação do Conselho Distrital de Manaus pareceu-nos desafiador problematizar alguns aspectos pertinentes a este processo. Neste sentido levantamos as seguintes questões: como estão organizados e articulados os conselhos de saúde do DSEI/MAO? Como os conselheiros avaliam a atuação dos conselhos de saúde do DSEI/MAO? Quais os temas mais recorrentes apresentados nas capacitações de conselheiros, nas conferências e nas reuniões do conselho? Quais são os impasses atuais e as propostas apresentadas para superar esses impasses? Quais as dificuldades encontradas para o efetivo exercício do controle social? Quais os impactos da atuação dos Conselhos na organização dos serviços de saúde e qual a articulação dos conselhos com o movimento indígena na luta pelo direito a saúde?

Na condição de Assistente Social realizar um estudo envolvendo a temática indígena nos possibilitou conhecer melhor a situação de exclusão vivenciada por esse segmento. Algumas

vezes fui questionada, a meu ver de forma preconceituosa, pelo fato de estar trabalhando com a temática indígena sem ser antropóloga. No entanto, Roberto Cardoso de Oliveira (2000, p. 08), no artigo “O trabalho do antropólogo” salienta que,

A especificidade do trabalho antropológico (...) em nada é incompatível com o trabalho conduzido por colegas de outras disciplinas sociais, particularmente quando, no exercício de sua atividade, articulam a pesquisa empírica com a interpretação de seus resultados.

Portanto, o nosso envolvimento com a temática e o desejo de desenvolver o estudo sobre o processo de organização dos conselhos indígenas no qual estávamos envolvidos nos desafiaram a buscar respostas para as questões levantadas. Realizamos inúmeras viagens às aldeias indígenas do Distrito, participando de reuniões e eventos relacionados à saúde, ao controle social e a organização política das etnias. Estas viagens se constituíram em experiências fascinantes por proporcionarem um contato maior com as etnias indígenas e conhecer de perto as suas dificuldades principalmente as relacionadas ao campo da saúde.

A cada viagem novas descobertas, novos questionamentos e a imensa vontade de falar dessa experiência, de sistematizar estes conhecimentos. Concomitantemente realizamos uma revisão da literatura acerca da temática indígena e dos conselhos de saúde, tarefa indispensável para responder a indagação sobre o que já existia a respeito do tema. Identificamos um elevado número de bibliografias tratando sobre o tema dos conselhos de saúde não indígenas. No entanto, em relação aos conselhos indígenas poucos estudos foram desenvolvidos. A partir destas leituras foi possível qualificar a problematização levantada acerca do tema e a definição das questões a serem investigadas, foi necessário fazer um recorte no objeto de estudo e definir os objetivos a serem perseguidos no decorrer da pesquisa.

Definimos como objetivo geral da pesquisa, a análise das ações de controle social nos Conselhos de Saúde deste Distrito, identificando os limites e avanços, visando oferecer subsídios

para o aprimoramento do exercício do controle social e para a capacitação dos conselheiros, para tanto traçamos alguns objetivos específicos que foram:

- Analisar o processo de luta pela implantação do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de saúde indígena e a organização do Distrito Sanitário Indígena de Manaus, caracterizando o modo de vida dos povos da área de abrangência do Distrito;
- Descrever o processo de organização política do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais, a atuação dos indígenas nesses conselhos e a articulação com o movimento indígena;
- Avaliar os avanços e as dificuldades da organização dos serviços de saúde e das ações do controle social do Distrito, no âmbito dos conselhos de saúde.

O referencial teórico utilizado transitou pelas áreas da antropologia que contribuiu para resgatar a forma de contato estabelecido entre indígenas e não indígenas no Brasil e na área de abrangência do estudo, que se constituíram em informações fundamentais para o entendimento da atual forma de organização sócio-cultural destes povos. Para analisarmos essas diferentes formas de contato tomamos como base o conceito de cultura de Geertz (1973, p. 4-8). Para este autor a cultura,

Consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos, nos termos das quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles, (isto) não é mais do que dizer que esse é um fenômeno psicológico, uma característica da mente, da personalidade, da estrutura cognitiva de alguém (...). O conceito de cultura é essencialmente semiótico (...). A cultura é pública porque o significado e é.

Os aportes da saúde pública contribuíram para o entendimento acerca dos aspectos históricos que forjaram as transformações nas políticas de saúde no Brasil e que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena, onde estão inseridos os conselhos de saúde indígenas, objeto do presente estudo.

No Brasil as transformações ocorridas nas políticas públicas, a partir da década de 1970, trouxeram de volta ao cenário político o tema dos conselhos com duas vertentes distintas. A primeira como estratégia de governo, dentro das políticas da democracia participativa e a segunda como estratégia de organização de um poder popular autônomo, estruturado a partir dos movimentos sociais da sociedade civil, visando à participação social nas esferas públicas (GOHN, 1990).

O termo controle social historicamente foi utilizado na sociologia para designar o controle do estado sobre o indivíduo, ou sobre a sociedade, no sentido de submeter os indivíduos a padrões sociais e princípios morais. Neste sentido, o controle social é exercido pelo Estado e suas instituições, através da implantação de políticas públicas, visando amenizar e diminuir conflitos sociais. (CARVALHO, 1995; CORREA, 2000).

No presente trabalho o termo controle social será utilizado com um significado diferente, como controle que a população deve exercer sobre as ações de saúde do governo através da participação dos diversos segmentos envolvidos (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço) nas conferências e conselhos de saúde. Assim o Controle Social na saúde desponta como a possibilidade da sociedade civil interagir com os gestores, para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que satisfaçam às necessidades reais da população.

Carvalho (1998, pg.04) define o controle social na saúde como a:

Fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública (...) é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde.

Deter-nos-emos ao estudo do controle social exercido nos conselhos de saúde indígenas implantados a partir da aprovação do SUS – Sistema Único de Saúde e do Subsistema de saúde

indígena, políticas que foram aprovadas seguindo os princípios e ideais defendidos e aprovados pela Constituição Federal de 1988.

Para efeito deste estudo utilizaremos o termo participação social como a possibilidade dos diversos interesses organizados contribuírem com a gestão de políticas públicas, negociando e pactuando interesses. Os interesses coletivos seriam defendidos por representantes que assumem o compromisso de respeito e defesa daqueles que o indicaram e também de prestar contas junto aos representados (CARVALHO, 1995).

Ainda segundo este autor a participação social é própria do contexto democrático implantado no país a partir da Constituição de 1988, que estabelece novos parâmetros na relação entre Estado e sociedade. Dentro desse contexto se estabelece uma noção Gramsciana de Estado que deixa de ser visto apenas como o guardião dos interesses da classe privilegiada e passa ser concebido como espaço contraditório, onde coexistem diversos interesses, possíveis de pactuação. Neste contexto,

A participação pretendida não é mais de grupos excluídos (...) nem a de grupos marginalizados por disfunção do sistema (povo marginalizado) e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal (CARVALHO, 1995:25).

O estudo sobre conselhos de saúde indígena nos remeteu a uma necessária discussão sobre o Movimento indígena, para tanto recorreremos aos estudos desenvolvidos por Roberto Cardoso de Oliveira (2000); Darcy Ribeiro (1996) e Ortolan (2006) que na sua tese de mestrado faz um resgate da constituição do movimento indígena no Brasil e a sua importância para alteridade indígena e para conquista de direitos.

Para a coleta de dados e análises do problema proposto utilizamos à abordagem qualitativa, definida por Minayo (1994) como aquela capaz de incorporar à análise a questão do significado e da intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais, possibilitando ao

pesquisador analisar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem o fenômeno em estudo, os acontecimentos, as relações, os momentos e os processos como parte de um todo.

Para realizar a investigação procedemos a uma pesquisa documental e a uma pesquisa de campo. A pesquisa documental foi feita através da consulta às atas das reuniões do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais; dos Relatórios finais das Conferências Nacionais e Distritais (DSEI/MAO); Planos Distritais do DSEI/MAO; Relatórios de Capacitações dos Conselheiros Locais e Distritais. Procedemos à leitura e a análise qualitativa desse material que nos forneceu informações importantes para o resgate da memória do processo de implantação dos Distritos e Conselhos no Brasil e no Distrito de Manaus, assim como, a identificação das questões mais relevantes deste processo que foram problematizadas no decorrer deste trabalho.

A Pesquisa de Campo foi realizada através da técnica da “observação participante” com a utilização do instrumental da entrevista semi-estruturada, aplicada de acordo com o Termo de Livre Esclarecimento aos conselheiros indígenas e não indígenas que denominamos atores-chaves. Realizamos doze entrevistas com os conselheiros do DSEI/MAO, sendo seis entrevistas com os indígenas representantes dos usuários e seis com os conselheiros representantes dos gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde. Utilizamos como critério de escolha dos entrevistados, a atuação como conselheiro (a) por um período maior de dois anos.

Os aspectos éticos foram resguardados tendo em vista que o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus (CONDISI/MAO), pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas e pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). A abordagem dos entrevistados foi efetuada de forma amistosa, onde explicamos a finalidade da pesquisa, seu objetivo, relevância e ressaltamos a importância da participação dos mesmos.

A observação participante foi realizada a partir da participação nas reuniões dos conselhos locais, do conselho distrital e nas capacitações de conselheiros como Monitora e colaboradora.

Trata-se de uma técnica que consiste na inserção do pesquisador em um grupo com a finalidade de investigá-lo. A partir da aprovação do grupo o pesquisador assume dois papéis, o de observador e o de participante (integrante aceito pelo grupo). Esta técnica é bastante utilizada pelos antropólogos (DENCKER & VIÁ, 2001).

Optamos pela entrevista semi-estruturada como principal instrumento por proporcionar um maior contato entre entrevistador e entrevistado e ainda, possibilitar o aprofundamento das questões investigadas, considerando que este instrumental,

Permite maior flexibilidade para a obtenção de informações. O entrevistador tem a oportunidade de observar não apenas a pessoa, mas a situação como um todo (...). A entrevista desenvolve-se em uma situação social em que entrevistador e entrevistado interagem entre si, influenciando um ao outro não apenas por meio de palavras, mas também por outros sinais, como inflexão da voz, gestos, expressão facial e outros traços pessoais. (DENCKER & VIÁ, 2001, p. 158).

As entrevistas realizadas nos proporcionaram um momento de convívio gratificante onde foi possível escutar a avaliação que os conselheiros fazem do processo de constituição dos conselhos, da análise das dificuldades enfrentadas no desempenho da função e de estabelecer um diálogo que para além dos objetivos da pesquisa serviu para resgatar e avaliar o processo vivido e constatar que apesar dos entraves são muitos os avanços identificados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Todos os dados foram analisados de forma qualitativa.

Neste sentido, abordamos no primeiro capítulo a temática indígena, visando situar o leitor sobre alguns dados referentes à situação dos indígenas no Brasil, fazendo um breve resgate da história de contato destes povos com a sociedade nacional e as mudanças advindas deste contato. Ainda neste capítulo tratamos das políticas de saúde indígena e da luta do movimento indígena para assegurar uma saúde diferenciada.

No segundo capítulo discutimos o processo de constituição do Sistema Único de Saúde – SUS – e do Subsistema de Saúde Indígena, destacando o papel do Movimento Indígena que

articulado ao Movimento da Reforma Sanitária lutou por mudanças no modelo de organização dos serviços anteriormente prestados aos povos indígenas pela FUNAI.

No terceiro capítulo, abordamos de forma mais específica à organização dos conselhos de saúde no âmbito do Distrito, enfocando o processo de constituição desses conselhos, destacando as especificidades na organização e funcionamento desses espaços, assim como, seus avanços e entraves estruturais e políticos para uma efetiva atuação e interferência na organização dos serviços de saúde que são prestados no Distrito de Manaus. Destacamos os problemas mais recorrentes discutidos nas reuniões dos conselhos e nas Conferências e as propostas apresentadas nestes fóruns.

Ao final do trabalho elaboramos uma conclusão baseada na análise dos dados obtidos no período estudado, tendo claro, no entanto, que a constituição dos Distritos Sanitários Indígenas e dos respectivos conselhos no Brasil é um processo recente e dinâmico e que está sendo constantemente alterado pelas questões conjunturais do país, assim como pelas constantes alterações legais na política de saúde indígena a nível nacional e as reações protagonizadas pelos diversos atores sociais e, principalmente pelos próprios indígenas.

CAPÍTULO I

A QUESTÃO INDÍGENA NO BRASIL

1.1 O Contato entre os Indígenas e a Sociedade Nacional

Na época do descobrimento a população indígena do território nacional era estimada entre quatro a seis milhões de pessoas. Em 1957 o etnólogo Darcy Ribeiro calculou que a população de índios no Brasil estaria entre setenta mil a cem mil indivíduos (Ribeiro, 1957 apud Melatti, 1993, p. 26), o que demonstra que o contato com a sociedade nacional foi extremamente penoso para esses povos, muitas etnias desapareceram outras foram obrigadas a esquecer sua língua e sua forma de vida e se integrar à sociedade não indígena.

No Amazonas, em termos gerais, a história de contato com os colonizadores, missionários e exploradores, revelada pelas abordagens antropológicas, foi trágica, resultando no extermínio de vários povos indígenas e na luta dos remanescentes pela sobrevivência e afirmação enquanto sociedades distintas (Corrêa da Silva; 1996). O processo de dominação imposto pelos colonizadores somente se consolidou, em parte, após três séculos de lutas. Ao longo desse tempo as diversas tribos indígenas desenvolveram uma tenaz resistência à sua integração.

O contato entre brancos e indígenas nessa região teve início com o comércio de escravos, no século XVIII, e os conseqüentes descimentos organizados pelos portugueses na captura de mão-de-obra para executar atividades que facilitasse a posse de terras. O processo de capturas, efetivado por portugueses e espanhóis, as epidemias que atingiram violentamente esses povos e as guerras que eclodiram entre eles acabaram por dizimar grande parte da população

indígena que vivia nessa região (GARNELO, 2003, p. 16).

No entanto, contrariando o prognóstico de que a população indígena diminuiria ano a ano, correndo o risco de até desaparecer, o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou um número significativo de mais de setecentos e trinta e quatro mil pessoas (734.000) que se auto-determinaram como indígenas. (IBGE, 2000 apud ISA, 2006).

O Instituto Sócioambiental¹ (ISA) estima uma população de indígenas em torno de seiscentos mil pessoas (600.000),² que habitam em torno de seiscentos e vinte e oito terras indígenas (628), ocupando onze por cento (11%) do território nacional, sendo que noventa e nove por cento dessas terras (99%) estão localizadas na Amazônia e Centro Oeste onde vivem aproximadamente sessenta por cento da população indígena. A parcela restante da população ocupa áreas espalhadas pelo nordeste, sudeste e sul.

Estes povos pertencem a duzentos e vinte e cinco (225) etnias com características étnico-culturais diferenciadas entre si³ e em relação à sociedade nacional, falam mais de cento e oitenta línguas (180), delineando um mosaico⁴ complexo e diversificado de povos identificados pela sociedade nacional como índios. (ISA, 2006).

¹ Trata-se de uma associação, sem fins lucrativos, fundada em 22 de abril de 1994 e que incorporou o acervo do Programa Povos Indígenas no Brasil, do Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI) e do Núcleo de Direitos Indígenas (NDI), de Brasília. A sede é em São Paulo e as filiais em Brasília (DF) e São Gabriel da Cachoeira (AM). O Instituto desenvolve pesquisas, estudos, projetos e programas, visando promover a sustentabilidade socioambiental, através da divulgação da diversidade étnica existente no país. (ISA, 2000)

² A lista de povos e dados básicos sobre os indígenas é elaborado pelo ISA que toma como base uma colagem de informações heterogêneas fornecidas pela FUNAI, FUNASA e uma rede de colaboradores.

³ Para Fredrik Barth (1969) o grupo étnico não se restringe a uma “unidade portadora de cultura” e sim um grupo cujos membros se auto-identificam e são identificados pelos outros como pertencentes ao grupo. As características importantes são aquelas que os próprios atores definem como significantes. A atribuição define a diferença entre membros, apesar das alterações culturais e apenas os fatores socialmente relevantes tornam-se importantes para definir o pertencimento. Para Barth pode ser problemático pensar o compartilhamento de uma mesma cultura como ponto central para se estar caracterizando um grupo étnico. Isso leva a identificar e distinguir os grupos a partir das características morfológicas, a diferença entre grupos torna-se, então, inventários de traços.

⁴ Dos duzentos e vinte e cinco povos listados pela ISA, trinta e seis possuem parte de sua população residindo em outros países, fora do Brasil. Destes 49,55% possuem uma população de até 500 pessoas; 14,55% possuem entre 500 e 1.000 pessoas; 25% dos povos tem entre 1.000 e 5.000 pessoas, isto representa que 39,55% dos povos têm entre 500 e 5.000 pessoas; 9% dos povos têm entre 5.000 e 20.000 pessoas e apenas 04 povos tem mais 20.000 pessoas (ISA, 2006).

As populações indígenas diferem da sociedade nacional principalmente pelo fator cultural e pela existência de uma organização social econômica e política igualitária, por estabelecerem uma relação com o meio ambiente e de ocupação do território, baseada no acesso coletivo a terra e ao conhecimento, na relação mítica com a natureza e nas relações de parentesco.

Os grupos indígenas do Brasil são reconhecidos como populações com organização social do tipo tribal, que se caracteriza pela ausência de estado, pela descentralização e falta de hierarquização política de suas comunidades; pela ênfase de parentesco como base das relações intra-comunitárias e pela economia de subsistência estritamente dependente dos ecossistemas locais (CONFALONIERI, 1993, p. 09).

A situação como vivem estes povos, seja no aspecto sócio-cultural, ambiental, geográfico e as condições de vida e saúde são extremamente heterogêneas. Existem pequenos grupos isolados na Amazônia Ocidental, vivendo afastados e sem qualquer tipo de contato com a sociedade não indígena. Encontram-se grupos que há séculos estabeleceram um intenso contato e que em decorrência da expansão territorial da população envolvente, vivem atualmente muito próximos dos grandes centros urbanos. Há outras situações de grupos contatados a mais de vinte anos e que, por viverem em área de difícil acesso e terem as visitas controladas pela FUNAI, pouco conhecem do modo de vida dos não indígenas; outra situação é a dos Yanomami, que são numerosos, habitam uma região de difícil acesso numa área que vai de Boa Vista, no Estado de Roraima a São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas e até 1987, quando ocorreu à invasão de garimpeiros, mantinham pouco contato com a sociedade regional. Verifica-se, ainda a situação dos grupos que vivem na área rural cercados por grandes áreas de monoculturas agroindustriais e os que migram para as cidades e formam aldeias nas áreas urbanas dos municípios como os Sateré-Mawé no bairro da Redenção em Manaus/AM, por exemplo. (CONFALONIERI, 1993, p. 11-12).

1.2 As Instituições Públicas e o Atendimento a Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.

Antes da chegada dos europeus ao continente americano, os povos indígenas que ocupavam este continente conservavam saberes e formas tradicionais de enfrentar as enfermidades existentes. No entanto, com a colonização foram introduzidos novos agravos, tais como a varíola e a tuberculose doenças que esses povos desconheciam e que, portanto, não sabiam lidar com elas. Com a colonização chegou os jesuítas que foram os primeiros a prestarem atendimento de saúde aos povos indígenas, como complemento assistencial da política de catequese. (VERANI, 1999).

Em 1910 com a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI)⁵, foi instituída a primeira política indigenista do Governo Republicano, que imprimiu uma mudança de pensamento em relação à questão indígena. Seu primeiro diretor o Marechal Cândido Rondon introduziu na instituição uma política baseada nos ideais positivistas. Entre os objetivos deste órgão estava o de pacificar os conflitos existentes entre índios e brancos através da implantação de uma política onde o índio se transformasse em um trabalhador, para tanto foram criados Postos de Assistência, Nacionalização e Educação, cujo objetivo era a integração dos índios a sociedade nacional.

No entanto, vale ressaltar que a criação do SPI não foi norteadada simplesmente por um espírito humanista e fraterno, mas deu-se em um momento em que a expansão capitalista avançava rumo ao centro do país, os conflitos entre os colonos e os indígenas eram cada vez mais frequentes o que exigiu do estado uma medida que controlasse estes conflitos. Cardoso (1987, p. 22) faz a seguinte análise em relação à criação do SPI.

⁵ O SPI foi instituído pelo Decreto n.º 8.072, de 20 de junho de 1910, inicialmente como Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPLTN – vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Através da Lei n.º 3.454 de 06 de janeiro de 1918 a localização dos trabalhadores nacionais passou para o Serviço de Povoamento do Solo, ficando apenas Serviço de Proteção aos Índios - SPI

Pressionado por uma crise que ameaçava pôr em risco a penetração colonizadora do oeste paulista, em processo de ocupação por uma vigorosa frente agrícola, e entre a alternativa de chacinar os grupos Kaingang (que impediam a construção da estrada de ferro Noroeste do Brasil) ou “pacificá-los”, o governo brasileiro decidiu pela segunda alternativa criando o Serviço de Proteção aos Índios em 1910.

O modelo empregado no SPI buscava localizar os índios em reservas com o objetivo de promover a sua integração, transformando-os em trabalhadores nacionais e mão de obra barata. O órgão atuou na política indigenista brasileira nas décadas de 1920 a 1960. Neste período os serviços prestados aos povos indígenas estiveram atrelados à ação missionária que, integrada as políticas governamentais da época, tinha como principal objetivo à evangelização e a catequese. As ações de saúde do SPI não eram sistemáticas, limitavam-se as emergências ou estavam inseridas nos processos de pacificação.

Muitas tribos indígenas foram salvas do extermínio total pelo SPI. Entretanto, em termos de atendimento a saúde os serviços prestados foram curativos, esporádicos e desorganizados. Dados sistemáticos sobre as condições de saúde não foram mantidos e em muitos casos nem pesquisados. O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) atendeu em parte a saúde indígena durante a época do SPI e em 1956 uniu-se ao Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) para dar atendimento às populações indígenas isoladas. Porém, os índios menos isolados, com maior contato com a sociedade nacional, não foram atendidos por esses serviços.

Como contraponto ao modelo implantado pelo SPI que adotava uma política desenvolvimentista, no qual os índios deveriam rapidamente ser integrados, foi criado o Parque Nacional do Xingu (PIX). No período da criação do PIX viviam na região 14 etnias indígenas e o parque tinha como objetivo preservar tanto os recursos naturais assim como os povos que viviam em sua extensão.

Como resultados da política do PIX, ocorreram algumas mudanças nas relações internas das tribos e entre os grupos indígenas, sendo que entre as mais importantes estava o “decréscimo

da produção artesanal nativa e um movimento paralelo de substituição do comércio intertribal por uma maior dependência econômica em relação ao posto indígena”. Porém, vale ressaltar o papel inovador da instituição do PIX, embora, houvesse uma postura tutelar e a idéia de assimilação da cultura nacional ainda que lenta e menos violenta. Este modelo defendia que o Governo Federal deveria implantar uma política radicalmente protecionista, protegendo os índios e suas terras, preparando-os para integrá-los, de maneira lenta, à sociedade nacional (DAVIS, 1978).

Com a instalação do regime militar, o SPI entrou em decadência e foi extinto sob repercussão internacional a respeito do estado de calamidade dos índios e de escândalos administrativos envolvendo diversos funcionários sob acusação de participar de atos de violência contra os índios, de facilitar invasões e de expropriar as terras indígenas, com a extinção do SPI, em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que buscou aproveitar o que havia de positivo na experiência do Parque do Xingu e conduzir a política indigenista para um patamar superior em termos de organização (BITTENCOURT, 2005).

No entanto, em 1970, na gestão do general Oscar Jerônimo Bandeira de Mello houve um retrocesso na política indigenista que passou a ser encaminhada dentro do quadro do Plano de Integração Nacional, ou seja, passou a adotar uma postura desenvolvimentista e de ocupação, a qualquer custo, do território nacional. Portanto, o objetivo maior desta nova administração era evitar que os índios se tornassem um empecilho para o processo de ocupação, principalmente na Amazônia. (CIMI, 2001).

A FUNAI criou o Departamento de Saúde Indígena com o objetivo de prestar assistência médica às comunidades. O modelo de atenção à saúde indígena tinha como base as Equipes Volantes de Saúde (EVS) que realizavam ações de assistência médico-odontológica meramente curativa e pontual e com baixa resolutividade, considerando que, mesmo nas décadas de 1960 e 1970, quando já estavam disponíveis os antibióticos, as vacinas e outros recursos da medicina,

eclodiram epidemias de sarampo, malária e tuberculose que dizimaram enormes contingentes populacionais de indígenas recém-contatados no Brasil e na Amazônia. (Santos e Junior: 2003). Portanto, esse modelo baseado em ações campanhistas agravou ainda mais os problemas de saúde enfrentados pelos indígenas.

A situação do índio no Brasil não foi alterada, tendo em vista que a FUNAI continuou como instrumento de políticas desenvolvimentistas de ocupação do território brasileiro. Nas décadas de 1960 e 1970 foram muitas as denúncias de violências e extermínio de índios no Brasil. O agravamento progressivo das condições de vida dos indígenas caracterizado pelos altos índices de morbi-mortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz de serviços, oferecidos pelo governo e a progressiva desestruturação da FUNAI, levaram os povos indígenas a se organizar e reivindicar direitos, principalmente em relação as suas terras, a educação e a saúde.

Como contraponto a forma histórica de imposição do Estado de um modelo autoritário de educação e de atendimento a saúde, que não considerava as especificidades culturais, os indígenas se articularam e atualmente possuem propostas bem claras sobre estas políticas. A seguir falaremos de forma mais específica da luta em torno de uma política de saúde diferenciada.

1.3 A Emergência do Movimento Indígena e a Luta pela Saúde Diferenciada

O Movimento Indígena ganhou força na década de setenta em virtude de uma ampla articulação destes povos estimulada pelas Assembléias Indígenas que começaram a ocorrer em

todo o Brasil, apoiadas pelo Conselho Indigenista Missionário⁶ – CIMI - e que proporcionaram o encontro e o diálogo entre diferentes povos indígenas e a visualização de que os problemas que enfrentavam eram da mesma ordem, tais como: a expropriação de suas terras, as invasões, a violência, o desrespeito à diversidade cultural e o descaso do Estado. No período de 1974 a 1980 quinze dessas assembléias foram realizadas em diferentes partes do Brasil mobilizando centenas de lideranças locais, distribuídas em quase todos os estados do país, inserindo no processo de elaboração de uma política indígena cerca de duzentos povos aborígenes e uma população total estimada em torno de cento e vinte (120) mil índios (CARDOSO, 1987, p. 17).

Tomar para si a consciência política da condição de *minoría* implicou no reconhecimento indígena de que, apesar de suas diferenças étnicas, compartilhavam uma história e um destino comuns dentro do Estado brasileiro, isto resultou na formação de uma “*comunidade e identidade supra étnicas*”, que serviram de referência para a organização e articulação do Movimento Indígena que com o apoio do Conselho Indigenista Missionário (CIM) criou a União das Nações Unidas (UNI). (ORTOLAN, 2006, p. 35).

A criação da UNI (UNI- Nacional) tinha como objetivo fazer a articulação de todos os povos, criando uma frente única de autodefesa e afirmação perante o Estado brasileiro. A organização teve um papel preponderante na luta pelos direitos indígenas na década de 1980, atuando de forma decisiva na sensibilização e organização dos indígenas em todo o país. (CIMI, 2000; ISA, 2000; BITTENCOURT, et al., 2005: 21).

Inicialmente o Movimento Indígena se organizou em torno da luta pela terra que funcionou como eixo mobilizador e elo de unidade do movimento, estimulando a criação de variados instrumentos de luta e o surgimento de um grande número de organizações indígenas de

⁶ Segundo Cardoso (1987) o CIMI posicionou-se contra o Estado autoritário brasileiro e apresentou uma nova forma de tratar a questão indígena, organizando as “Assembléias Indígenas”, inicialmente a nível regional e posteriormente a nível nacional, contribuindo de forma decisiva para a organização do Movimento Indígena.

Base, que se caracterizam como *“forma institucionalizada de expressão do movimento etnopolítico no Brasil, buscando o protagonismo político por meio da defesa dos interesses dos grupos indígenas”* (Garnelo, 2003, p. 5) e que se organizaram a partir de estratégias semelhantes às utilizadas pelas organizações não indígenas.

No Amazonas, em 1987, foi criada a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN, representando as várias organizações de base dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, em uma assembléia que contou com a participação de mais de trezentas (300) lideranças indígenas do Alto Rio Negro e que tinha como pauta principal o Projeto Calha Norte. A FOIRN surgiu como possibilidade de *“organização política mais articulada, para lutar pelos direitos indígenas dos povos da região principalmente pela demarcação de um território contínuo que garantisse condições de reprodução social destes povos”* (ENCARNAÇÃO, 2001, p. 29).

Dois anos depois em 1989 foi fundada a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB, envolvendo nove Estados do Amazonas⁷, com o objetivo de lutar pelos direitos dos povos indígenas, através da promoção da organização social, cultural, econômica e política dos povos e organizações indígenas da Amazônia Brasileira, buscando contribuir para o fortalecimento e autonomia das nações indígenas (COIAB, 2006). A criação da

⁷ A COIAB é uma organização indígena de direito privado sem fins lucrativos fundado em 19 de abril de 1989. Trata-se da maior organização indígena do Brasil composta por setenta e cinco organizações de nove estados da Amazônia Brasileira, a saber: Amazônia, Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins que representam quase quatrocentos mil indígenas, em torno de 60% de toda a população indígena do Brasil.

A COIAB tem seu escritório em Manaus e uma representação em Brasília (DF) para fazer articulações políticas e dar apoio às organizações indígenas em relação às agências governamentais e internacionais, atuando nas áreas de: Direito sobre os Territórios, saúde diferenciada, educação indígena, as mulheres indígenas, criança e juventude, sustentabilidade econômica, políticas governamentais prioritárias e meio ambiente. Sua instância máxima de deliberação é a assembléia geral que a cada três anos se reúne com os representantes das trinta e uma regiões dos nove estados das Províncias da Amazônia Brasileira. Nesta assembléia se faz a eleição do conselho deliberativo e fiscal, o CONDEF, que funciona como um órgão de consultas, assessor e deliberativo da Coordenação Executiva que é a instância e execução da COIAB, formado por Coordenador geral, um vice coordenador, um secretário executivo e um tesoureiro.

FOIRN e da COIAB representou um marco importante para o movimento indígena, pois evidenciou o avanço no processo de reivindicação e luta pelos direitos dos índios, abrindo espaço para a atuação efetiva das lideranças das aldeias, que buscavam representar seus povos.

Na década de 1990 as organizações Indígenas, na Amazônia, começaram a se legalizar administrativamente, com estatuto, CGC e conta bancária. Há, portanto, uma mudança nos rumos do Movimento Indígena que saiu de um “diálogo conflitivo” com o Estado na luta pela demarcação de terras indígenas no decorrer das décadas de 1970 e 1980, para uma nova fase aberta pelas novas políticas descentralizadas de desenvolvimento local e sustentável. Ortolan (2005) analisando este processo ressalta que,

Uma vez assegurado o direito indígena à terra na Constituição de 1988, abriu-se espaço para outras preocupações emergirem com maior força reivindicativa, como, por exemplo, a proteção dos territórios e a sustentabilidade socioeconômica dos grupos indígenas na sociedade nacional. Um tom mais propositivo foi dado às reivindicações, ao direcionarem as demandas à esfera das políticas públicas, como, por exemplo, as políticas de educação e de saúde diferenciadas para as populações indígenas. Nos últimos anos, programas governamentais de apoio à sustentabilidade socioeconômica em terras indígenas ganhou um maior peso na pauta de reivindicações do movimento indígena. Apoiado no princípio legal da obrigação do Estado brasileiro em proteger os povos indígenas, o movimento tem reivindicado políticas e ações. (ORTOLAN, 2005, p. 28).

Por outro lado as Organizações não governamentais (ONG's) formadas por antropólogos, indigenistas e profissionais de diversas áreas “*passaram a reivindicar posicionamentos da opinião pública nacional e internacional para garantir a sobrevivência física e cultural dos povos indígenas e a demarcação de seus territórios*” (BITTENCOUT, 2005, p. 16).

A articulação do Movimento Indígena com o Movimento Sanitário e outros movimentos sociais, na década de 1980 foi fundamental na luta pela implantação do Estado Democrático no país, assim como, pela reivindicação de políticas públicas que ajudassem a melhorar a qualidade de vida da população de um modo geral e dos indígenas de forma específica, considerando que a falência do modelo existente e a precariedade das instituições de saúde tornavam o tema da saúde de grande apelo pra toda sociedade brasileira.

CAPÍTULO II

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

2.1 A Implantação do Sistema Único de Saúde:

A década de 1980 foi um momento de efervescência do movimento operário e dos movimentos sociais⁸ na luta por direitos políticos (fim da “ditadura militar”, fim da censura, em favor de eleições diretas, constituinte, participação social nas políticas públicas, etc.), e por direitos sociais na busca de melhores condições de vida e acesso a bens e serviços prestados pelo Estado. (CORTES, 1996:08).

No caso específico da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária⁹ que se organizou no Brasil a partir da década de setenta para denunciar a falência do sistema antigo e propor um novo modelo baseado em princípios de cidadania¹⁰, lutou por uma reestruturação radical do sistema de saúde. Este Movimento congregava estudantes, profissionais de saúde e militantes de movimentos sociais e de partidos de esquerda que defendiam a democratização do Estado e uma ampla transformação do modelo de política de saúde vigente. (Escorel, 1998). A proposta da Reforma Sanitária representava por um lado à revolta contra as precárias condições de saúde, a

⁸ Ações sociais coletivas de caráter sócio-político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Na ação concreta, essas formas adotam estratégias que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações, etc. (GOHN, 2002, p. 13)).

⁹ Sobre a constituição do Movimento da Reforma Sanitária consultar Escorel (1998), Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário

¹⁰ Reis (1997) identifica alguns aspectos que são comuns na noção de cidadania nas diferentes abordagens teóricas: as raízes históricas do conceito que remontam as antigas religiões e a civilização grega do Império Romano; a idéia de que ser cidadão é (...) “pertencer a alguma unidade maior (...) ao Estado nacional, ambiente natural da concepção moderna de cidadania, portanto ser cidadão é ser identificado com uma nação particular, ter direitos garantidos pelo Estado correspondente a esta nação; a idéia de que cidadania é uma identidade compartilhada. Outra coisa comum seria a tensão permanente existente entre cidadania “como repositório de virtudes cívicas” e cidadania como contrato estabelecendo direitos e deveres. Para aprofundar esta discussão ver

privatização e a mercantilização dos serviços, oferecidos pela rede pública, por outro lado a possibilidade de existência de uma viabilidade técnica e política para superar os problemas.

Este Movimento pressionou e conseguiu a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde¹¹, realizada em 1986, com a presença de mais de quatro mil (4.000) participantes o que representou o ápice desse movimento e contou com a ampla participação dos setores organizados da sociedade civil, significando um marco na luta pelos princípios que iriam nortear o Sistema Único de Saúde: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social.

A Constituição de 1988 contemplou parte da proposta do Movimento Sanitário e aprovou um novo modelo para a política de saúde. O Art. 198 definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e que deveria ser garantido através de políticas econômicas e sociais que contribuísse com a diminuição das doenças e agravos, garantindo, ainda, o acesso universal e igualitário da população brasileira às ações e serviços, visando à recuperação, prevenção e promoção da saúde. Neste sentido o conceito de saúde foi ampliado e deixou de ser entendido como ausência de doença, passando a ser definido como: *“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”*. (LEI ORGÂNICA DE SAÚDE, 1999, Art. 3).

Legalmente, foi incorporado um novo padrão de proteção social através de um sistema de seguridade social definido como um *“conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social*. (CF, 1988, art. 194).

¹¹ As Conferências de Saúde são fóruns de discussão e proposição de diretrizes para as políticas de saúde. Historicamente foram deixando seu caráter eminentemente técnico e incorporaram a participação de representantes de usuários, profissionais de saúde, organizações não-governamentais e demais entidades civis (Luz, 1991 apud Encarnação: 2001).

No entanto, a nova Constituição brasileira começou a ser implantada no mesmo período em que o projeto Neoliberal se tornava vitorioso em grande parte do mundo e passou a ser adotado no Brasil. O modelo neoliberal foi sendo paulatinamente implantado a partir do final da década de 1970, quando o mundo capitalista avançado enfrentava uma profunda e longa recessão econômica¹², agrupando altas taxas de inflação com pequenas taxas de crescimento. É neste contexto que a ideologia neoliberal começa a ser adotada como forma de combater a crise fiscal e ajustar o modelo capitalista (FEIJÓO, 1995, p. 10).

Feijó define Neoliberalismo como uma,

Ideologia ou filosofia econômica, cujo conteúdo básico reside numa visão (e pregação) ultra apologética do mercado. No plano estritamente ideológico, defende-se que o mercado (ou para sermos mais precisos, a lei do valor) assegura um aproveitamento pleno e eficiente dos recursos econômicos. (1995: p. 12).

A Constituição Federal de 1988 além de garantir direitos sociais também aprovou as eleições diretas para Presidente da República. Na primeira eleição deste novo período foi eleito o Presidente Fernando Collor de Melo, que depois da posse iniciou, imediatamente, medidas com características neoliberais.

O Brasil, a partir dessa nova conjuntura, tem um regime político democrático, uma Constituição cidadã que garante a ampliação de direitos sociais: de emprego, moradia, saúde, etc. e um modelo econômico que propõe entre outras medidas a redução do Estado, com o repasse de ações para o chamado terceiro setor, o corte de gastos sociais, o livre mercado, as privatizações, motivando o desemprego e acentuando as desigualdades sociais. No tocante a saúde, Ribeiro (1997) analisa que,

¹² Correia, analisando este processo assinala que o capitalismo “buscou o enfrentamento da sua crise com um padrão de acumulação flexível – favorecido pela revolução tecnológica e centrado na externalização da produção via subcontratação e terceirização – e com um modo de regulação correspondente baseado na desregulação estatal via privatizações, redução de direitos sociais e trabalhistas, cortes nas políticas de proteção social e eliminação de parte dos contratos do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho” (CORREIA, 2002, p. 17).

Enquanto o processo de concepção e criação do SUS se desenvolveu em conjuntura política favorável, marcada pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país, sua regulamentação deu-se em período diferente, caracterizado pelo acirramento da crise fiscal e pelas tentativas de reestruturação da economia brasileira aliados à expansão do pensamento e da política neoliberal.

Portanto, apesar da conquista legal do SUS, o processo de implantação dessa nova política vai enfrentar diversos desafios que vai requerer uma mobilização e vigilância constante da sociedade para fazer valer na prática os preceitos legais da Constituição e da Lei Orgânica de saúde. Correia, analisando este processo assinala que,

Assistimos no Brasil, a partir do final da década de 1980, a um paradoxo: de um lado a legalidade do acesso universal aos serviços públicos de saúde e, de outro a diminuição progressiva dos gastos com a saúde. A demanda por saúde pública foi ampliada, os gastos não se ampliaram proporcionalmente e a qualidade dos serviços diminuiu (...) criaram-se condições para a inclusão das camadas populares antes excluídas do sistema previdenciário – trabalhadores do setor informal e os não incorporados na produção – ao mesmo tempo em que foram criadas condições para que os trabalhadores melhor remunerados e as camadas médias da sociedade buscassem serviços de saúde na rede privada. (2005, p. 83).

Na realidade o que aconteceu é que o acesso universal garantido pelo SUS foi sendo progressivamente substituído pela “universalização excludente” (Faveret Filho & Oliveira, 1989 apud Correia, 2005, p. 83) onde grande parte das categorias de trabalhadores, funcionários públicos, passa a utilizar os planos privados de saúde o que acaba enfraquecendo o poder de pressão que os usuários deveriam exercer para melhoria da qualidade dos serviços do SUS. A seguir discutiremos a implantação do subsistema de saúde indígena.

2.2 A Conquista do Subsistema de Saúde Indígena:

A proposta de um novo modelo de política de atendimento a saúde das populações indígenas também surgiu como bandeira de luta do movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento Indígena e foi elaborado no âmbito da VIII e da IX Conferência Nacional de Saúde,

realizadas em 1986 e 1993 e que indicaram a realização da I e II Conferência Nacional de Saúde do Índio realizadas em 1986 e 1993, respectivamente.

A I Conferência Nacional de Proteção à saúde do índio, realizada em Brasília, no período de 26 a 29 de novembro de 1986, contou com uma ampla participação de lideranças indígenas de diversas etnias, profissionais de saúde, organizações indigenistas e instituições, que fizeram um diagnóstico dos problemas existentes e exigiram a formatação de um modelo de atenção que garantisse aos índios uma atenção universal e integral a saúde, respeitando as especificidades étnico-culturais e a medicina tradicional de cada etnia indígena, que considerasse as peculiaridades geográficas, epidemiológicas e culturais, com a garantia da participação indígena. (ENCARNAÇÃO, 2001, p. 36).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que determinou as regras gerais do SUS (Art. 198) e definiu a questão indígena como de competência do governo federal. Três anos depois (1991) o presidente Fernando Collor assinou o Decreto Lei nº. 23/91 transferindo da FUNAI para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade sobre a Política de Saúde Indígena, para tanto, foi criada a Coordenação da Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FUNASA). A FUNASA iniciou neste mesmo ano um processo de implantação de Distritos Sanitários¹³, criando o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), no estado de Roraima, primeiro Distrito Sanitário Indígena. Neste período, o governo brasileiro estava pressionado pelas denúncias da imprensa nacional e internacional, sobre a invasão das áreas indígenas dos Yanomami por garimpeiros e a alta mortalidade causada

¹³ Mendes (1995) analisa que os Distritos Sanitários possuem três dimensões, a política, a ideológica e a técnica. Na perspectiva política busca-se transformar o sistema de saúde para uma atuação que tem como base territorial o nível local e as deliberações sobre os rumos da política são compartilhadas entre os diversos atores sociais presentes naquele espaço. A dimensão ideológica, visto que, se estrutura a lógica da assistência a saúde da população tendo como paradigma uma visão ampliada do processo saúde/doença e a dimensão técnica que requer a apropriação de conhecimentos e tecnologias apropriadas para implantação do Distrito que atendam os pressupostos políticos e ideológicos que permeiam a proposta de organização dos serviços a partir da criação de Distritos.

pela malária.

Em 1992 foi criada a Comissão Intersetorial do Índio (CISI), composta por representantes do Governo Federal (Ministério da Saúde e da Justiça), de organizações governamentais e não governamentais (ONG's), Universidades e representantes indígenas, com a atribuição de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na elaboração das políticas governamentais na área da saúde.

No entanto, somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), realizada no período de 25 a 27 de outubro de 1993, em Luziânia, Estado de Goiás, o modelo foi referendado pelo movimento indígena e pelos profissionais que atuavam com essas populações. A proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e baseado em Distritos Sanitários Especiais¹⁴ Indígenas, dentro da seguinte concepção:

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (CAPOTE, 1988 apud ATHIAS, M. & MACHADO, M. 2001, P. 427).

Os princípios dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas definidos na II Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas foram:

Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços;

Controle social exercido através dos conselhos distritais de saúde indígena, de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência;

Existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos

¹⁴ No Brasil os Distritos Sanitários começaram a ser implantados a partir de 1987, e “remontam ao processo de distritalização apoiado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que canalizavam a implantação de distritos em municípios considerados estratégicos (...)” (ATHIAS E MACHADO, 2001, p. 427).

necessários a execução das ações, bem como méis de transportes e de comunicação adequados;

A autonomia administrativa e financeira garantida através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante a elaboração de Planos Distritais anuais, a partir de planejamento participativo, ascendente, com garantia de participação de representantes indígenas e aprovados nos Conselhos Distritais;

Comando único técnico e/ou executivo, com gerente designado pelo conselho distrital.
(RELATÓRIO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA)

A partir daí, a concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passou a ser reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado, bem como dos profissionais de saúde das áreas indígenas e das organizações não governamentais que atuavam com essas populações.

Em 1994 ocorreu uma nova reviravolta na política indigenista. A FUNAI se articulou politicamente e retomou a gestão da saúde através do decreto lei n.º. 1.194/94 que revogou o de n.º 23. O mesmo decreto instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CIS) que elaborou um modelo que dividia as ações de saúde, ficando a FUNASA responsável pelas ações de prevenção e controle de agravos e a FUNAI com as funções assistenciais médicas sanitárias.

Essa divisão de tarefas acabou gerando uma atuação fragmentada e a justaposição de papéis institucionais o que acarretou enormes transtornos para a população indígena. O movimento indígena passou a pressionar o governo pela unificação da atenção a saúde no âmbito do Ministério da Saúde e em 1998 o Decreto 1.194/94 que contrariava frontalmente as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Indígena foi considerado inconstitucional, posto que, as ações de saúde são da responsabilidade do Ministério da Saúde.

Apenas em 1999 quando a situação de saúde indígena era extremamente precária¹⁵ o

¹⁵ Dados da FUNAI de 1998, obtidos a partir da consolidação dos relatórios das administrações regionais da instituição (22 das 47) apresentou o registro de 466 óbitos neste ano; quase 50% destas mortes ocorreram com crianças menores de 05 anos e tendo como causas mais freqüente as doenças transmissíveis, especialmente as intestinais e as infecciosas respiratórias, a desnutrição e a malária. O Relatório de Atividades da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseado nos dados enviados pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação, apresentou dados bem maiores de mortalidade, um número de 841 óbitos com causas semelhantes às identificadas

governo brasileiro decidiu acatar as reivindicações do Movimento Indígena e implantar a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, obedecendo em linhas gerais às orientações da II Conferência Nacional de Saúde das Populações Indígenas, A política foi regulamentada pela Lei nº. 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que aprovou o Subsistema de atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. Neste mesmo ano a FUNASA retomou a gestão da saúde e a implantação dos Distritos em todo o território nacional, contemplando várias diretrizes para o acesso integral dos índios aos serviços de saúde.

O modelo proposto de responsabilidade federal tem como objetivo garantir aos povos indígenas o direito universal e integral a saúde, respeitando suas especificidades sócio-culturais e os sistemas tradicionais de saúde, com controle social exercido através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde com representação paritária de: usuários indígenas, prestadores de serviço e profissionais de saúde, em conformidade com os princípios Constitucionais e legais que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS.

Os Distritos também devem ser implantados numa perspectiva de “*processo social de mudança das práticas sanitárias*” que levem em consideração os problemas específicos daquela microrregião, observando as instituições de saúde presentes e os recursos locais disponíveis para resolver os problemas e demandas, visando à eficiência, a equidade e a democratização dos serviços (MENDES, 1996).

Em termos de controle social, ficou estabelecido que, obedecendo às diretrizes da lei nº. 8.142, seria organizado em cada Distrito um Conselho Distrital, Conselhos Locais e seriam

pela FUNAI. O caso mais grave foi o dos Yanomami de Roraima onde neste mesmo ano verificou-se um coeficiente de mortalidade infantil de 141 por mil nascidos vivos e de mortalidade geral de 20,4 por mil habitantes. Estes dados analisados proporcionalmente ao tamanho das comunidades demonstraram que mais da metade da população de algumas áreas morreu no decorrer de um ano (ISA, 1996/2000).

realizadas no intervalo de 04 anos as Conferências Locais, Conferências Distritais e Conferência Nacional de Saúde Indígena. Em todos os Distritos foram sendo organizados os Conselhos Locais e Distritais, atendendo as especificidades de cada região no tocante ao nível de organização política dos indígenas e a sensibilidade e entendimento por parte dos gestores da importância de efetivação do controle social.

As áreas de abrangência dos Distritos, segundo a FUNASA, foram definidas com a participação das organizações indígenas, das instituições e profissionais de saúde, das Universidades e órgãos federais como a FUNAI e a FUNASA, considerando aspectos geográficos, culturais e as relações políticas dos índios. A participação de diversos atores no processo de implantação dos Distritos tem permitido que eles atendam as peculiaridades de cada área indígena. (Athias & Machado, 2001). Cada Distrito tem a responsabilidade de estruturar e coordenar a rede de serviços de saúde dentro do território brasileiro, de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede de serviços do SUS, para os atendimentos de média e alta complexidade.

Média complexidade: primeiro nível de referência intermunicipal que compreende um conjunto mínimo de serviços de média complexidade como as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, que envolve procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos e fisioterapia (por sessão). Esse conjunto de ações e serviços, no entanto, não justifica sua oferta em todos os municípios do país. A atenção de alta complexidade é de responsabilidade dos gestores estaduais, podendo ser delegada a gestores municipais. Possui uma alta densidade tecnológica, alto custo (...)escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios o que leva a referência de doentes para outros municípios (NOAS-SUS apud MARQUES, 2002, p. 87).

A organização dos serviços de saúde indígena deve contar com os postos de saúde que podem ser de dois tipos (I e II).

O PS tipo I possui uma estrutura simplificada, é a porta de entrada na rede hierarquizada do DSEI e o local onde o Agente Indígena de saúde (AIS) desenvolve suas atividades

com supervisão da equipe de saúde. O PS tipo II é a unidade de primeira referência para o AIS, devendo dispor constantemente de um auxiliar de enfermagem e servir de apoio para a atuação da equipe de saúde na aldeia. Poderá também possuir uma infra-estrutura física para servir de alojamento para o auxiliar de enfermagem e para a equipe de saúde (FUNASA, 2002 apud MARQUES, 2002, p. 88).

Para realização do atendimento básico à saúde nas aldeias conta-se com a presença do Agente Indígena de Saúde - AIS, que compõe a equipe multidisciplinar e tem como função,

Prestar serviços aos membros de sua comunidade e das localidades da sua área de abrangência, atuando na vigilância em saúde, prevenção, monitoramento e controle de doenças, mediante acompanhamento e supervisão de profissionais de saúde capacitados do Distrito Sanitário ao qual pertence. Para ser selecionado necessita atender a alguns requisitos, tais como: residir na área de atuação e ser indicado pela população que reside nesta localidade; preferencialmente, pertencer à etnia com a qual vai atuar e ser maior de 18 anos; não ter outro emprego e ter bom relacionamento com a comunidade; possuir habilidade de comunicação, expressão e de raciocínio lógico; demonstrar interesse, aptidão e responsabilidade com as atividades que vai desenvolver (BITTENCOURT, 2005, p. 12).

Os critérios acima indicados para escolha dos AIS foram definidos pelos técnicos da FUNASA para orientar a escolha destes profissionais pelos indígenas. No entanto, na prática, outros elementos acabam influenciando nesta escolha, como a questão do parentesco e do poder exercido por uma determinada etnia naquela área. (ENCARNAÇÃO, 2001).

O Pólo Base representa uma unidade de maior complexidade, que abrange um conjunto de aldeias e se constitui na primeira referência de atendimento, sendo à base de uma equipe Multidisciplinar de profissionais de saúde. Dependendo da estrutura e da localização podem ser de tipo I, construído numa aldeia indígena e do tipo II, quando estiver localizado no município de referência em unidade básica do SUS existente.

As Casas de Saúde Indígena (CASAI's) compete recepcionar, alojar e alimentar os indígenas em tratamento de saúde e seus acompanhantes, enviados pelos Pólos base; prestar assistência de enfermagem aos pacientes que recebem alta dos hospitais até que estejam em condições de retornar as suas localidades; realizar o acompanhamento dos pacientes em todas as

fases do tratamento (consultas, exames, etc.) e o retorno ao domicílio na ocasião da alta, realizando a contra-referência com o pólo base, ou seja, cabe as CASAI's facilitar o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento de média e alta complexidade, servindo de apoio entre as aldeias e a rede de serviços do SUS. (MARQUES, 2002).

A seguir uma figura demonstrando como está legalmente estabelecido à organização dos Distritos, o que não implica que na prática dos Distritos este modelo esteja funcionando de forma eficaz.

Figura 1. Organização dos DSEI no Brasil e modelo assistencial.



Fonte: FUNASA/2007.

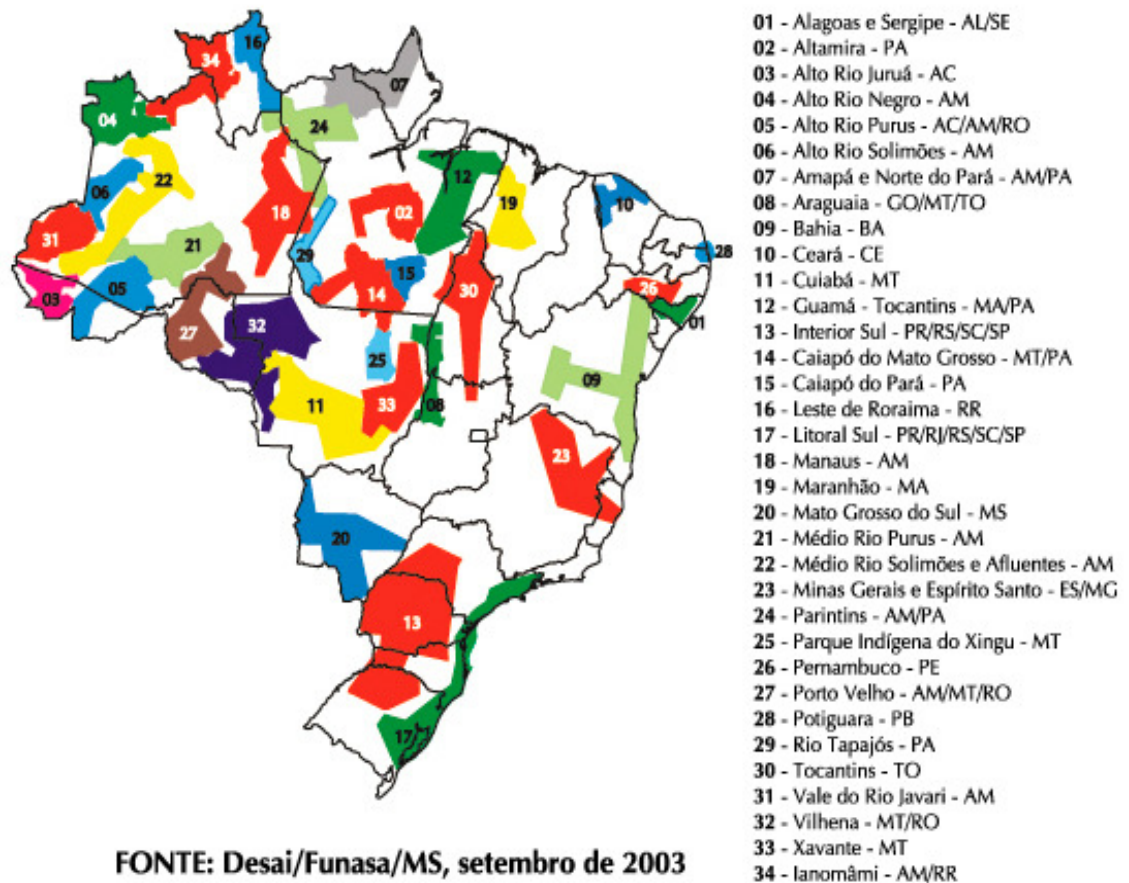
O modelo de atenção preconizado pela Política prioriza a atenção básica que compreende:

O conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais democráticas, participativas e sanitárias sob a forma de trabalho de equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados dos quais

assumem responsabilidades sanitárias considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL/MS, 2004).

Foram implantados no país 34 Distritos que devido a critérios epidemiológicos, geográficos e políticos não coincidem necessariamente com os limites de Estados e Municípios onde se localizam as terras indígenas. Em seguida, estamos apresentando o mapa de distribuição dos Distritos no Brasil.

Figura 2. Mapa de distribuição dos DSEI's no Brasil

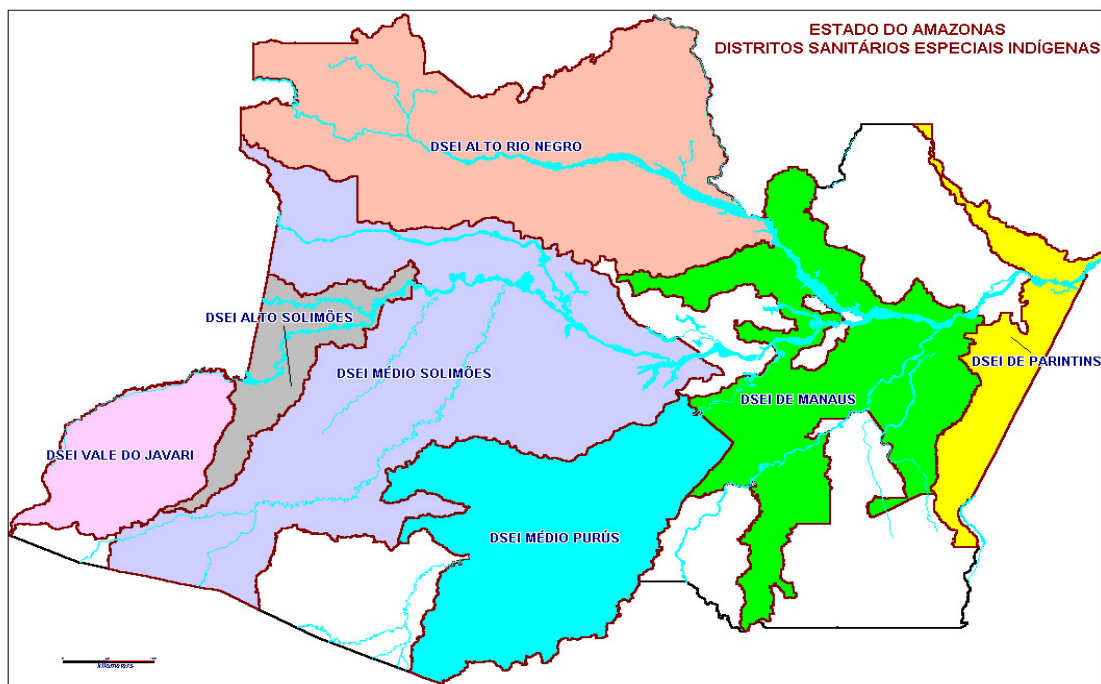


Em Manaus, foi organizado em outubro de 1999 um Seminário que contou com a participação de representantes de instituições que atuavam com as populações indígenas (FUNAI,

FUNASA, CIMI, UFAM, etc.), lideranças indígenas e profissionais de saúde, interessados na organização dos Distritos Sanitários Indígenas da região Norte, cujo objetivo era a definição da abrangência geográfica destes Distritos a partir das informações dos participantes, principalmente os indígenas, conhecedores profundos da região e das condições de acesso a cada município.

Para o Estado do Amazonas foram organizados sete Distritos Sanitários: Alto Rio Negro; Alto Solimões, Médio Solimões, Vale do Javari, Médio Purus, Parintins e Manaus.

Figura 3: Mapa de distribuição dos DSEI's do Estado do Amazonas.



Fonte: Funasa/CORE-AM/DSEI/MAO (2006).

No tocante ao financiamento a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena define que as atividades desenvolvidas pelos Distritos sejam de responsabilidade do governo federal, através dos recursos do Ministério da Saúde e da FUNASA, podendo ser complementado com outros recursos

provenientes de acordos com organismos de cooperação internacional e recursos advindos da iniciativa privada. Os Estados e Municípios também estão obrigados a atender de forma complementar a população indígena tendo em vista que eles são incluídos na contagem populacional para o repasse do Piso de Atenção Básica – PAB – para o município. (FUNASA, 2000, p. 24).

O Ministério da Saúde, em setembro de 1999 editou a portaria Nº. 1163/GM, determinando que a execução das ações de saúde indígena, deve ser feita em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), juntamente com os estados e municípios, que para tanto passaram a receber dois repasses de recursos, fundo a fundo da SAS: o fator de incentivo de atenção básica aos povos indígenas (Art. 5º) e o fator de Incentivo para assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena (Art. 7º).

Este recurso que vem sendo repassado para estados e municípios tem sido alvo de severas críticas e protestos dos indígenas que denunciam que, de um modo geral, esses recursos não estão sendo devidamente aplicados na saúde indígena e que as Secretarias de Saúde não acatam as deliberações e fiscalizações dos conselhos indígenas e da FUNASA.

A política de saúde indígena define que a responsabilidade pela política é do governo federal através da gestão do Ministério da Saúde/FUNASA. No entanto, a execução das ações de saúde pode ser feita a partir da celebração de convênios entre a FUNASA e Organizações governamentais (secretarias de saúde, universidades, etc.) e não governamentais (indígenas e não indígenas). Estes convênios são firmados diretamente entre o nível central da FUNASA, através do Departamento de Saúde Indígenas (DESAI) e as conveniadas, *“resultando em baixa subordinação das entidades conveniadas aos gerentes dos DSEI’s, integrantes das unidades regionais desconcentradas da FUNASA”* (MARQUES, 2002, p. 47).

Embora o SUS preconize a possibilidade de contratação de serviços complementares para atender os usuários do serviço na saúde indígena essa terceirização vem se dando de forma mais contundente onde a gestão dos serviços é do poder público, porém a execução é terceirizada. Garnelo (2003) analisando este processo assinala que:

A implantação dos DSEI, iniciado em 1999, vem seguindo a via da terceirização, concretizada por meio de convênios com entidades não governamentais, sendo muitas delas, organizações indígenas contratadas para a execução integral das ações de saúde. Tal estratégia não encontra correspondente em qualquer outra área do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as experiências de terceirização têm se restringido à contratação de serviços em áreas específicas como atividades administrativas, recursos complementares de diagnóstico e prestação de alguns serviços especializados. Tal decisão política restringe o cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão do subsistema de saúde indígena. (p. 12).

Magalhães (2000) avalia que essa tendência da Política de saúde indígena de terceirizar os serviços coaduna-se com a política neoliberal em voga no país que propõe a retração do Estado nas políticas sociais, repassando a responsabilidade por estas políticas para o terceiro setor. Este autor analisando as transformações políticas ocorridas no Brasil na última década (Séc. XX) e o reflexo dessas transformações nas políticas sociais e especialmente na política de saúde indígena assinala que a relação entre Estado e sociedade vem passando por um processo de mudança, que tem se caracterizado principalmente pela redefinição de novas atribuições da sociedade e do Estado, implicando na redução da intervenção do Estado e em contrapartida um incremento e valorização do mercado (segundo setor) e da sociedade civil (terceiro setor), processo este que, segundo o autor, é próprio de uma nova dinâmica do capitalismo inspirado nos ideais neoliberais. (MAGALHÃES, 2000).

O processo de terceirização na saúde indígena traz o agravante de alguns convênios terem sido firmados com organizações indígenas criando impactos para o Movimento Indígena. Garnelo, analisando os efeitos deste processo no interior do movimento indígena ressalta que,

As contradições da terceirização são reeditadas no próprio seio do movimento indígena. A opção por uma parceria com o Estado para execução de suas funções lança sobre a

organização indígena também o ônus do desmanche do Estado brasileiro (...) Trata-se de uma nuance delicada, mais decisiva, pois aqui se borra completamente a conhecida oposição “nós” índios contra “eles” órgãos do governo, que não cumprem suas atribuições legais, podendo a própria organização indígena ser responsabilizada e vitimizada pelos eventuais fracassos do modelo adotado. (2001, p. 05)

A FUNASA em 1999, no início de implantação dos Distritos, celebrou quarenta e cinco convênios, com organizações governamentais e não governamentais, repassando a estas organizações um total de R\$ 107.007.969,67 (cento e sete milhões, sete mil, novecentos e sessenta e nove reais e sessenta e sete centavos). Para os Distritos do Amazonas foram estabelecidos treze convênios, sendo que só para o atendimento do Distrito do Alto Rio Negro foram celebrados sete convênios, em virtude do grande contingente populacional (nessa região 99% da população é indígena), da diversidade étnica e da dificuldade de acesso. Para o Amazonas a FUNASA desembolsou um valor de R\$ 37.425.913,11 (trinta e sete milhões, quatrocentos e vinte e cinco mil, novecentos e treze reais e onze centavos (ISA, 2000, p. 135-136).

Todo este investimento na saúde indígena não conseguiu resolver os sérios problemas enfrentados nesta área. Apesar de alguns avanços, proporcionados pela implantação dos Distritos, a contratação de equipes de saúde etc. outros problemas como a desnutrição, as epidemias de malária, as doenças infecto contagiosas, persistiram.

A execução das ações de saúde indígena pela via da terceirização recebeu críticas no âmbito da FUNASA em virtude, principalmente, dos problemas com as prestações de contas das conveniadas. Por outro lado as conveniadas acusavam a FUNASA pelo atraso no repasse do recurso. A Instituição resolveu então propor mudanças no modelo de gestão da saúde indígena e publicou no dia 20 de janeiro de 2004 as portarias nº. 69 e 70. A portaria n. 69/04 buscou organizar a questão da participação das entidades indígenas no controle social do sistema, criando um comitê consultivo de políticas de saúde indígena, com diversos representantes indígenas e de

organizações indigenistas. A portaria n. 70/04, trata da responsabilidade da FUNASA na organização do sistema em relação à coordenação, normatização e execução das ações, definindo que a FUNASA deveria assumir diretamente a execução das ações, utilizando os convênios apenas como complemento.

Com a publicação dessas portarias a FUNASA passou a assumir diretamente grande parte das atividades que antes eram executadas pelas conveniadas como a compra de combustível, insumos e equipamentos. Em virtude da falta de recursos humanos e da não realização de concursos à instituição tem utilizado os convênios com organizações não governamentais para contratação de pessoal.

Passado mais de dois anos da publicação das portarias, a FUNASA não conseguiu assumir a contento a execução das ações. O Movimento Indígena e Organizações indigenistas vêm denunciando sistematicamente as ingerências com a operacionalização dos serviços em todo o país e que tem gerado reflexos negativos nas condições de saúde dos indígenas. Coimbra et al analisando estes reflexos a partir dos indicadores de saúde desta população, assinala que:

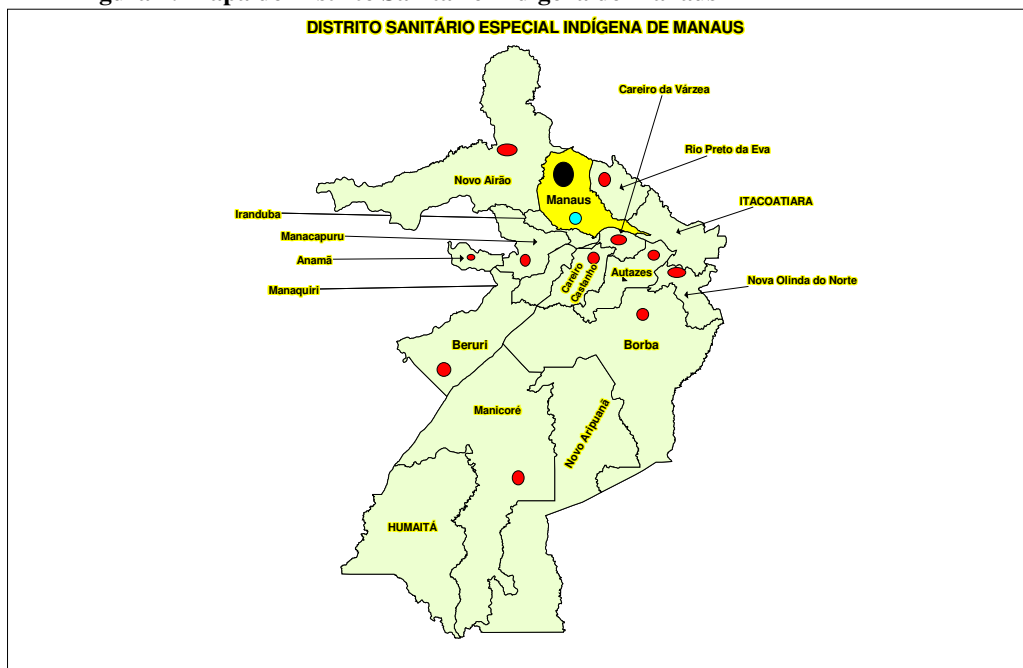
(...) as condições de saúde dos povos indígenas permanecem francamente desfavoráveis (...). As doenças infecciosas e parasitárias persistem como as principais causas de adoecimento e morte de indígenas no país. A malária constitui outra endemia amplamente presente nas terras indígenas, sobretudo na Amazônia, onde tem causado surtos (como entre os Yanomami) que resultam em elevadas taxas de mortalidade. Concomitantemente as infecções respiratórias agudas e as diarreias são as principais causas de adoecimento e morte nas crianças menores de cinco anos (...). Ainda que não se possa generalizar, vários estudos em comunidades específicas destacam que, de modo geral, a desnutrição atinge mais de um quarto das crianças menores de cinco anos e, não raro, mais da metade delas. (...) A anemia por deficiência de ferro constitui a principal doença carencial verificada nas populações indígenas, afetando, principalmente, crianças menores de dez anos e mulheres grávidas. (2006, p. 141-142)

A seguir abordaremos de forma específica o Distrito Sanitário Indígena de Manaus, caracterizando aspectos relevantes do modo de vida das populações que vivem na área de abrangência do Distrito.

2.3 O Distrito Sanitário Indígena de Manaus – DSEI/MAO:

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus constitui-se de uma extensa área geográfica dentro do Estado do Amazonas, abrangendo inicialmente onze municípios e atualmente dezesseis¹⁶, sendo estes: **Anamã, Autazes, Berurí, Borba, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Itacoatiara, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Iranduba, Manaquiri, Manicoré, Novo Airão, Novo Aripuanã, Nova Olinda do Norte e Manaus**, que ficou como sede do Distrito.

Figura 4: Mapa do Distrito Sanitário Indígena de Manaus



Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/2006

A população atual do DSEI/MAO é de, aproximadamente, dezesseis mil, quinhentos e vinte e um (16.521) indígenas, distribuídos em cento e vinte e duas (122) aldeias, pertencentes a

¹⁶ A partir da implantação do DSEI/MAO e dos serviços que começaram a serem prestadas às populações indígenas oficialmente inseridas no Distrito, outros grupos foram exigindo a inclusão no Distrito, o que representou um aumento da população atendida e da área de abrangência do Distrito.

quinze etnias: **Mura, Munduruku, Sateré-Mawé, Mura-Pirahã, Tenharim, Parintitin, Tora, Kokáma, Kambeba, Tukano, Wai-Wai, Arapasso, Baré, Tikuna, Macuxi, Kaiapó, Tupinambá, Dessano, Baniwa, jawariano e Apurinã.** O número de aldeias sofre constantes alterações em virtude do deslocamento de famílias em busca de melhores condições de subsistência ou ainda por brigas intertribais que motivam a formação de novas aldeias (FUNASA, 2007).

O DSEI/MAO conta, atualmente, na sua estrutura organizacional com treze (13) Pólos bases, sendo que apenas oito estão construídos e parcialmente equipados. Para efeito de compreensão apresentamos o quadro abaixo, com a identificação das aldeias, dos povos indígenas, a população, a família lingüística, a comunicação em português e as vias de acesso (FUNASA/CORE, 2007).

Figura 5 – Caracterização dos povos indígenas por aldeia.

MUNICÍPIO DE AUTAZES POLO BASE PANTALEÃO						
Nº	ALDEIA	POVO INDÍGENA	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
01	Guapenu	Mura	423	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
02	Jauari	Mura	285	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
03	Padre	Mura	59	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
04	Sampaio	Mura	428	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
05	São Félix	Mura	225	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
06	Soares	Mura	255	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
07	Ferro Quente	Mura	76	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
08	Pantaleão	Mura	1.336	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
09	Cuia	Mura	215	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
10	Igarapé Açu	Mura	150	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
11	Capivara	Mura	208	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
12	Natal	Mura	120	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
13	Josefa	Mura	365	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
14	Paracuúba	Mura	203	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
15	Miguel	Mura	64	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
16	Trincheira	Mura	375	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
17	Muratuba	Mura	218	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
TOTAL: 17 ALDEIAS – POPULAÇÃO: 5.005						

MUNICÍPIO DE AUTAZES PÓLO BASE DE MURUTINGA						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
18	Murutinga	Mura	795	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
AUTAZES -: 02 PÓLOS BASE -18 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 5.800						

MUNICÍPIO DE CAREIRO DA VÁRZEA LIGADO AO POLO BASE DO MURUTINGA – AUTAZES						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
19	Tauari	Mura/Macuxi	76	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
20	Poronga	Mura	38	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
21	Ponciano	Mura	81	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
22	Jabuti	Mura	38	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
23	Bom Futuro	Mura	96	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
24	Sisaíma	Mura	255	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
25	Jutaí	Mura	32	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
26	Boa vista	Mura	55	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
27	Santo Antonio	Mura	94	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
28	Jacaré	Mura	66	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
CAREIRO DA VARZEA: 10 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 831						

MUNICÍPIO DE MANICORÉ PÓLO BASE DE BOCA DO JAUARI						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
29	Vera Cruz	Mura-Pirahã	44	Mura	Não	Fluvial
30	Bom Intento	Mura	38	Mura	Sim	Fluvial
31	Barrigudo	Mura-Pirahã	42	Mura	Não	Fluvial
32	Barraquinha	Mura	45	Mura	Sim	Fluvial
33	Estirão Grande	Tenharim	59	Tupi Guarani	Sim	Fluvial
34	São Raimundo	Mura	116	Mura	Sim	Fluvial
35	Fortaleza	Apurinã	21	Aruak Merdional	Sim	Fluvial
36	São José	Tora	58	Txapakúra	Sim	Fluvial
37	Palmeiras	Mura	72	Mura	Sim	Fluvial
38	Panorama	Tora	90	Txapakúra	Sim	Fluvial
39	Baixo Grande	Tora	55	Txapakúra	Sim	Fluvial
40	Canavial	Parintin	36	Tupi Guarani	Sim	Fluvial
41	Boca do Javari	Mura	93	Mura	Sim	Fluvial
42	Terra Preta Jauari	Mura	48	Mura	Sim	Fluvial
43	Vista Alegre	Mura	29	Mura	Sim	Fluvial
44	Itauba	Mura	34	Mura	Sim	Fluvial
45	Baeta	Mura	50	Mura	Sim	Fluvial

46	Pirahã do Maici	Mura-Pirahã	190	Mura	Não	Fluvial
TOTAL: 18 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 1120						
MUNICÍPIO DE MANICORÉ						
PÓLO BASE DE PONTA NATAL						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
47	Garrote	Mura	33	Mura	Sim	Fluvial
48	Aparecida	Mura	50	Mura	Sim	Fluvial
49	Miriti	Mura	45	Mura	Sim	Fluvial
50	Boa União	Mura	77	Mura	Sim	Fluvial
51	Terra Preta Piquiá	Mura	118	Mura	Sim	Fluvial
52	Curara	Mura	65	Mura	Sim	Fluvial
53	Maloca Cidade	Mura	37	Mura	Sim	Fluvial
54	Ponta Natal	Mura	90	Mura	Sim	Fluvial
TOTAL: 08 ALDEIAS – POPULAÇÃO: 515						
MANICORÉ: 02 PÓLOS BASE -26 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 1.635						

MUNICÍPIO DE CAREIRO CASTANHO						
PÓLO BASE DE CAREIRO CASTANHO						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
55	Macedon	Apurinã	37	Auak Merdional	Sim	Fluvial
56	Juma II	Mura	86	Mura	Sim	Fluvial
57	Juma I	Mura/Apurinã	152	Mura/Aruak	Sim	Fluvial
58	Piranha	Mura	65	Mura	Sim	Fluvial
59	Marinheiro	Tikuna/Mura	91	Tikuna/Mura	Sim	Fluvial
60	São Francisco	Mura/Tukano	101	Mura/Tukano	Sim	Fluvial
61	Itaboca	Mura	22	Mura	Sim	Fluvial
62	Vista Alegre	Mura	100	Mura	Sim	Fluvial
63	Fortaleza	Mura/Apurinã	114	Mura/Aruak Meriodional	Sim	Fluvial
64	Pirara	Mura/Apurinã	35	Mura/Aruak	Sim	Fluvial
65	Paíol	Apurinã	70	Aruak Meriodional	Sim	Fluvial
66	Cajual	Mura	33	Mura	Sim	Fluvial
CAREIRO CASTANHO: 01 PÓLO BASE -12 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 906						
MUNICÍPIO DE MANAQUIRI						
POLO BASE DE MANAQUIRI						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
67	Guaraçu	Apurinã	50	Mura	Sim	Fluvial

68	Arajaí	Apurinã	50	Aruak Meridional	Sim	Fluvial
69	Kainã	Mura	59	Mura	Sim	Fluvial/Terrestre
70	Barro Alto	Munduruku	104	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
71	Andorinha	Munduruku	128	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
72	Nova Esperança	Munduruku	70	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
73	Uirapuru	Munduruku	51	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
74	Canhamô	Munduruku	63	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
75	Ponção	Kayapó	05	Jê	Sim	Fluvial/Terrestre
76	Cabeceira do Italiano	Munduruku	118	Munduruku	Sim	Fluvial/Terrestre
MANAQUIRI: 01 PÓLO BASE - 10 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 698						

MUNICÍPIO DE ITACOATIARA PÓLO BASE DE MAKIRA						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
77	Taboca	Apurinã /Mura	168	Aruak/Mura	Sim	Terrestre/Fluvial
78	Makira	Sateré/Mura	139	Mura/Sateré	Sim	Terrestre/Fluvial
79	Aparecida/Correnteza	Sateré/Mura/Tupinambá	68	Sateré/Mura/Tupinambá	sim	Terrestre/Fluvial
80	Unidos do Canaã	Mura	76	Mura	Sim	Fluvial
81	Nova União	Mura	100	Mura	Sim	Fluvial
82	Bela Vista	Mura	41	Mura	Sim	Fluvial
83	Limão	Mura	88	Mura	Sim	Terrestre/Fluvial
84	Beija Flor I Rio Preto da Eva	Sateré/Tukano/ Baré Dessano/Tikuna/ Apurinã	56	Aruak/Sateré	Sim	Terrestre
85	Beija Flor II Rio Preto da Eva	Sateré/Tukano/ Baré Dessano/Tikuna/ Apurinã	75	Aruak/Sateré	Sim	Terrestre
86	Beija Flor III Rio Preto da Eva	Sateré/Tukano/ Baré Dessano/Tikuna/ Apurinã	54	Aruak/Sateré	Sim	Terrestre
ITACOATIARA: 01 PÓLO BASE - 10 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 865						

MUNICÍPIO DE IRANDUBA/MANAUS/NOVO AIRÃO PÓLO BASE DE N. Sr.ª DA SAÚDE						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
87	N. Sra. Da Saúde	Kambeba	43	Tupi Guarani	Sim	Fluvial
88	São Tomé	Baré/Kambeba	61	Aruak Setentrional	Sim	Fluvial
89	Terra Preta	Baniwa/Tukano/ Jawariana	160	Tukano/Aruak	Sim	Fluvial/Terrestre
90	Nova Esperança	Baré	92	Aruak	Sim	Fluvial/Terrestre
91	Boa Esperança	Tukano	30	Tukano	Sim	Fluvial/Terrestre
92	Inhaa-bé	Sateré	39	Sateré	Sim	Fluvial

93	Nova Canaã	Apurinã	78	Aruak	Sim	Fluvial/Terrestre
94	Barreirinha	Baniwa/Tukano	34	Aruak/Tukano	Sim	Fluvial/Terrestre
IRANDUBA/MANAUS/NOVO AIRÃO: 01 PÓLO BASE - 08 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 537						

MUNICÍPIO DE MANACAPURU PÓLO BASE DE MANACAPURU						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
95	Jatuarana	Apurinã	15	Aruak	Sim	Fluvial
96	Sahu-apé	Sateré Mawé	24	Sateré Mawé	Sim	Fluvial
97	São Francisco do Guiribé	Apurinã	27	Aruak	Sim	Fluvial
98	São Francisco do Patauá	Apurinã	30	Apurinã	Sim	Fluvial
99	Fortaleza	Apurinã	18	Apurinã	Sim	Fluvial
100	Ig. do Espírito Santo	Tikuna	17	Tikuna	Sim	Fluvial
101	Ubim	Cambeba	29	Cambeba	Sim	Terrestre
MANACAPURU: 01 PÓLO BASE - 07 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 160						

MUNICÍPIO DE BERURI PÓLO BASE DE BERURI						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
102	São Lázaro - Bacuri	Apurinã	17	Aruak	Sim	Fluvial
103	Lago do Genipapo	Apurinã	43	Aruak	Sim	Fluvial
104	São Francisco do Joari- Paraná Jarí	Apurinã	32	Aruak	Sim	Fluvial
105	Santa Rita	Apurinã	56	Aruak	Sim	Fluvial
106	N. S ^a de Guadalupe	Apurinã	27	Aruak	Sim	Fluvial
107	São Sebastião - Terra vermelha	Apurinã	123	Aruak	Sim	Fluvial
108	Deus é Amor	Apurinã	132	Aruak	Sim	Fluvial
109	Nossa Senhora de Fátima	Mura	102	Mura	Sim	Fluvial
110	Boca do Franco	Mura	36	Mura	Sim	Fluvial
111	São Francisco da Colônia	Mura	52	Mura	Sim	Fluvial
112	São Joaquim do Mura	Mura	58	Mura	Sim	Fluvial
113	Água Fria	Apurinã	35	Aruak	Sim	Fluvial
114	Suuma - Boa Sorte	Tikuna	91	Tikuna	Sim	Fluvial
115	São Raimundo	Apurinã	59	Mura	Sim	Fluvial
116	Itapuru	Apurinã	51	Mura	Sim	Fluvial
BERURI: 01 PÓLO BASE - 15 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 914						

MUNICÍPIO DE ANAMÁ PÓLO BASE DE BERURÍ						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
117	Eware	Apurinã	78	Aruak	sim	Fluvial
118	Santa Luzia	Apurinã	92	Aruak	Sim	Fluvial
119	Nova Esperança (Bela Vista)	Tikuna	92	Aruak	Sim	Fluvial
120	São José	Tikuna	99	Aruak	Sim	Fluvial
121	Bom Jesus	Cocama	76	Tupi Guarani	Sim	Fluvial
ANAMÁ: 05 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 437						

MUNICÍPIO DE NOVA OLINDA DO NORTE PÓLO BASE DE LARANJAL						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
122	Laranjal	Munduruku	129	Munduruku	Sim	Fluvial
123	Mucajá	Munduruku	244	Munduruku	Sim	Fluvial
124	Vila Nova	Munduruku	107	Munduruku	Sim	Fluvial
125	Laguinho	Munduruku	62	Munduruku	Sim	Fluvial
126	Terra Vermelha	Munduruku	60	Munduruku	Sim	Fluvial
127	Jacaré	Munduruku	76	Munduruku	Sim	Fluvial
128	Cacoal	Munduruku	27	Munduruku	Sim	Fluvial
129	Varre Vento	Munduruku	68	Munduruku	Sim	Fluvial
130	Sorval	Munduruku	172	Munduruku	Sim	Fluvial
131	Cipozinha	Sateré	143	Sateré	Sim	Fluvial
TOTAL: 10 ALDEIAS – POPULAÇÃO: 1.088						

MUNICÍPIO DE NOVA OLINDA DO NORTE PÓLO BASE DE KWATÁ						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
132	Kwatá	Munduruku	246	Munduruku	Sim	Fluvial
133	Apuí	Munduruku	43	Munduruku	Sim	Fluvial
134	Niterói	Munduruku	66	Munduruku	Sim	Fluvial
135	As Cobras	Munduruku	77	Munduruku	Sim	Fluvial
136	Santo Antônio	Munduruku	42	Munduruku	Sim	Fluvial
137	Pajurá	Munduruku	45	Munduruku	Sim	Fluvial
138	Jutaí	Munduruku	43	Munduruku	Sim	Fluvial
139	Santa Cruz	Munduruku	19	Munduruku	Sim	Fluvial
140	Aru	Munduruku	117	Munduruku	Sim	Fluvial
141	Fronteira	Munduruku	202	Munduruku	Sim	Fluvial
142	Foz do Mapiá	Munduruku	49	Munduruku	Sim	Fluvial
143	Parawá	Munduruku	124	Munduruku	Sim	Fluvial
144	Sauru	Munduruku	111	Munduruku	Sim	Fluvial
145	Caióé	Munduruku	81	Munduruku	Sim	Fluvial
146	Mamoal	Munduruku	18	Munduruku	Sim	Fluvial
147	Cajual	Munduruku	86	Munduruku	Sim	Fluvial
148	Makambira	Munduruku	76	Munduruku	Sim	Fluvial

TOTAL: 17 ALDEIAS – POPULAÇÃO: 1445
NOVA OLINDA DO NORTE: 02 PÓLOS BASE - 27 ALDEIAS - POPULAÇÃO: 2.533

MUNICÍPIO DE BORBA PÓLO BASE DE IGAPÓ-ACÚ						
Nº	Aldeia	Povo Indígena	População	Família Lingüística	Comunicação em Português	Vias de Acesso
149	Piranha	Mura	69	Mura	Sim	Fluvial
150	Lago do Ararí	Mura	153	Mura	Sim	Fluvial
151	Setemã	Mura	124	Mura	Sim	Fluvial
152	Ararí	Mura	60	Mura	Sim	Fluvial
153	Tapagem	Mura	106	Mura	Sim	Fluvial
154	Sapucaia	Mura	54	Mura	Sim	Fluvial
155	Fé em Deus	Mura-Pirahã	26	Mura	Sim	Fluvial
156	Vila Nova	Mura	55	Mura	Sim	Fluvial
157	Forno	Mura	59	Mura	Sim	Fluvial
158	Pacovão	Mura	107	Mura	Sim	Fluvial
159	Igarapé Grande	Mura	63	Mura	Sim	Fluvial
160	Jutaf	Mura	101	Mura	Sim	Fluvial
161	Limão	Mura	70	Mura	Sim	Fluvial
162	Mamiá	Munduruku	120	Munduruku	Sim	Fluvial
163	Terra Preta	Munduruku	38	Munduruku	Sim	Fluvial
164	Correia	Mura	0	Mura	Sim	Fluvial
TOTAL: 16 ALDEIAS – POPULAÇÃO: 1.205						

TOTAL GERAL 164 ALDEIAS TOTAL POP. 16.521 FLUVIAL: 119 - TERRESTRE: 04 -TERRESTRE-FLUVIAL: 41
--

Faremos a seguir uma sintética apresentação das etnias, com maior número populacional, que vivem na área de abrangência do DSEI/MAO.

MURA: Autodenominavam-se “Buharaem” ou “Buxwarahy. Segundo os lingüistas pertenciam a uma família lingüística menor do Sul do Amazonas. Habitavam primitivamente as terras da margem direita do médio madeira e, posteriormente, expandiram-se por um extenso território do rio, atingindo o rio Amazonas e o Purus, porém, concentraram-se principalmente no município de Autazes. Eram independentes e hostis até 1784 quando se enfraqueceram em

virtude das lutas tribais que travaram com os colonizadores e posteriormente com os Mundurucu, o que os levou a estabelecer laços de convivência com a sociedade regional e a adotar a língua geral, no entanto, ainda usavam entre si a língua materna. No final do século XIX abandonaram definitivamente a língua geral e adotaram o idioma português. (COIAB:2000; SANTOS:2006).

No início do século XVIII fizeram os primeiros contatos com os colonizadores portugueses da Amazônia, estabelecendo um intenso e violento contato com as frentes de expansão dos colonizadores portugueses, impondo guerra e uma tenaz resistência no decorrer do século XVIII até meados do século XIX, ficando conhecidos pela reação imposta ao processo de colonização e pela ferocidade com que atingiam os inimigos. Devido a esses conflitos e o desastroso direcionamento dado à questão indígena pelo Estado brasileiro no século XX, os Mura foram forçados a trabalhar como mão-de-obra semi-escravizada, abandonando quase que completamente o modo de vida tradicional. Esta característica histórica gerou um vazio etnográfico a respeito da etnia Mura, a pressão integracionista foi tão forte que boa parte da cultura material se perdeu, a língua Mura é uma língua extinta, não existe nenhum registro.

No final da década de 1980 os Mura, a partir da luta pela demarcação das terras que estavam sendo ocupadas por não indígenas¹⁷, iniciaram um processo de revitalização político e cultural no município de Autazes, Em 1990 criaram o Conselho Indígena Mura – CIM - com sede em Autazes e passaram a lutar pelo respeito aos direitos conquistados na Constituição de 1988 e a definir estratégias para seu fortalecimento e autodeterminação enquanto grupo étnico. Os dados demonstram que ocorreu nas últimas décadas um expressivo crescimento da população Mura decorrentes dos nascimentos, das migrações, assim como a partir do reconhecimento da

¹⁷ A criação de terras indígenas foi garantida formalmente pelo Estatuto do Índio de 1973. A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito dos índios a uma terra determinada independente de reconhecimento, sendo ela aquela “por eles habitada em caráter permanente, as utilizadas para as suas atividades produtivas, as imprescindíveis a preservação dos recursos necessários ao seu bem estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus costumes e tradições (art. 31). No Art. 20 a Constituição estabelece que essas terras são bens da união, sendo reconhecido aos índios a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo nelas existentes.

identidade étnica por uma parcela de pessoas que não se identificavam mais como Mura, principalmente os mais jovens.

APURINÃ: Autodenominam-se Popukare, sendo também conhecidos como Ipurinã, Jupurinã, Hypurinã, Kangitê e Tapurinã. A família lingüística é Maipure Aruak. Tradicionalmente ocuparam a bacia do Rio Purus, afluente da margem direita do baixo curso do rio Solimões. No século XVIII, o rio Purus começou a ser explorado por comerciantes que buscavam as chamadas “drogas do sertão” (cacau, copaíba, manteiga de tartaruga e borracha). Por volta de 1770 à exploração comercial do Purus intensificou-se, eram extraídos da região bálsamos medicinais, provisão de peixes e tartarugas. Nessa época a demarcação definitiva dos reais limites do território encontrava-se concluída, resultado do trabalho das Comissões de Reconhecimento e Estudos do Rio Purus, designada a partir de 1751, ainda que seu curso não fosse de todo conhecido. Nas décadas de 50 e 60 do século XIX houve várias expedições para reconhecer e mapear o rio: nesta época, segundo os relatos, alguns Apurinã já trabalhavam para os não-índios. (COIAB, 2000; ISA, 2007).

Os Apurinã tiveram inserções diferentes nos seringais: Alguns comercializavam seus produtos, outros eram seringueiros e grupos inteiros resistiram ao contato e foram mortos. As histórias Apurinã relatam os massacres, as torturas e a escravidão a que foram submetidos, assim como as lutas que travaram pela terra. Aquilo que os Apurinã chamam hoje de “comunidade” varia muito. Por vezes, define-se comunidade pela existência de um chefe (cacique, liderança), de um professor e de um agente de saúde. A sua distribuição espacial é bem diversificada: inclui desde casas dispostas num mesmo terreiro, uma “aldeia”, até um conjunto de “colocações” dispersas, podendo ser ainda a combinação desses dois padrões. As unidades de moradia Apurinã foram sempre pequenas, de acordo com as fontes históricas. (COIAB, 2000; ISA, 2007).

MUNDURUKU: De língua tupi, foram identificados pela primeira vez em meados do século XVIII. O território tradicional destes indígenas é constituído por uma vasta porção de terras desde o leste do alto rio Tapajós até o rio Madeira. Considerados os índios mais guerreiros da região dispensavam um tratamento impiedoso aos rivais nas famosas expedições que faziam visando obter a cabeça do inimigo – principal troféu da época – assim como capturar crianças e mulheres. Em 1795 tornaram-se amigos dos colonizadores, sendo muitas vezes recrutados para enfrentar as tribos consideradas hostis. Tiveram várias de suas aldeias comandadas por missionários. Atualmente estão estabelecidos em diversas aldeias do rio Tapajós e também do rio Canumã, afluente do rio Madeira. (MURPHY, 1960, p. 08 apud ARNAUD, 1980, p. 217).

SATERÉ-MAWÉ:¹⁸ De língua tupi-guarani, habitam a Terra indígena Andirá-Marau, que se localiza entre os estados do Amazonas e do Pará. Ocupam, ainda, uma pequena área dentro da terra indígena Kwatá-Laranjal, tradicionalmente ocupada pelos Munduruku. O primeiro registro de contato dos Saterê-Mawé com os não indígenas é de 1669 quando foi fundada a missão jesuíta na ilha Tupinambarana, atual Parintins. Em decorrência das guerras estabelecidas com os Munduruku, Parintintim e o contato com os portugueses, perderam uma grande área do seu territorial original que correspondia a uma extensa área entre os rios Tapajós e Madeira, delimitado ao sul pelas cabeceiras do rio Tapajós e ao norte pelas ilhas Tupinambaranas, no rio Amazonas. Apesar de mais de trezentos (300) anos de contato com a evangelização cristã e a sociedade nacional, embora também falem o português, conseguiram manter a própria língua e a organização social, seus usos e costumes tribais mediados por certo sincretismo civil e religioso. (ISA, 2007; CRUZ, 2003).

Os Saterê-Mawé que vivem atualmente na terra indígena Kwatá-Laranjal, no município de Borba e que, portanto, são atendidos pelo DSEI/MAO, são oriundos da região do rio Andirá, mas

¹⁸ Saterê significa “lagarta de fogo” e Mawé significa “papagaio falante”.

especificamente da Comunidade Ponta Alegre, para onde foram transferidos, no ano 1980, em decorrência do acirramento de disputas internas ocorridas na área do rio Andirá, município de Barreirinha, pela FUNAI para a aldeia Vila Batista II¹⁹, onde passaram a viver pacificamente com os Munduruku. (COIAB, 2000; CRUZ, 2003).

PARINTINTIN, TENHARIM, JIAHUI, povo indígena que auto denomina-se KAGWAHIVA habitava os territórios compreendidos entre os rios Madeira e Tapajós, no sul do estado do Amazonas. Sua história de contato foi iniciada nos fins do século XVII, com o estabelecimento de uma série de missões religiosas administradas pelos Jesuítas que atuaram intensamente até 1755, quando foram expulsos do Brasil. No entanto, a atuação e circulação de não indígenas pela região foi pontual até o começo do século XX, garantindo certo isolamento desses indígenas que ofereceram enormes resistências as tentativas de contatos.

Segundo relatos históricos apenas em 1922, Curt Nimuendaju, etnólogo, com a contribuição de funcionários do hoje extinto SPI (Serviço de Proteção ao Índio) “pacificou” os Parintintin que habitavam o rio Maici. Os Kagwahiva aparecem com um número significativo de grupos diferenciados. Assim, quando os Parintintin eram sacrificados, outros grupos assumiam suas lutas e resistências, tais como: os Tenharim e os Jiahui. Esses confrontos só cessaram por volta de 1950. A partir daí a presença de regatões facilitaram as relações com a sociedade regional, com a comercialização da farinha da mandioca, castanha e borracha. No final dos anos de 1960 (Séc. XX) com a construção das rodovias BR-230 (Transamazônica) e BR 364 (Cuiabá/Porto-Velho), esses grupos passaram a manter contato permanente com a população de Humaitá e com a frente de expansão agro-pastoril que foi se instalando ao longo das estradas. (COIAB, 1999).

¹⁹ Assim denominada pelo fato de todo grupo pertencer a uma mesma família (Batista),

KOKAMA: Em relação a esse povo as primeiras referências foram feitas por exploradores e missionários nos séculos XVI e XVII que indicavam sua localização no médio e baixo rio Ucayali, afluente meridional do Amazonas Peruano. No século seguinte, os Kokáma faziam parte da heterogênea população indígena que habitava a missão de São Joaquim de Omágua, estabelecida no baixo Ucayali. Em 1854 eles voltam a ser citados na cidade de Nauta, também localizada no baixo curso deste rio, no Peru. Neste mesmo ano são localizados no alto Rio Purus, penetrando neste rio possivelmente devido a proximidade de suas cabeceiras com o médio Ucayali.

No princípio do século XX, a população Kokáma que habitava o Amazonas peruano, nas proximidades das cidades de Caballo Cocha, começou um movimento migratório rumo ao alto Solimões, no Brasil. A maior parte do grupo, certamente, permaneceu ainda no território de origem, sendo citados em 1936 aldeamentos do grupo localizados no Ucayali entre as cidades de Iquitos e Contamana, assim como no baixo curso do rio Tapiche. Atualmente, estima-se que haja uma população de 22.000 índios Kokáma, distribuídos no Peru, Colômbia e Brasil, onde vivem em torno de 1.800 indígenas vivendo ao longo do alto e médio Solimões.

TIKUNA: as primeiras referências sobre a presença dessa etnia na região do Alto Solimões datam da metade do século XVII. O contato com os brancos somente se acentuou no final do século XIX quando se iniciou uma efetiva ocupação da região em função da exploração da borracha. Os Tikuna nesse novo contexto foram obrigados a se adaptarem a um outro estilo de vida e de práticas econômicas, pois direta e indiretamente sua força de trabalho foi utilizada pelos patrões, seringalistas e comerciantes na extração do látex.

Após o declínio da exploração da borracha, os Tikuna retornaram as suas atividades agrícolas tradicionais, integrando-se gradativamente à economia regional como produtores de farinha, frutos e outros produtos. Apesar do longo contato com os brancos, persistem entre os

Tikuna aspectos importantes de sua cultura, tais como a língua, a organização social (clãs ou nações, que às vezes são animais ou aves das florestas), a mitologia, os rituais de iniciação, como, por exemplo, a Festa da Moça Nova, a arte e o artesanato, entre outros. Hoje os Tikuna estão distribuídos ao longo do rio Solimões, desde o município de Tabatinga até Manacapuru.

PIRAHÃ: habita um trecho da terra cortada pelo rio Marmelos e por quase toda extensão do rio Maici, formador do rio Marmelos, braço esquerdo do rio Madeira, nos municípios de Humaitá e parte de Manicoré no estado do Amazonas. No verão, período de seca, os Pirahã comercializam algumas frutas, mel de abelha, cipó e na época das cheias dos rios costumam comercializar com os regatões a castanha coletada nos inúmeros castanhais da região do rio Sapoti, braço do rio Marmelos.

Este povo ainda realiza o ritual de casamento no verão chamado Puracê. Constroem sua habitação tradicional em forma de tapirí para se proteger da chuva, quando não está chovendo dormem naturalmente ao ar livre e no chão próximo as praias, seguindo os costumes de seus antepassados. O comércio com regatões tem-lhes trazido à dependência do álcool puro e brigas que justificam a separação do grupo formando novas aldeias.

Ainda nos dias de hoje a maioria do povo fala a língua pirahã, apenas alguns homens falam o português. As mulheres não falam o português e não estabelecem qualquer relação de diálogo com visitantes. O Pirahã é o povo de menor contato do DSEI/MAO, são nômades e poucos dominam o português o que dificulta a contagem e o cadastramento dessa população. Em virtude do pouco contato possuem um sistema imunológico frágil diante das doenças transmitidas pelos brancos. Uma simples gripe pode representar um grave problema de saúde. (COIAB, 2000).

No município de Manaus vivem vários povos indígenas, desde a área rural até os bairros periféricos da cidade, esses indígenas advindos de todos os lugares do estado, vêm para Manaus

em busca de trabalho e/ou estudo para si e para seus filhos, vivem dispersos ou formam uma espécie de aldeia no interior dos bairros, como é o caso dos **Saterê-Mawé**, no bairro da Redenção. Não se sabe o número exato dessa população, estima-se que esteja em torno de mais de 8.000 (oito mil) habitantes. Estes indígenas não estão legalmente incluídos no DSEI/MAO, visto que a política dos Distritos é o atendimento básico à saúde das populações aldeadas. Os indígenas que vivem nos municípios devem ser atendidos pela rede de serviços do SUS. No entanto, estes indígenas estão se organizando e reivindicam a inclusão no subsistema.

A população indígena agrupada no DSEI/MAO, se um modo geral, possui um antigo e intenso contato com a população “não indígena”. A cultura destas populações, portanto, enquanto sistema simbólico é o resultante das interações estabelecidas neste contato. Tendo em vista que a cultura é uma rede de construção de sentidos que se realizam na interação dos indivíduos uns com os outros e destes com o meio ambiente. (GEERTZ, 1978).

O modo de vida, envolvendo o vestuário, alimentação e meios de transporte e as dificuldades enfrentadas por esses indígenas é muito semelhante a das populações que vivem no interior da região, por exemplo, os ribeirinhos. Essa semelhança leva as populações vizinhas e até mesmo algumas instituições e autoridades do governo (prefeituras, delegados, secretários de saúde, etc.) a questionarem a identidade indígena de alguns grupos, tendo em vista que, não obedecem ao estereotipo tradicional do índio que habita o imaginário popular. Sobre isto Ribeiro analisa que, as etnias com uma história longa de contato,

Percorreram todo o caminho da aculturação, no curso do qual suas peculiaridades se alteraram e uniformizaram tanto que já não são substancialmente maiores que a das outras variantes da sociedade nacional, em sua feição rústica. **Apesar disso permanecem índios** (grifo nosso) porque sua aculturação não desembocou numa assimilação, mas no estabelecimento de um *modus vivendi* ou de uma forma de acomodação. Isto significa que o gradiente da transfiguração étnica vai do índio tribal ao índio genérico e não do indígena ao brasileiro. Significa, também, que as entidades etnias são muito mais resistentes do que se supõe geralmente, porque só exigem condições mínimas para perpetuar-se; e porque sobrevivem à total transformação do seu patrimônio cultural e racial. Significa, ainda, que a língua, os costumes, as crenças são

atributos externos à etnia, suscetíveis de profundas alterações, sem que esta sofra colapso ou mutação. Significa, por fim, que as etnias são categorias relacionais entre grupamentos humanos, compostas antes de representações recíprocas e de lealdade morais do que de especificidades culturais e raciais (NUNES, 2003 APUD RIBEIRO, 1996, p. 24).

A população do DSEI/MAO não encontra maiores dificuldades de se comunicar através do idioma português. Os Mura, Baré, Kambeba, Munduruku, já não falam mais sua língua materna, alguns grupos falam o português e o Nhengatu e a maioria da população fala apenas português. Apenas os Mura-Pirahã demonstram dificuldade de comunicação em virtude do pouco tempo de contato com a sociedade nacional (COIAB, 2000).

O meio de transporte mais utilizado por essas populações ou por quem necessita acessar as aldeias indígenas é fluvial, seja através das canoas, de deslizadores com motores de popa. Em algumas aldeias dos municípios de Autazes, Castanho, Manacapuru e Novo Airão também é possível o acesso através de transporte terrestre (ônibus e carros). Dependendo da estação do ano, o tempo movimento das embarcações sofre alterações, em algumas áreas específicas não é possível o acesso na época da seca, por exemplo, o lago do Ararí, localizado no município de Borba e o lago do Juarí no município de Manicoré.

As terras indígenas, dessa região, em sua maioria estão em processo de demarcação e são insuficientes para garantir bons níveis de reprodução da fauna e flora, comprometendo o acesso a caça e a pesca e a simbologia das sociedades indígenas que vivem nessa região, considerando que para estas sociedades a terra representa muito mais do que um simples elemento utilizado na subsistência ela significa a base da sociedade e “*está diretamente ligada ao sistema de crenças e conhecimentos. Não é apenas um recurso natural – e tão importante quanto este – é um recurso sociocultural*” (RAMOS, 1986, p. 11).

Além disso, a antiga e constante depredação dos recursos naturais e a falta de uma adequada política de preservação e recuperação ambiental, com desenvolvimento sustentável por

parte das autoridades responsáveis pelo problema, tem comprometido severamente a qualidade de vida e saúde das populações indígenas da região.

Nessa região as chuvas são abundantes, ocorrendo com maior frequência no período de janeiro a junho, os habitantes da região denominam de inverno e é nessa época onde ocorre o movimento migratório para outras aldeias de terra firme (denominação das terras não alagadas no período do inverno) ou para as sedes de alguns municípios, visto que os rios ficam cheios inundando as aldeias localizadas nas várzeas (terras alagadiças no período do inverno).

No que se refere ao processo migratório interno ocorre durante o período sazonal da coleta de castanhas, babaçu e outros frutos silvestres. Os Mura-Pirahã, por exemplo, sociedade coletora, está sempre migrando para os lugares altos do rio Maicí, principalmente nas enchentes, inclusive um número expressivo costumam migrar com destino a rodovia Transamazônica.

Em relação aos meios de subsistência as sociedades que compõem o Distrito vivem basicamente da agricultura, do cultivo da mandioca, caça, pesca e da extração de frutos silvestres da região como o cupuaçu, tucumã, etc. O escoamento da produção vai para o consumo interno das aldeias e apenas um pequeno excedente é comercializada nos municípios que ficam próximos a aldeia.

Nas aldeias que formam o Distrito, com exceção dos Pirahã, foram introduzidas algumas funções assalariadas, tais como: a figura do professor, do Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento. Em 2005 a FUNASA realizou um curso para técnicos de enfermagem do qual participaram alguns indígenas que foram posteriormente contratados pelas Prefeituras para atuarem nas áreas indígenas do DSEI/MAO.

A área geográfica a qual o DSEI/MAO está inserido, em face de sua proximidade com os grandes centros urbanos, está sujeita a um intenso trânsito de sua população, seja para a capital ou para os municípios de referência. Fato este que tem contribuído para o aumento dos casos de

DST/AIDS, hepatite, alcoolismo, tabagismo etc.

Os macrodeterminantes das condições de vida e dos perfis de saúde dos povos indígenas no Brasil são razoavelmente bem conhecidos e se atrelam ao amplo processo de mudanças ocasionadas pela interação com a sociedade nacional. Geralmente envolvem nestes processos aspectos como restrição territorial, introdução de doenças, mudanças nas relações econômicas e sociais internas e externas aos grupos, acesso diferenciado a serviços de saúde e de educação, dentre outros. (LEITE et. al. 2003, p. 105).

Outro fator de risco para a população está relacionado com uma inadequada política de controle ambiental e a demora na regulamentação de terras indígenas, o que tem favorecido o estabelecimento de posseiros, garimpeiros, madeireiros e de comerciantes de peixes que invadem os rios e lagos em busca dos pescados, fatores estes que têm contribuído para a degradação ambiental, comprometendo a qualidade de vida das populações indígenas e contribuindo para o aparecimento das doenças.

Em decorrência desses fatores as doenças de maior importância são as desnutrições, doenças diarréicas, verminoses entre outras, que têm como causa, dentre outros fatores, a dificuldade na obtenção de alimentação em virtude das reduzidas áreas de roça, da poluição dos rios e da devastação das matas e das precárias condições sanitárias das aldeias, comprometendo assim as gerações futuras.

A característica marcante da grande maioria das áreas indígenas é a precariedade das condições de saneamento. (...) É comum mais comum é a ausência de infra-estrutura destinada à coleta de dejetos e a inexistência de água potável nas aldeias (...) que raramente dispõem de infra-estrutura adequada (SANTOS & COIMBRA, 2001, pg. 26).

A religião é outro fator de mesclagem cultural. É grande o número de famílias filiadas à religião católica ou evangélica, sendo muito comum à realização de festas religiosas de santos da igreja católica. No entanto, também é comum a crença nas feitiçarias, xamanismos, rezadeiras e pajés, ou seja, houve no longo período de contato com as comunidades não indígenas, a introdução de novos hábitos e crenças. Alguns povos indígenas como os Munduruku, Apurinã, Torá e Tenharim ainda mantêm a figura dos pajés.

No tocante a organização social encontra-se ainda a figura de um chefe de aldeia que pode ser denominado de Cacique, Tuxaua, Capitão e em algumas aldeias Munduruku encontra-se a figura do presidente de comunidade. Estas lideranças locais não detêm o poder de coerção sobre as atitudes dos demais. O posto de liderança e o respeito dos seus pares são assegurados pelo poder de convencimento e não pelo uso da força. Segundo Ramos (1986, p. 67) o poder não coercitivo das lideranças indígenas é um traço comum destas sociedades, onde,

O bom líder é aquele que atende aos desejos da comunidade, que articula o consenso geral. Sua atitude reside numa série de atributos que (...) legitimam a sua posição e asseguram o consentimento de seus seguidores. A perda desses atributos custa-lhes também a perda da chefia (...) a autoridade é respaldada no conhecimento que alguém tem de alguma coisa, conhecimento este que é posto a serviço da coletividade: um bom caçador, agricultor ou pescador, um bom orador, um bom xamã, ou um bom administrador são bons porque desenvolveram técnicas, conhecimentos e sabedoria acima da média. Esse conhecimento, essa autoridade, enfim é o que confere legitimidade ao exercício do poder.

As lideranças indígenas locais exercem uma forte influência na escolha dos ocupantes das funções introduzidas pelo sistema de saúde (Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena Sanitário, microscopistas, conselheiros, etc.). Geralmente são seus familiares que ocupam estas funções, reforçando o poder destas lideranças na aldeia. Quando a escolha destes agentes não agrada a liderança indígena local isto tem gerado conflitos internos, tendo em vista que os agentes de saúde possuem certo prestígio ancorado no domínio de conhecimentos e equipamentos inerentes aos serviços de saúde, altamente valorizados pelas comunidades.

2.4 A Execução dos Serviços de Saúde no DSEI/MAO:

Para a execução dos serviços de saúde no DSEI/MAO foram firmados dois convênios: o primeiro entre a FUNASA e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) para execução das ações básicas na área de abrangência do Distrito e outro entre a

FUNASA e o Instituto de Auto-sustentabilidade e Proteção Indígena (INDASPI) para atuação na Casa de Saúde do Índio de Manaus. A COIAB, entidade política dos indígenas que até então tinha como missão a articulação das organizações de base na luta pela defesa dos direitos indígenas, com a assinatura do convênio, acabou assumindo uma dupla função, a de executor e fiscalizador de suas próprias ações. Isso decorre do fato da política de saúde indígena em curso no país ter se caracterizado pelo repasse de atribuições do Estado para o terceiro setor, contrariando aspectos legais de legislação em vigor, que atribui ao poder público o dever de gerir o subsistema de saúde indígena. Outro agravante desse processo é que a maioria dos convênios foi firmada com organizações indígenas. No Amazonas a FUNASA estabeleceu treze (13) convênios e desses seis (06) foram firmados com organizações indígenas.

Os municípios de referência do Distrito recebem desde 1999 recursos do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, referente à portaria n.º 1163/99, como incentivo para complementação do atendimento nas aldeias e melhoria dos serviços na sede do município. Abaixo, apresentamos uma tabela com os valores que estão sendo repassados, com valores atualizados.

Figura 6. Quadro demonstrativo de repasse de recursos do Ministério da Saúde para municípios do DSEI/MAO.

**FATOR DE INCENTIVO A ATENÇÃO BÁSICA
FATOR DE INCENTIVO PARA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR E
DE APOIO DIAGNÓSTICO.
MUNICIPIOS DO DISTRITO SANITARIO INDIGENA DE MANAUS**

MUNICIPIO	ATENÇÃO BÁSICA	ASSIST. AMB. HOSP. E DE APOIO DIAG.
Anamã*	-	-
Beruri	R\$ 8.300,00	-
Borba	R\$ 88.200,00	R\$ 4.608,00
Careiro	R\$ 19.700,00	-
Careiro da Várzea	R\$ 19.700,00	-
Iranduba	R\$ 17.800,00	-
Itacoatiara	R\$ 19.950,00	R\$ 1.113,00

Manacapuru	R\$ 55.200,00	R\$ 25.520,00
Manaquiri	R\$ 36.300,00	-
Manaus	R\$ 40.650,00	
Manicoré	R\$ 80.150,00	R\$ 27.800,00
Nova Olinda do Norte	R\$ 31.800,00	R\$ 3.250,00
Novo Airão	R\$ 8.752,00	R\$ 1.293,00
Rio Preto da Eva*	-	-

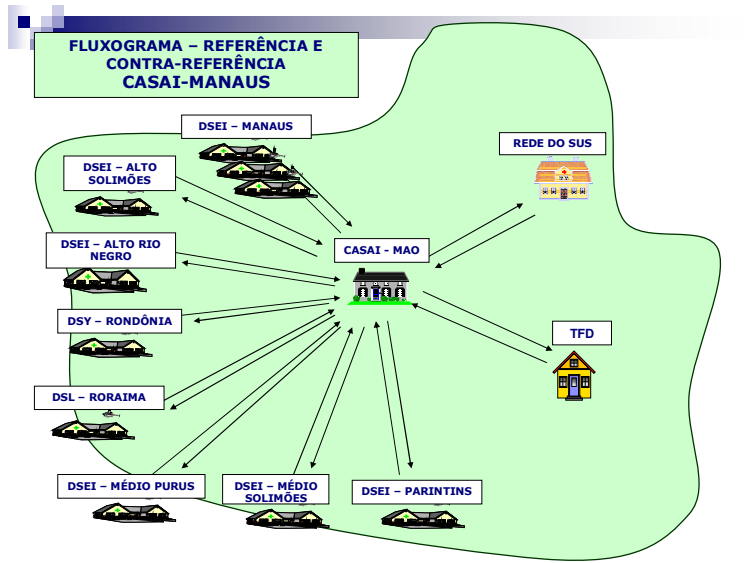
Fonte: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, 2007. Pesquisa Empírica.

*Os indígenas destes municípios são atendidos pelo Pólo base cuja sede fica em outro município. Anamá: Berurí e Rio Preto da Eva: Itacoatiara.

Este repasse tem sido duramente criticado pelos indígenas que alegam que as Prefeituras não vêm aplicando estes recursos de forma apropriada na saúde indígena, desconsiderando as demandas propostas pelos conselhos locais.

Os serviços de média e da alta complexidade devem ser encaminhados para os serviços de saúde dos municípios ou para Manaus, onde os indígenas ficam internados na Casa de Saúde Indígena de Manaus (CASAI/MAO) localizada no km 22 da BR 174, estrada que liga Manaus ao Estado de Boa Vista/RR e que também serve de referência para oito (08) Distritos Sanitários Indígenas dos Estados do Amazonas, Rondônia e Roraima, conforme fluxograma abaixo.

Figura 7. Organização dos DSEI no Brasil e modelo assistencial.



Fonte: FUNASA/CORE/CASAI

Os municípios que servem de referência para estes Distritos possuem uma rede de serviços de media e alta complexidade deficiente, o que faz com que aumente o numero de pacientes referendados para Manaus e hospedados na CASAI/MAO, causando a superlotação da instituição. Por outro lado em Manaus o SUS também não oferece condições adequadas para atendimento imediato destes pacientes que permanecem na instituição por longos períodos, causando a lotação e a insatisfação generalizada dos indígenas, sendo alvo, neste período de implantação do Distrito, de diversas denúncias do Conselho Distrital e do Ministério Público. Até 2005 a CASAI possuía uma estrutura física precária, em 2006 passou por uma reforma, melhorando consideravelmente o atendimento, sem, no entanto, resolver os problemas oriundos do precário sistema de referência e contra-referência do SUS.

A COIAB executou as ações de saúde no período de 2000 a 2005, através do repasse de recursos da FUNASA, mediante convênios que exigia a elaboração de Planos Distritais com a participação dos indígenas e aprovação pelo Conselho Distrital. Ao término da execução do

orçamento a Organização elaborava a prestação de contas. A liberação de recursos ficava condicionada a aprovação desta prestação de contas.

No período de 2000 a 2005 foram firmados quatro convênios com a COIAB, todos sofreram problemas de prestação de contas por parte da conveniada, atraso no repasse das parcelas e outros problemas de ordem burocrática que interferiram fortemente na qualidade dos serviços prestados.

2.5 A Rede de Serviços de Saúde do DSEI/MAO:

A rede de serviços do DSEI Manaus é organizada de forma que o primeiro atendimento a população indígena é realizado na própria aldeia contando com a presença do Agente Indígena de Saúde – AIS - Agente Indígena Sanitário – AISAN - e o Agente Indígena Microscopista – AIM - que realizam, ainda, visitas domiciliares e palestras educativas. Dados da FUNASA/COIAB (2006) indicam a existência de cento e noventa AIS; dezenove AISAN e dezesseis AIM contratados no DSEI/MAO. A atuação destes agentes tem sido fundamental no desenvolvimento das ações, pois como residem na própria aldeia, os serviços que executam não têm sofrido descontinuidade nos momentos de atraso do recurso, apenas ficam restritos por falta de insumos e equipamentos necessários para o desenvolvimento de suas atividades.

Em cada Pólo existe uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiro, odontólogo, técnico de laboratório, técnico de enfermagem, AIS, AISAN, AIM e algumas equipes contam com a inclusão de médico, contratado pelas Prefeituras. A equipe realiza o desenvolvimento dos programas básicos através de visitas periódicas às aldeias, viagens de atendimento geral (com

médico e odontólogo) prevista pelo menos quatro vezes por ano. São doze os programas implantados:

1. Vigilância Alimentar e Nutricional;
2. Atenção Integral a Saúde da Mulher
3. Atenção Integral a Saúde da Criança;
4. Imunização;
5. Controle da Tuberculose e Hanseníase;
6. Controle da Malária e Leishmaniose;
7. Prevenção das DST/AIDS e Hepatites Virais;
8. Saúde Bucal;
9. Hipertensão e Diabetes;
10. Saúde Mental;
11. Assistência Farmacêutica;
12. Estruturação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena

Além da oferta organizada dos serviços, também ocorrem atendimentos à demanda espontânea, nas aldeias e no Pólo base e caso não tenha resolutividade encaminha-se para os Municípios de Referência que são dez (Manaus, Itacoatiara, Novo Airão, Autazes, Borba, Nova Olinda do Norte, Careiro Castanho, Beruri, Manacapuru e Manicoré).

O Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino - PCCU apresentou um baixo percentual de cobertura nos anos 2001 e 2002. Todos os Pólos Base efetivaram a coleta. A dificuldade de realização dos exames é creditada às impróprias condições de efetivar a coleta, a

pouca frequência das equipes nas aldeias, a insuficiência de Kits repassados pela SEMSA para atender a demanda na área indígena e finalmente a demora no retorno dos resultados. (COIAB, 2005).

Em relação ao Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) verificou-se que as DST têm sido diagnosticadas em Pólos Bases de maior população e significativamente no sexo feminino. Os AIS realizaram em 2005, o módulo sobre as DST/AIDS e participaram de oficinas de confecção de materiais educativos. Também foram capacitados profissionais na Abordagem Sindrômica para DST/AIDS. Este programa poderia ser mais bem trabalhado se os laboratórios dos Pólos base estivessem equipados e com insumos para desenvolver as ações de diagnóstico. Os tratamentos que são de responsabilidade das Secretarias Municipais, algumas vezes não são realizados de imediato pela falta de medicamentos. O Programa Estadual de DST/AIDS repassou a FUNASA uma cota de preservativos para serem distribuídas nos Pólos base, contudo, não se tem conhecimento se a distribuição atende a necessidade e se estão sendo distribuídos de acordo com o desenvolvimento de atividades preventivas. Os municípios ainda não estão disponibilizando o teste de HIV para as gestantes. (COIAB, 2005)

As Ações do Programa do Pré-Natal estão sendo implantadas em todos os Pólos base com o controle nominal das gestantes por aldeia. As visitas médicas e de enfermagem em áreas indígenas ainda atreladas as viagens sanitárias não atendem a necessidade de consultas previstas pelo programa, junte-se a isto as dificuldades dos Municípios em oferecerem serviços de apoio diagnósticos (USG) de qualidade. (COIAB, 2005)

O Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança < 5 anos foi trabalhado em todos os Pólos Bases com acompanhamento do peso bem como da

questão alimentar. No entanto, é necessário capacitar os profissionais para o trabalho com esta demanda e efetivar as visitas em área para a realização do Treinamento em Serviço dos AIS. Em relação ao Programa de Combate as Carências Nutricionais até 2005 não houve a implantação deste Programa nos Pólos base por falta de uma maior orientação do DESAI/FUNASA e da inexistência de insumos para ser trabalhado nos Pólos base. (COIAB, 2005).

O Programa de Hipertensão Arterial apresentou uma boa proporção de acompanhamento dos casos. Verifica-se ainda como dificuldade do Programa, a falta de notificação de alguns casos; falta de um registro fiel dos casos que estão sendo acompanhados em conformidade com o protocolo do programa nos Municípios de Referência; ausência de acompanhamento dos AIS pelos enfermeiros; a não entrega dos tensiômetros e a reposição destes por defeito. (COIAB, 2005).

Em 2003 os Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase foram implantados com a oferta de Capacitação em Bacteriologia de Tuberculose para vinte e um (21) profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e doze técnicos laboratórios das Conveniadas e SEMSA. Segundo relatório da COIAB (2005) a análise das notificações emitidas demonstra que ainda existe dificuldade em trabalhar com esta morbidade. Os números de baciloscopias realizadas foram pequenas em Pólos de importante vigilância, devido a insuficiente realização de busca ativa em área indígena, pelo não fortalecimento dos laboratórios dos Pólos e pela confusa notificação mensal.

O Programa de Saúde Bucal vem sendo desenvolvido por odontólogos vinculados ao PSFI, à conveniada e um Odontólogo da FUNASA responsável pelo acompanhamento e supervisão das ações de saúde bucal em todo o Distrito. Comparando o número de consultas e procedimentos dos anos de 2001 a 2003 observa-se um aumento de procedimentos, contudo, não

contempla o programado no Plano Distrital, necessitando rever a proposta de Prevenção. Com relação aos procedimentos preventivos ainda é pequena a quantidade de pastas dentais e escovas distribuídas. Faz-se necessário o desenvolvimento das ações educativas, preventivas e restauradoras. A rotatividade dos odontólogos e falta de equipamentos e insumos têm dificultado o alcance de todas as metas estabelecidas no Plano Distrital. (COIAB, 2005).

Os casos de maior complexidade que não têm resolutividade nos municípios de referência são encaminhados para rede de serviços do SUS em Manaus, onde os pacientes e acompanhantes ficam alojados na Casa de Saúde Indígena. Uma das deficiências é que existem quatro Pólos sem estrutura (Careiro Castanho, Manaquirií, Beruri e Pantaleão), nestes casos aumenta a demanda para os municípios de referência. Por outro lado, a rotatividade dos profissionais, a dificuldade de contratação de médicos e odontólogos; a constante saída das equipes das áreas pela falta de insumos e equipamentos e o atraso dos pagamentos dos profissionais, grosso modo, figuram como problemas que dificultam a execução dos serviços de saúde e o cumprimento das metas. Os profissionais que são contratados pelas prefeituras, através do recurso da SAS (PSFI) não estão realizando os atendimentos nas aldeias, com a aquiescência dos prefeitos e secretários de saúde, vêm atuando nos serviços de saúde do município, o que tem contribuído para que os agravos que poderiam ser resolvidos na aldeia sejam encaminhados para os municípios, o que acarreta o aumento dos gastos e problemas para os indígenas que se deslocam para a sede dos municípios onde, geralmente, não recebem o apoio adequado para a estadia no período de tratamento.

Apesar dos avanços alcançados com a implantação do DSEI/MAO são muitos os problemas, principalmente, na área de gestão, que dificultam o cumprimento das ações programadas no Plano Distrital o que tem corroborado para a prevalência de doenças e agravos.

CAPITULO III

CONSELHOS DE SAÚDE: O CONTROLE SOCIAL NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDIGENA DE MANAUS

3.1 A Memória dos Conselhos:

Os conselhos não foram inventados na atual democracia brasileira, historicamente eles fazem parte de outras tentativas de gestão participativa, em diversos países. Gohn (1990) fazendo um resgate histórico dos conselhos ressalta que:

Existe uma memória histórica coletiva da experiência de gestão através de conselhos de operários. Ela é parte integrante da luta de setores oprimidos por sua emancipação econômica, política, social e cultural. A Comuna de Paris, os soviets russos e os Conselhos de Fábrica italianos pertencem a essa tradição. Existe, entretanto, uma outra vertente histórica da participação dos indivíduos através de conselhos desenvolvida principalmente nos Estados Unidos. Trata-se de políticas e estratégias que objetivam integrar os indivíduos na dinâmica da vida associativa local. São conselhos de cidadãos empenhados na defesa dos seus direitos individuais e coletivos, e em combater os valores considerados perniciosos para a coletividade (p. 66).

Existe ainda outra modalidade histórica de conselhos que foram organizados principalmente nos Estados Unidos cujo objetivo era o de integração dos indivíduos a *“dinâmica da vida associativa local (...) são conselhos de cidadãos empenhados na defesa de seus direitos (...) e no combate dos valores perniciosos para a coletividade”* (GOHN, 1990, p. 66).

No Brasil a formação de conselhos na área da saúde não é um fenômeno exclusivo da era SUS, em outros momentos da história das políticas de saúde no Brasil outros conselhos foram organizados com características diferenciadas dos conselhos atuais e sem a possibilidade da participação social como forma de controle social.

Em 1937, o governo propôs uma nova organização ao então Ministério da Educação e

Saúde e criou o Conselho Nacional de Saúde com a função de assessorar o Ministério. (CARVALHO, 1995). No entanto, a atuação desse Conselho se manteve inexpressiva durante mais de 30 anos e apenas em 1970 ele foi reformulado, as funções e estrutura foram melhores definidas, com vistas a atender ao novo modelo médico-assistencial privativista que se implantava no país e que perdurou por mais duas décadas. Era composto de 15 conselheiros, sendo estes cinco membros natos, pertencentes aos quadros de secretarias e fundações da área da saúde; um membro indicado pelo Estado Maior das Forças Armadas e nove membros escolhidos pelo ministro entre “técnicos de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde” e integrantes das Academias Brasileiras de: Medicina, Medicina Militar, Farmácia e Administração hospitalar (CARVALHO, 1995; p. 33).

A participação de representantes da sociedade dos setores civis organizados estava limitada à elite médica comprometida com o modelo vigente.

A idéia de participação da sociedade através de representações autônomas de seus setores organizados passava longe do CNS de então. A sua representatividade “controlada” não alcançava senão uma elite médica, provavelmente comprometida com o processo de medicalização/privatização então vigente (...) a feição do CNS é, então, de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependem da indicação dos detentores do Poder Executivo (Carvalho op. Cit p. 35).

O perfil técnico administrativo do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nas duas décadas seguintes é enfatizado através de decretos e portarias. Nos anos de 1977 e 1978 foram aprovadas alterações na estrutura técnica e administrativa do CNS, visando adequá-lo a condição de órgão consultivo com funções normativas. Para tanto foi estabelecida uma mudança na composição do CNS que passou a ter vinte e três membros, sendo estes os presidentes das seis Câmaras Técnicas, que eram escolhidos pelo Ministro; representantes dos Ministérios: da Saúde, do Trabalho, da Educação e Cultura, do Interior, da Previdência e Assistência Social e da

Agricultura, indicados pelos Ministros das respectivas pastas; seis membros de instituições ligadas a Saúde e a Segurança Nacional e cinco técnicos com notório saber e experiência nos assuntos ligados a saúde, escolhidos pelo Ministro da Saúde. Portanto, com exceção dos representantes dos demais Ministérios todos os demais conselheiros pertenciam a cargos de confiança do Ministro da Saúde e escolhidos por ele.

Este Conselho se manteve inexpressivo por mais de duas décadas (1970 a 1980) e a margem das efervescências políticas do movimento sanitário que propunha mudanças radicais no modelo político-institucional vigente. Portanto, quando o novo CNS foi criado em agosto de 1990 o antigo estava praticamente inoperante e desativado (CARVALHO, 1995, pg. 34).

Os conselhos organizados na atual democracia brasileira se assemelham aos organizados nas democracias ocidentais.

“Os conselhos de cidadãos passaram a ser alternativa de estímulo a mecanismos participativos em governos ocidentais capitalistas que saíram de longo período de ditaduras para regimes social-democratas (...) a questão central não é a integração social dos indivíduos, mas a participação dos mesmos nos processos de gestão da cidade. O grau de envolvimento e de participação efetiva varia segundo a força social da organização que cada grupo expressa”. (GOHN, 1990, p. 75).

A origem dos conselhos atuais pode ser creditada as “*primeiras interlocuções dos movimentos populares com o Estado*”, na década de 1970, quando o governo militar diante de uma crise de legitimidade e fortemente pressionado pelos movimentos sociais é forçado a absorver algumas reivindicações populares, e reconhecer o movimento popular como interlocutor, motivando a organização dos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo.

Segundo Correa (2005) estas primeiras experiências de participação social na gestão de políticas públicas vão servir de referência para que o movimento sanitário reivindique a participação social como mecanismo de controle social da política de saúde.

Para Cortes (1996) a origem de criação de novas formas de participação dos cidadãos no processo político pode ter sido impulsionada por três fatores. Primeiramente em virtude da

desilusão com as instituições políticas ocorrida em várias democracias liberais ocidentais desde o final dos anos sessenta; em segundo lugar ao aparecimento e crescimento dos novos movimentos sociais e em terceiro lugar a crise econômica mundial ocorrida na segunda metade da década de setenta (Séc. XX) que provocou o declínio na arrecadação dos governos levando-os a promover reformas com o objetivo de racionalizar as estruturas burocráticas, o que em muitos casos, implicou na criação de mecanismos participatórios os quais poderiam ao mesmo tempo, exercer pressão e servir como fiscalizadores sobre uma burocracia resistente a mudanças.

Carvalho (1995) no seu livro *Conselhos de Saúde no Brasil* estabelece uma diferença entre participação comunitária, participação popular e participação social, situando estes conceitos dentro de um contexto político no Brasil.

Segundo este autor a **participação comunitária** insere-se na perspectiva de cooptação dos segmentos sociais mais excluídos para apoiar as políticas públicas. Essa idéia coaduna-se com a proposta de Desenvolvimento de Comunidade, desencadeada na década de 50 (Séc. XX), por organismos americanos “beneficentes” que visavam seduzir os países subdesenvolvidos na defesa dos interesses americanos, no contexto da guerra fria.

A **participação popular** caracteriza-se pelo desencanto com a participação comunitária. Dentro dessa perspectiva a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, definida como segmento social excluído e marginalizado, sem o acesso a bens e serviços. O que significava em termos políticos a oposição radical ao poder constituído, seguindo como orientação à articulação de todas as forças contrárias a este poder, inclusive no interior das instituições. “*O Estado era então compreendido, em sentido restrito, pouco mais que um comitê de negócios da burguesia e identificado com a função de manter o status quo*” (CARVALHO, 1995, p. 22)

A **participação social**, ainda segundo este autor, é própria do contexto democrático

implantado no país a partir da Constituição de 1988 que estabelece novos parâmetros na relação estado-sociedade. O Estado, dentro dessa nova concepção, deixa de ser visto apenas como um guardião dos interesses da classe privilegiada. As instituições passam a ser percebidas como espaços contraditórios de luta aonde coexistem interesses passíveis de pactuação. Portanto,

A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (povo marginalizado) e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesse e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995, p. 25)

É essa concepção de participação que norteia a organização dos Conselhos de Saúde na democracia moderna brasileira e que se assemelha aos conselhos organizados em outros países ocidentais de regime democrático que implantaram uma democracia participante: *“o sistema é uma combinação da democracia direta com princípios de representação por intermédios de delegados”*, este tipo de democracia tem sido o fundamento ideológico que motiva grandes segmentos populacionais a se unirem e formarem associações, movimentos sociais para exercerem pressão na defesa de interesses coletivos. (GOHN, 1997, p. 74).

A VIII Conferência Nacional de Saúde que contou com uma ampla participação de setores organizados da sociedade civil e representou um marco no fortalecimento da proposta do SUS, legitimou a proposta de participação social como forma de controle social²⁰ do sistema. Um dos eixos temáticos da Conferência foi à participação social no SUS.

A Constituição Federal de 1988, considerada uma Constituição cidadã, criou e restabeleceu vários canais de participação popular, como o referendo, a iniciativa popular, o plebiscito, os conselhos em diversas áreas, ou seja, espaços para a participação representativa da

²⁰ No início do século XX o termo controle social foi utilizado na saúde, com o significado de controle da sociedade pelo Estado, através das medidas sanitárias, portanto, com um significado inverso daquele utilizado hoje no SUS. Esta postura do Estado era própria do modelo de assistência a saúde baseado no “sanitarismo campanhista” (Mendes, 1996) vigente no país até a década de sessenta (Séc. XX) onde as intervenções na saúde pública se davam através de campanhas sanitárias que tinham como objetivo adequar a sociedade às exigências do mercado econômico, baseado na exportação de produtos agrícola, especialmente o café.

sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas. Gohn (2003) ressalta que neste contexto a sociedade é percebida como uma aliada na participação cidadã, e a comunidade é vista como:

Sujeito ativo, e não como coadjuvante de programas definidos de cima para baixo. A participação passa a ser concebida como uma intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública. Para que venha a ocorrer a participação cidadã, os sujeitos de uma localidade/comunidade precisam estar organizados/ mobilizados de uma forma que ideários múltiplos fragmentados possam ser articulados (pg. 19).

Na área da saúde a Constituição Federal definiu na seção II, artigo 198, que o SUS deveria ser organizado contemplando a "*participação da comunidade*". A Lei 8.142/90 regulamentou esta participação, definindo que ela deveria se dá através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais e os conselhos de saúde em cada esfera de governo federal, estadual e municipal, como instâncias colegiadas participantes da gestão do sistema. A mesma lei, no artigo 1º, parágrafo 2º, define o conselho de saúde como:

Órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação dos vários segmentos sociais que devem ser realizadas em todas as esferas de governo, a cada quatro anos "*para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde*" e convocadas pelo poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 1º). As resoluções das Conferências devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Na Lei 8.142 é, ainda, atribuído *status* público ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), por meio da representação no conselho nacional de saúde, e define-se o caráter paritário destes conselhos. Em 1992 foi aprovada a Resolução número 033 do Conselho Nacional de Saúde detalhando a composição, estruturação e função do Conselho de Saúde em forma de recomendações para os Municípios e Estados. Em 1993 o Ministério da Saúde divulgou um documento cujo título era: “ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” que reforçou o poder deliberativo dos Conselhos. Este documento após uma ampla discussão foi transformado na Norma Operacional Básica SUS/93, que regulamentou o processo de descentralização²¹ do sistema de saúde, as formas de financiamento dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e definiu diretrizes para os investimentos na área da saúde no Brasil.

3.2 O Controle Social na Saúde Indígena

Com a aprovação do subsistema de saúde indígena em 1999 e a exigência legal de que o modelo deveria seguir os mesmos princípios do SUS dentre eles o da participação social, os conselhos distritais e locais começaram a ser organizados em cada Distrito, assim como outras instâncias de apoio ao andamento das ações de controle social. As instâncias do controle social no âmbito da saúde indígena são, atualmente, as seguintes:

²¹ Na perspectiva da Reforma Sanitária, a descentralização é entendida como deslocamento de poder, não só do nível central para o nível local, mas, principalmente, como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com os movimentos sociais de usuários e de profissionais (FLEURY apud CORRÊA 2005, p. 89-90).

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena: que são formados apenas pelos indígenas, ou seja, composto apenas por usuários, têm caráter apenas consultivo e o objetivo destes conselhos é acompanhar e fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas nas aldeias que abrangem uma determinada área dentro do Distrito. Existem atualmente, no âmbito dos 34 Distritos Sanitários Indígenas cerca de 380 Conselhos Locais, com uma média de 20 participantes por conselho.

A outra instância são **os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)** que atendendo ao que preconiza a lei 8.142 são compostos de forma paritária por usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço, diferente dos conselhos locais possui caráter deliberativo. No Brasil foram organizados trinta e quatro (34) CONDISI's, atuando de forma permanente e realizando reuniões periódicas.

A **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI** – criada em 1990, tem a função de assessorar o Conselho Nacional de Saúde, nas questões relativas à saúde indígena. A Comissão continua ativa e é constituída por representantes indígenas, de Universidades, da Associação Brasileira de antropólogos, da FUNASA e da FUNAI.

O **Comitê Consultivo da Política de Atenção à saúde dos Povos Indígenas** criado em 20 de janeiro de 2004, com a finalidade de assessorar a FUNASA nas definições acerca da execução da política de saúde indígena. É formado por representantes do Ministério da Saúde, da FUNASA, dos DSEI, do CONASSEMS, do CONASSS, da CISI, de ONG's e de representantes dos presidentes de Conselhos Distritais. Este Comitê é coordenado pelo Presidente da FUNASA a quem compete a convocação das reuniões.

Fórum dos Presidentes dos CONDISI – Foi criado como resultado da primeira reunião dos Presidentes dos CONDISI's, realizada em abril de 2003, em Curitiba e que tinha como

proposta fomentar a articulação entre os conselhos. A reunião deste fórum ocorre trimestralmente, antecedendo a reunião do Comitê Consultivo da Política de Atenção a Saúde Indígena. Existe uma coordenação composta por: coordenador geral, coordenador adjunto, secretário e secretário adjunto.

3.3 O Controle Social no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus

A partir da implantação do Distrito, teve início de imediato a formação do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais. Os servidores da FUNASA e colaboradores das instituições envolvidas com a implantação do Distrito a nível local se deslocaram até as áreas indígenas e organizaram reuniões, em cada Pólo Base, que trataram da implantação destes Pólos e da formação dos conselhos locais, foi um processo bastante participativo, embora os indígenas à época tivessem muitas dúvidas sobre o modelo que estava sendo implantado e sobre o papel dos conselhos, tendo em vista, que essas estruturas não faziam parte da forma tradicional de organização política desses grupos.

A implantação destes conselhos gerou enormes expectativas acerca da real possibilidade de que esses fóruns tivessem a capacidade de influir sobre a gestão pública das ações de saúde voltadas a essa população, com o objetivo de banir as práticas curativas, pontuais e de baixa resolutividade que caracterizaram historicamente a ação do estado em relação às políticas de saúde indígena e ainda possibilitar um acesso menos injusto a esses serviços. Havia, portanto, uma grande mobilização das organizações indígenas e suas lideranças na formatação e composição desses conselhos, embora não houvesse muita clareza sobre o papel dos conselheiros, suas atribuições, e os aspectos legais da Política de saúde indígena em vigor.

Na área de abrangência do DSEI/MAO são muitas as organizações indígenas que atuam

nesta região: a COIAM – Confederação das Organizações Indígena do Amazonas; OPITTAMP – Organização dos Povos Indígenas Torá, Tenharim, Apurinã, Mura, Parintintin e Pirahã; OIMB – Organização Indígena Mura; UPIMS – União dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawé, etc., a COIAB que atua como articuladora dessas organizações que estiveram envolvidas no processo de organização e consolidação do DSEI/MAO e conseqüentemente do conselho distrital e dos conselhos locais de saúde.

3.4 Os Conselhos Locais do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus - DSEI/MAO

Os conselhos locais do DSEI/MAO estão organizados por municípios de referência, portanto, atualmente o Distrito possui dez (10) Conselhos Locais:

Conforme assinalado no quadro abaixo, os Conselhos Locais de Berurí, Autazes, Nova Olinda do Norte e Manicoré agrupam mais de um Pólo base e representantes das localidades que não são Pólo como é o caso do Careiro da Várzea e de Anamá.

As reuniões dos conselhos locais ocorrem geralmente nas aldeias e eventualmente na sede dos municípios de referência dos Pólos base. Participam destas reuniões a equipe de saúde local, representantes da COIAB e da FUNASA, os conselheiros e outros membros das comunidades indígenas, tais como: professores, tuxauas e lideranças indígenas locais. Quando as reuniões são realizadas nas aldeias esta participação mais ampla da comunidade é facilitada, quando ela ocorre na sede do município ela é mais restrita tendo em vista os custos com o deslocamento e a dificuldade dos indígenas em deixarem suas atividades na aldeia e seguirem para o município.

O quadro abaixo apresenta a organização dos conselhos locais do DSEI/MAO por Pólo base e número de conselheiros locais de cada conselho.

Figura 8. Organização dos Conselhos Locais do DSEI/MAO.

CONSELHO LOCAL (CL)	POLOS BASE (PB)	CONSELHEIROS LOCAIS (CL)
CL de Itacoatiara	PB Maquira	10
CL de Novo Airão	PB N. Sra. Da Saúde	08
CL do Careiro Castanho	PB Careiro Castanho	12
CL de Berurí	PB de Berurí & representantes das aldeias do município de Anamá.	20
CL de Autazes	PB Pantaleão PB Murutinga e representantes das aldeias do município do Careiro da Várzea	38
CL de Nova Olinda	PB Kwatá PB Laranjal	27
CL de Borba	PB Igapó Açú	16
CL de Manicoré	PB Boca do Jaurí PB Ponta Natal	26
CL de Manacapuru	PB Manacapuru	07
CL de Manaquirí	PB Manaquirí	10
TOTAL DE CL		174

Fonte: Conselho Distrital do DSEI/MAO, 2007. Pesquisa Empírica.

Os conselhos locais realizam reuniões ordinárias para avaliar as ações de saúde desenvolvidas na área de abrangência do Conselho, naquele período e propor ações para melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Estas reuniões são realizadas antes da reunião do conselho distrital. Quando existe a necessidade de discutir questões urgentes a nível local são organizadas reuniões extraordinárias.

Os conselhos locais não possuem Regimento Interno, mas funcionam dentro da mesma lógica do Conselho Distrital. Cada aldeia possui um conselheiro e um vice-conselheiro eleito

pelos “*parentes*”²² que moram na aldeia. Os conselheiros locais elegem, por votação, o presidente do conselho e suplente, responsáveis pela convocação e coordenação das reuniões, o conselheiro distrital e o suplente daquele Pólo base.

No início da implantação dos conselhos locais as reuniões eram convocadas e organizadas pela Coordenadora da Equipe de Saúde do Pólo, cargo geralmente assumido pela enfermeira. Posteriormente o presidente do conselho local foi assumindo a tarefa de organizar e coordenar as reuniões locais com o apoio da equipe de saúde local.

As reuniões duram em torno de dois a três dias e mobilizam grande parte dos moradores da aldeia escolhida para realização. A dinâmica obedece a uma seqüência. Inicialmente, na manhã do primeiro dia, são feitas as apresentações de todos os participantes e prestados os informes gerais de interesse do Pólo base, incluindo aí os informes do conselheiro distrital e dos representantes dos prestadores de serviço presentes. Na seqüência, os conselheiros de cada aldeia fazem um relato, geralmente extenso, de toda a situação de saúde da aldeia, do trabalho das equipes, das dificuldades, incluindo neste relato os problemas de escola, de invasões, demonstrando uma visão bastante holística da saúde, coisa que não é muito comum entre os não indígenas, embora a nova Constituição Federal e a legislação do SUS tenham uma definição bastante ampla de saúde.

No decorrer das apresentações são feitas algumas intervenções e discussões de pontos relevantes e/ou polêmicos. Não existe por parte dos indígenas a preocupação com o controle do tempo de suas falas o que muitas vezes incomoda os não indígenas presentes. Os indígenas costumam demonstrar irritação quando são alertados que precisam concluir as intervenções e argumentam que as reuniões demoram acontecer e quando ocorrem eles não tem o devido tempo

²² Termo que os indígenas do DSEI/MAO utilizam para se referir o outro indígena, independente de laço consanguíneo e de etnia.

para expor os seus problemas. As votações só são feitas quando os assuntos são exaustivamente discutidos. É comum nestas reuniões utilizarem o período da noite para fecharem alguns debates polêmicos.

Concluída as apresentações a equipe de saúde local faz uma prestação de contas das ações desenvolvidas no período e do recurso gasto. Em algumas reuniões que participamos os conselheiros exigiram da coordenadora da equipe uma prestação de contas detalhada e apresentação de recibos. Os indígenas demonstram muita desconfiança em relação aos não indígenas na administração dos recursos e equipamentos do Pólo base.

O conselheiro distrital costuma anotar, minuciosamente, todas as reclamações e reivindicações dos conselheiros para apresentação no Conselho Distrital.

Os conselheiros entrevistados foram unânimes em avaliar que a implantação dos conselhos locais representa um avanço para o controle social do Distrito, tendo em vista que a reunião destes conselhos possibilita a participação das lideranças indígenas das aldeias, a discussão dos problemas locais e, principalmente, o encontro de indígenas de aldeias diferentes, o que acaba fortalecendo as organizações indígenas de base. Observou-se nestas reuniões que os conselheiros se pronunciam mais, falam mais de seus problemas, ficam menos inibidos. Na análise de Lopes e Almeida isso ocorre porque,

Nas reuniões dos Conselhos Locais os usuários ficam mais a vontade para discutir seus problemas, uma vez que o espaço e as pessoas já lhes são conhecidas e os assuntos tratados geralmente são relacionados às ações e serviços locais e às necessidades da comunidade, dispensando grande aparato técnico para as discussões. (2001, p. 57).

As reuniões dos conselhos locais têm propiciado o encontro entre as diversas aldeias de uma localidade que antes não tinham como ser viabilizados. Os indígenas presentes nestas reuniões além de discutirem os problemas de saúde, utilizam estes espaços para estabelecerem laços de amizade, através dos momentos de lazer e descontração que desfrutam no período das

reuniões. Isso tem fortalecido a atuação dos conselhos e a organização social e política dos indígenas. Na entrevista realizada com o presidente do conselho local de Borba foi ressaltado este elemento positivo dos conselhos:

“As reuniões do conselho são boas porque a gente se reúne com todas as aldeias para discutir nossos problemas de saúde e aproveita para discutir também outros problemas que nos prejudicam como a invasão das nossas terras pelos pescadores e madeireiros. Nós ficamos dois dias, três dias, reunidos em uma aldeia, comendo todos juntos, tomando banho no igarapé e à noite nós conversamos, brincamos, cantamos, fazemos amizades e isso é muito bom para nós que precisamos ficar unidos para lutarmos pela saúde” (G. S. representante indígenas).

O Distrito disponibiliza recursos para realização destas reuniões, mas que não são suficientes para arcar com todas as despesas, principalmente de alimentação o que tem levado os conselheiros distritais a proporem uma contrapartida por parte da comunidade. Alguns conselheiros não concordam porque argumentam que a FUNASA deve ser responsável pelo custo das reuniões, mas em algumas localidades as reuniões já vêm sendo realizadas com essa participação das aldeias, que contribuem com gêneros alimentícios: farinha, peixes, caças, etc.

3.5 O Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus – CONDISI/MAO

O Conselho Distrital de Saúde indígena de Manaus foi organizado em 2000, sendo composto por representantes dos usuários, prestadores de serviço e profissionais de saúde. A primeira reunião do Conselho foi realizada nos dias 07 e 08 de fevereiro de 2000 na sede da Fundação Nacional de Saúde em Manaus, no bairro da Glória e já contou com a participação de representantes indígenas dos Pólos base. Consta na Ata da referida reunião que foram convidadas

as seguintes instituições: Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Fundação Nacional do Índio - FUNAI, Conselho Indigenista Missionário - CIMI (Manicoré), Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Médicos Sem Fronteiras - MSF, Arquidiocese de Manaus, Ministério da Defesa, Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas – SUSAM, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e International Service - UNAIS²³. Dentre as instituições convidadas deveriam ser escolhidas as que teriam acento no CONDISI/MAO.

Nesta primeira reunião a pauta foi à composição do Conselho, a apresentação dos itens do convênio estabelecido entre a FUNASA e a COIAB e a identificação das prioridades em termos de equipamentos para os Pólos base. Foi deliberado ainda nesta reunião que seriam realizadas anualmente quatro reuniões do Conselho Distrital e, caso houvesse necessidade, seriam realizadas reuniões extraordinárias. Em relação à representação dos usuários, foram apresentadas duas propostas: uma de representação por etnia e a outra por Pólo Base, sendo a segunda proposta aprovada pelos conselheiros. (Ata da reunião do CONDISI/MAO de 07 e 08 de fevereiro de 2000).

Embora a representação dos usuários não seja composta por membros de organizações indígenas e sim por representantes dos Pólos base,, estas organizações estiveram intensamente envolvidas em todo o processo de organização e consolidação do DSEI/MAO e conseqüentemente do conselho distrital e dos conselhos locais de saúde. Quando a participação não seu de forma direta ela ocorreu através da articulação feita pela COIAB.

²³ O Serviço Internacional - IS, conhecido também como UNAIS, é uma organização não governamental britânica que apóia projetos na América Latina, África e Oriente Médio, através de parceiros - profissionais internacionais, experientes e qualificados.

“Em Autazes os membros das organizações de base, em todas as reuniões eles estão participando. Sempre se negocia no conselho e partir do momento que não é mais possível negociar, o próprio conselho tem a ajuda dessas organizações para ta fazendo o movimento de pressão, de ocupação para tentar resolver a situação das demandas. O que pede numa conversa e não é aceito é resolvido dessa outra forma. Eu participei das duas invasões da FUNASA, por causa de atraso do recurso, faltaram recursos humanos. E a invasão resolveu. Na primeira invasão quando o dinheiro atrasou três meses, se ocupou num dia e no outro dia foi resolvido” (J. O. P. (Mura), representante dos AIS).

O Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus, atendendo ao que preconiza a lei 8.142/1990, é composto de forma paritária, sendo 50% de representantes dos usuários e 50% dos representantes dos gestores/prestadores de serviços e profissionais de saúde, apresentando a seguinte constituição:

- I – Organizações governamentais
- II – Organizações não governamentais;
- III – Trabalhadores de saúde
- IV – Usuários

Os representantes dos usuários são escolhidos entre os conselheiros locais na reunião ordinária destes Conselhos e deverão obrigatoriamente morar na área de abrangência do Pólo base. Os representantes dos gestores e prestadores de serviços são indicados por suas instituições através de ofício enviado ao Conselho Distrital. O representante dos profissionais de saúde e dos AIS é escolhido entre eles. Em relação aos mandatos dos conselheiros o Regimento define que

será de dois anos, podendo ser concluído por outro representante ou se estender por mais de um exercício. A nomeação dos conselheiros distritais é feita pelo presidente da FUNASA.

O Conselho Distrital iniciou suas atividades sem Regimento Interno. Na segunda reunião, realizada em maio de 2000, foi apresentada pelos conselheiros dos Pólos base dos municípios de Manicoré e Autazes proposta de regimento interno, que foram lidas e analisadas pelos conselheiros presentes. Nesta reunião foi sugerida e aprovada à formação de uma comissão composta por usuários, organizações indígenas e não indígenas para elaboração de um esboço do regimento para ser aprovado na reunião seguinte. A FUNASA também apresentou um modelo de Regimento para servir de base para a confecção do regimento do CONDISI/MAO. A Comissão trouxe para a III reunião uma proposta de Regimento Interno que foi discutida pelos conselheiros, mas não foi aprovado nesta reunião.

O Regimento Interno do CONDISI/MAO foi aprovado na V reunião do Conselho Distrital e segue o modelo formal de outros regimentos internos de instituições e organizações e é composto de: Disposições Preliminares, de cinco capítulos que tratam do objetivo do Regimento, da definição do Conselho, das atribuições e competências, da composição, das indicações e substituições dos membros; da formação da Comissão Executiva e das atribuições desta Comissão e dos demais membros do Conselho e das Disposições finais que assegura que o Regimento só poderá ser alterado pela vontade expressa de um dos membros do conselho que deverá ser aprovada por dois terço dos membros. (CONDISI/MAO de 27 e 29/11/2000).

O Regimento Interno definiu treze atribuições para o CONDISE/MAO (2000):

1. Cumprir e fazer cumprir todas as determinações estabelecidas pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, acrescida em seus dispositivos pela lei 9.836 de 23 de setembro de 1999, pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999.
2. Participar da elaboração e aprovar o Plano Distrital de Saúde;
3. Avaliar a execução das ações de saúde planejadas, propondo, quando necessário, sua reprogramação parcial ou total;

4. Apreciar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações de atenção a saúde do índio;
5. Garantir através de lei vigente e das diretrizes das Conferências de Saúde indígena o desenvolvimento e a complementaridade das ações de saúde preventivas e assistenciais, buscando a valorização de medicina tradicional indígena;
6. Acompanhar os serviços de saúde prestados no Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, definindo prioridade, fiscalizando e propondo mudanças para adequá-los as necessidades das comunidades;
7. Acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros previsto no Plano Distrital de Saúde;
8. Participar da elaboração e aprovar as propostas de encaminhamentos para o planejamento estratégico e participativo das atividades distritais;
9. Divulgar através de informativos, as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, além de outras informações relativas à saúde a nível municipal, estadual e federal;
10. Elaborar propostas e programas na área de saúde e promover trabalhos intersetoriais apoiando projeto de auto-sustentação que atendam as populações indígenas no âmbito da saúde, educação, meio ambiente, agricultura e outros de forma integrada, envolvendo as instituições correlatas;
11. Aprovar convênios e projetos de assistência e pesquisas em saúde, educação, meio ambiente, que venham a ser propostos na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus;
12. Convidar para participar de reuniões e atividades do Conselho Distrital de Saúde Indígena com direito a voz, técnicos ou representantes de instituições ou movimentos organizados da sociedade civil para tratar de assuntos relacionados à área de saúde ou de outra área de interesse do Conselho Distrital ou das comunidades indígenas;
13. Criar comissões permanentes ou transitórias para assessorar o plenário no cumprimento de suas atribuições.

Todos os entrevistados foram unânimes em admitir que o conselho não cumpriu todas as suas atribuições, algumas por dificuldades do próprio conselho e outras por limitações externas. Sendo que, em relação à divulgação das ações através de informativos; a criação de comissões permanentes; a elaboração de projetos na área da saúde e a promoção de trabalhos intersetoriais o conselho distrital não aprovou nenhum encaminhamento.

O CONDISE/MAO, atualmente é composto por vinte e oito (28) membros, tendo em vista, a inclusão dos representantes de Pólos base e de localidades que passaram a fazer parte da estrutura do DSEI/MAO. Os conselheiros distritais aprovaram a inserção destes representantes no conselho. É o caso, por exemplo, de Anamã e Rio Preto da Eva, ligados aos pólos de Beruri e Maquira (Itacoatiara), respectivamente.

O quadro abaixo apresenta a composição do CONDISI/MAO, com a relação dos representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde, dos Profissionais de Saúde e dos Usuários.

Figura 9. Quadro demonstrativo da composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus (CONDISI/MAO, 2005).

COMPOSIÇÃO DO CONDISI/MAO

REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
1. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA	Titular: Alcimar Pinheiro Suplente: Edileuda
2. Fundação Nacional do Índio – FUNAI	Titular: José Melo Suplente: ²⁴
3. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ	Titular: Kátia M. da Silva Lima Suplente: Luciete Almeida
4. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/MANAUS.	Titular: Ana Lúcia Salazar Suplente: Élon Sabino de Paula
5. Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM	Titular: Celina Cadena da Silva Baré Suplente: José Rodrigues
6. Fundação Estadual de Política Indígena – FEPI.	Titular: Amarildo Machado Suplente:
7. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.	Titular: Valdino Duarte Alecrim Suplente: Roseane Couto Batista
8. COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira.	Titular: Jecinaldo Barbosa Cabral (SATERÉ MAWÉ) Suplente; Genival oliveira dos santos (MAIURUNA)
9. ICRASIM - Instituto Centro de Referência e Apoio à Saúde Indígena de Manaus.	Titular: Jacimar Gouvêa (KAMBEBA) Suplente: Lorena Marinho (TARIANO)
10. Conselho Indigenista Missionário - CIMI	Titular: Aderbal Cesário da S. Neto Suplente:
11. INDASPI – Instituto de Desenvolvimento de Atividades de Auto-Sustentação das Populações Indígenas.	Titular: Margareth Machado Suplente:
12. Associação Saúde Sem Fronteiras	Titular: Celso Souza Suplente:
REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
13. Representante dos Profissionais de Saúde	Titular: Raldson F. de Souza Suplente:
14. Agente Indígena de Saúde – AIS	Titular: Josenildo O. Pereira (MURA)

²⁴ Algumas Instituições, organizações e localidades que fazem parte do CONDISE/MAO não indicaram o suplente, por isto não estão indicados neste quadro.

	Suplente: José Ricardo (TORÁ)
REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS	
15. Pólo base Igapó-Açu	Titular: Germilson Dias Chaves (MURA) Suplente: Antônio Genésio da Silva (MURA)
16. Pólo base Ponta Natal	Titular: Valcinei de Oliveira (MURA) Suplente: Cecília Euthália Prado Pinto (MUNDURUKU)
17. Pólo Base Pantaleão	Titular: Nevaldina Santana Lira (MURA) Suplente: Manoel Garcia dos Santos (MURA)
18. Pólo base Murutinga	Titular: Antonio Batista Mota (MURA) Suplente: Alci Santos de Souza (MURA)
19. Pólo base Nossa Senhora da Saúde	Titular: Valdemir da Silva (TIKUNA) Suplente:
20. Pólo Base Maquirá	Titular: Edson Santana Pinheiro (MURA) Suplente: Márcio André N. de Lima (MURA)
21. Pólo base Beruri - apurinã	Titular: Osmar da Cruz Rocha (TIKUNA) Suplente:
22. Pólo base Kwatá	Titular: Raimundo C. Munduruku (MUNDURUKU) Suplente: Emiliano Lopes Barros (MUNDURUKU)
23. Pólo base Laranjal	Titular: Mário Pereira Batista (SATERÉ MAWÉ) Suplente: Levi Paes de Oliveira (MUNDURUKU)
24. Pólo base Boca do Jaurí	Titular: Roberto Teixeira Reis (MURA) Suplente: Izete do N. Ferreira (MURA)
25. Pólo Careiro Castanho	Titular: Enoque Martins Carvalho (TIKUNA) Suplente: Nelson Vieira da Silva (MURA)
26. Pólo base Manacapuru	Titular: João da Silva Freitas (SATERÉ MAWÉ) Suplente:
27. Pólo base Manaquiri	Titular: Célia Maria M. Carvalho (MUNDURUKU) Suplente: Zacarias Gomes de Lima (MUNDURUKU)
28. Localidade de Anamã	Titular: Evilázio M. Ramos (KATUKINA) Suplente:

Fonte: CONDISE/MAO, 2006. Pesquisa empírica.

A composição do conselho distrital favorece uma participação indígena, considerando que os representantes da COIAB, FEPI, ICRASIM, Conselho Estadual²⁵ e o representante dos AIS,

²⁵ O Conselho Estadual do Amazonas indicou para representante no CONDISE uma indígena que ocupava a vaga dos índios do Amazonas neste Conselho.

do segmento de prestador de serviço e profissional de saúde, respectivamente, são indígenas. Nem todas as etnias encontradas no DSEI/MAO estão representadas no conselho Distrital, prevalecendo um número maior de representantes da etnia MURA, que representa mais da metade da população indígena do Distrito e que, portanto, exerce uma forte influência política nesta região.

No período de 2000 a 2005 foram realizadas vinte duas reuniões ordinárias, sendo que: foram realizadas cinco (05) reuniões em 2000; quatro (04) reuniões em 2001; duas (02) em 2002; três (03) em 2003, quatro (04) em 2004 e quatro (04) em 2005. Foram realizadas neste período duas reuniões extraordinárias cujas atas estão sem datas. As reuniões do Conselho Distrital são realizadas após a realização das reuniões dos conselhos locais.

A Presidência do Conselho foi inicialmente assumida pela chefia do DSEI/MAO. O Regimento Interno do CONDISI/MAO definiu a necessidade de formação de uma Comissão Executiva que deveria ser composta pelo Presidente, Vice-presidente, 1º e 2º Secretários e pelos Coordenadores das Comissões permanentes que fossem instituídas (Art. 18): A Comissão, segundo o Regimento deveria:

“(...) colaborar com a presidência no encaminhamento das questões administrativas e legais de competência do Conselho; manter sistematicamente contatos com o Distrito Sanitário Indígena buscando inteirasse das ações do Plano Distrital de Saúde, contribuindo para sua implementação; subsidiar com informações as decisões do conselho; organizar as atividades afins do Conselho Distrital de Saúde Indígena por meio da sistematização de informações visando o bom andamento dos trabalhos e agilização do Conselho” (Cap. VI, Art. 19º)

Na sétima reunião do Conselho, realizada nos dias 28 e 29/06/2001, foi feita a eleição para a Comissão Executiva, duas chapas se candidataram, a chapa nº. 01 foi à vencedora com nove votos a favor e cinco contra, sendo eleitos os seguintes membros: Presidente: Nevaldina Santana Lira (etnia Mura, conselheira do pólo base do Murutinga); Vice-presidente: Aderbal Cesário da Silva Neto (não indígena, representante do CIMI); 1º Secretário: Ezaú André

(indígena, etnia MURA) e 2ª Secretária: Maria Souza (CIMI) que tomaram posse nesta mesma reunião. (ATA DA SÉTIMA REUNIÃO).

O Regime Interno do CONDISI/MAO, no capítulo VI, define como atribuições do Presidente:

- I. Convocar reuniões do Conselho com propostas de pauta definida dando ciência aos membros;
- II. Organizar a ordem do dia das reuniões
- III. Abrir, prorrogar, encerrar e suspender as reuniões do Conselho;
- IV. Determinar a verificação da presença;
- V. Determinar as leituras das atas e das comunicações que entender conveniente;
- VI. Assinar a ata, uma vez aprovada, juntamente com os demais membros do conselho;
- VII. Conceder a palavra aos membros do Conselho, não permitindo divulgação ou debate estranho ao assunto;
- VIII. Colocar as matérias em discussão e votação;
- IX. Anunciar o resultado das votações, decidindo-as em caso de empate;
- X. Proclamar as decisões tomadas em cada reunião;
- XI. Decidir sobre as questões de ordem ou submetê-las as considerações dos membros do conselho quanto ao regimento;
- XII. Propor normas para o bom andamento dos trabalhos do Conselho;
- XIII. Mandar anotar os precedentes regimentais para a solução de casos análogos;
- XIV. Designar relatores para o estudo preliminar dos assuntos a serem discutidos nas reuniões;
- XV. Assinar os livros destinados aos serviços do Conselho e seus expedientes;
- XVI. Determinar o destino do expediente lido nas sessões;
- XVII. Representar o nome do Conselho, perante as autoridades com as quais o órgão pode ter relações, delegar poderes aos seus membros para que faça sua representação;
- XVIII. Conhecer e cobrar as justificativas de ausência dos Membros do Conselho;
- XIX. Promover a execução dos serviços administrativos do Conselho;

Esta Comissão atuou em condições precárias, O CONDISE/AM até 2005 não tinha uma sala própria. A Comissão Executiva não atuou de forma conjunta sobrecarregando a Presidente. A Secretaria funcionou de forma itinerante, os documentos e as atas ficavam sob a guarda da Presidente. Atualmente, o Conselho Distrital dispõe de uma sala cedida pela FUNASA, com computador e telefone.

A ex-presidente do conselho na sua entrevista ressaltou estas dificuldades, afirmando que:

“Na época, no início nós não tínhamos assim muita noção como presidente, do que era mesmo o papel do presidente, mais aí com a ajuda de várias pessoas que já estavam também no conselho, que tinham conhecimentos e foram me ajudando, fui melhorando a minha

atuação. As dificuldades eram assim, a elaboração das atas que eu não sabia muito como fazer e aí fui pedindo ajuda e para encaminhar documentos também que é função do presidente (...) Nós também sentimos muita dificuldade porque nós não tínhamos espaço para trabalhar, para guardar documentos, para digitar e essa foi a maior dificuldade que eu tive na minha época de presidente, foi a falta de estrutura pro próprio conselho, pra tá elaborando documentos, encaminhando, guardando. Os documentos ficavam nas pastas comigo, a secretaria do conselho era ambulante” (N. L. ex-presidente do CONDISI/AM).

Esta Comissão Executiva ficou a frente do Conselho no período de dois anos e conduziu uma das crises mais graves do convênio entre a COIAB e a FUNASA, que trataremos de forma mais específica em outro item deste capítulo.

O Regimento Interno não passou por nenhuma alteração, embora, a composição do Conselho tenha sido alterada para incluir a representação de conselheiros, representantes indígenas, de novos pólos bases, a substituição e inclusão de organizações governamentais tendo em vista atender o critério da paridade. Portanto, estas alterações não constam da redação do Regimento Interno em vigor.

O Conselho indica no Art. 15 a necessidade de “*Criar Comissões permanentes ou transitórias para assessorar o plenário no cumprimento de suas atribuições*”. Apenas Comissões transitórias foram criadas, o Conselho não conseguiu neste período formar comissões permanentes, o que tem dificultado algumas discussões e deliberações da plenária que em algumas discussões polêmicas tem reclamado a falta de maiores esclarecimentos sobre o tema em questão, o que poderia ser suprido com a atuação das Comissões que podem, conforme o parágrafo 2º do Art. 15, convidar entidades e técnicos para colaborarem com os estudos ou

participarem destas Comissões.

Outra questão verificada em relação ao cumprimento do Regimento é em relação ao mandato dos conselheiros. O Art. 17 dispõe que *“o exercício dos mandatos dos Conselheiros será de dois anos, podendo ser concluído por outro representante ou se estender por mais de um exercício, sempre em conformidade com a data de exercício dos Conselheiros Distritais”*. No entanto, nestes sete anos, não se procedeu ao encerramento de uma gestão do conselho para eleição de outra, ou seja, a substituição dos representantes ao final do mandato de dois anos ou quatro anos em caso de renovação. As substituições ocorreram por iniciativa e interesse dos conselheiros, sendo que existem representantes indígenas que permanecem na função de conselheiro Distrital há sete anos.

3.6 Relações Interétnicas no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus.

Conforme já assinalamos neste trabalho os indígenas desta área de estudo possui uma longa história de contato com as outras etnias indígenas e com a população não indígena da região, sem perderem, no entanto, suas características particulares, contrariando antigos preceitos antropológicos que apontavam o isolamento como mecanismo de manutenção da identidade e cultura indígena.

A relação entre os representantes das diferentes etnias e destes com os não indígenas tem se configurado numa convivência madura com conflitos que foram sendo superados num processo dinâmico de discussões e negociações, demonstrando que os conselheiros indígenas adquiriram, neste processo de implantação do DSEI/MAO, habilidades políticas que são próprias das instituições públicas da sociedade nacional.

Nas reuniões de Conselho ocorreram foi possível observar conflitos de interesses entre os representantes indígenas de etnias diferentes e até mesmo de uma mesma etnia que demonstraram a existência de divisões internas. Isso ocorreu principalmente com os representantes da etnia Mura que em diversos problemas discutidos nas reuniões apresentaram posições distintas e que refletiam claramente a existência de grupos com interesses diferentes em relação a determinados temas. Nas deliberações rotineiras do conselho foi possível observar posicionamentos e votos diferentes entre eles. No entanto, nas questões mais polêmicas foi comum à união dos indígenas, inclusive com a realização de reuniões entre eles, para firmar um posicionamento único, isso ocorreu principalmente na escolha de cargos para o conselho, quando havia candidatos não indígenas e diversos interessados indígenas, eles reuniam e elegiam entre eles um nome de consenso que era referendado na reunião, independente da argumentação e do voto dos não indígenas.

Nos momentos de conflitos, principalmente entre indígenas e não indígenas - prestadores de serviços, gestores e trabalhadores de saúde – os representantes das diversas etnias, a tendência foi à união dos indígenas contra o posicionamento dos não indígenas. Para Garnelo, os representantes dos diversos grupos étnicos que tem assento nos conselhos indígenas de saúde utilizam-se do princípio da solidariedade (Gohn, 1997 apud Garnelo), um componente da organização interna do movimento social que nos conselhos indígenas aparece como um:

Elemento de construção de estratégias conjuntas de intervenção (...); ao partilhar uma base comum de valores, a visão tradicional do mundo e das ideologias construídas na trajetória de luta das organizações, tais líderes vêem a si próprios como membros de uma frente étnica de luta travada contra inimigos ancestrais, os “brancos”; a solidariedade aí construída minimiza as diferenças internas do movimento, favorece o estabelecimento de consensos e a aprovação das demandas indígenas nos conselhos de saúde. Tais situações demonstram a existência de dimensões subjetivas e culturalmente mediadas no processo reivindicatório do controle social(...) que não se resume a demandas técnicas em saúde. (GARNELO, 2000, p. 04).

Este “*princípio de solidariedade*” esteve muito presente nas reuniões do conselho distrital, observou-se que todas as vezes que existia uma polêmica envolvendo indígena e não indígena estes tendiam a se unirem e votarem na proposta apresentada pelo indígena. Nas disputas para os cargos de direção do conselho, envolvendo indígena e não indígena, observou-se também uma tendência na votação fechada dos conselheiros indígenas no candidato indígena, por mais que o “branco” tivesse mais perfil para o cargo e contasse com a simpatia dos indígenas.

3.6 Limites e Avanços do Controle Social no DSEI/MAO.

No início da implantação dos Distritos houve um compromisso da FUNASA de assessorar as conveniadas nos aspectos legais desses convênios. No entanto, no decorrer do processo de vigência dos convênios estabelecidos com a COIAB isso não ocorreu. A Organização Indígena não estava estruturada e não tinha experiência para lidar com as exigências legais dos convênios governamentais o que acarretou diversos problemas com a execução dos convênios e que refletiram de forma negativa no interior da própria organização.

Dois anos após a implantação do Distrito de Manaus surgiram denúncias de improbidade administrativa na execução do convênio. Foram detectados inúmeros problemas na prestação de contas (notas fiscais “frias”, rasuradas, má utilização dos recursos, etc.). A décima reunião do Conselho Distrital que teve como uma das pautas, “a verificação das despesas do convênio mediante notas fiscais”, determinou que:

(...) seria feito o estudo do plano e acompanhamento das notas fiscais para detectar se havia ou não irregularidades. Numa pré-verificação das notas foram detectadas várias irregularidades como: emissão de passagens aéreas para outras localidades que não constavam do plano distrital, notas fiscais em duplicidade revelando compras exorbitantes de materiais e gêneros alimentícios sem mesmo terem chegado aos pólos bases, como também notas com valores usados para reunião do Conselho Distrital, sem mesmo ter acontecido as referidas reuniões. Após essa pequena análise todos os conselheiros ficaram indignados com tudo que estava acontecendo com a verba do

convênio e que uma parte do dinheiro estava sendo utilizado para outros fins e eles passando tantas dificuldades para enfrentar os problemas por falta de recursos nas bases. (Ata da reunião do dia 20.05.2002).

Ao final desta reunião o CONDISI/MAO expediu um documento intitulado “DOCUMENTO FINAL DA DÉCIMA REUNIÃO DO CONSELHO DISTRITAL DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS (DSEI/Manaus)”, de manifestação às bases, ao Conselho Deliberativo da COIAB e a FUNASA, informando que depois de proceder a uma avaliação do plano de atividades do DSEI/MAO e uma criteriosa análise dos documentos contábeis relacionados à administração financeira dos convênios 587/1999/2000 e 037/2001, identificou falhas técnicas e irregularidades, envolvendo a existência de notas fiscais de serviços não relacionados com a saúde indígena; deficiências no cumprimento das metas do plano distrital, principalmente as relacionadas à construção dos postos de saúde e pólos base, compra de medicamentos, combustível, compra de motores e radiofonias.

Ao final do documento, o Conselho aprovou vinte medidas (20), abaixo relacionadas, para corrigir os problemas identificados:

- que a comissão executiva do conselho se reúna mensalmente com os responsáveis pela execução do convênio, para o acompanhamento das atividades realizadas;
- a formação de uma comissão para averiguar a não conclusão da construção de pólos e postos e a falta de aquisição de materiais e equipamentos;
- a contratação de profissionais através de um processo seletivo sério e transparente;
- o cumprimento dos processos de capacitação e avaliação dos profissionais contratados;
- a apresentação ao Conselho do quadro demonstrativo dos funcionários contratados pela COIAB, com os respectivos cargos e salários;
- a avaliação dos funcionários contratados para saúde indígena pelos conselhos locais;
- os recursos e bens relativos ao convênio sejam utilizados pela COIAB apenas nas atividades da saúde;
- os conselhos (locais e distrital) devem ser comunicados sobre o repasse das parcelas do recurso e os cortes no orçamento;
- a COIAB deverá prestar contas parciais, com o demonstrativo de gastos e saldos de cada pólo base aos conselhos locais e distrital;
- a COIAB deverá devolver para a saúde o valor utilizado dos convênios com outras despesas;
- a supervisão técnica e administrativa da FUNASA nas áreas;
- a concessão por parte da COIAB de uma sala com computador para o CONDISE/MAO;

- a garantia de transporte e alimentação para os membros da comissão executiva do conselho para realização das atividades relativas ao controle social;
- que a comissão executiva do conselho discuta o papel e atribuição de cada membro da gerencia técnica do convênio, visando otimizar os recursos humanos;
- a capacitação para que os conselheiros façam o acompanhamento da administração financeira do Distrito;
- a garantia de que os conselheiros possam fazer o acompanhamento dos recursos destinados aos serviços de saneamento;
- a garantia de recursos para que os conselheiros possam passar as bases o resultado das reuniões do conselho distrital e as informações sobre o andamento das atividades do plano distrital;
- que a COIAB cumpra fielmente com as deliberações do conselho distrital;
- os coordenadores atuais da COIAB não deverão assinar mais os cheques e que outro Coordenador juntamente com o gerente financeiro só faça o pagamento de despesas contempladas pelo plano distrital;
- a quarta e a última parcela do convênio só sejam liberadas após a aprovação pelo conselho distrital da prestação de contas da COIAB referente à terceira parcela.

Esse processo causou uma crise interna na COIAB. O Conselho Diretor da COIAB nomeou uma Comissão de Intervenção, composta por membros da Organização, para apurar as denúncias relativas à execução do convênio da saúde, que atuou durante três meses e que indicou a destituição e substituição dos Coordenadores. O antigo Coordenador Geral, da etnia Mura, foi substituído pelo indígena Jecinaldo Barbosa, da etnia sateré-Mawé, que conduziu o processo de reformas na organização e Coordenou os convênios de saúde com a FUNASA até 2005, quando o Conselho Deliberativo e Fiscal da COIAB - CONDEF – decidiu pela saída da entidade da execução das ações de saúde.

Analisando esse período em que a COIAB assumiu a execução das ações de saúde indígena, Jecinaldo Cabral, Coordenador da COIAB, faz uma reflexão interessante acerca do duplo papel que a entidade assumiu e dos problemas enfrentados:

“Quando eu cheguei encontrei a COIAB numa crise. A COIAB que é uma organização indígena de defesa dos direitos executava as ações de saúde, por uma irresponsabilidade do próprio governo de não estruturar tanto fisicamente como com recursos humanos, para se aparelhar para atender mesmo a saúde das populações indígenas. As organizações entraram nessa experiência e aí eu comecei a dizer

assim: a COIAB foi criada para defender nossos direitos e acaba fazendo agora um papel do governo por várias circunstâncias que já falei. Depois disso fiquei avaliando nós vamos ter que fazer uma mudança para reassumir nosso verdadeiro papel que é o papel de controle social. A partir daí começamos colocar em ordem a parte administrativa e a parte técnica dos programas. O grande problema da COIAB foi na área administrativa (...) porque a organização acabou não tendo muito preparo pelas limitações internas administrativa e gerencial e que depois foi superada e a COIAB continuou com a saúde mais uns três anos e depois disso foi feito um plano de transição para passar para outra organização ou para FUNASA assumir uma responsabilidade que são deles”

O Coordenador da COIAB, alguns meses depois de assumir a Coordenação da Organização e do convênio da Saúde, acabou assumindo também a presidência do Conselho o que agravou ainda mais a superposição de papéis da Organização Indígena na execução e fiscalização dos serviços. No dia 25 de junho de 2003, na XIII reunião, a presidente do Conselho colocou seu cargo a disposição, ficando estabelecido que na próxima reunião do Conselho fossem eleitos os novos membros da Comissão. A XIV reunião, por falta de recursos, aconteceu nove meses depois, nos dias 29 e 30/03/2004. Foi decidido que a eleição dos membros da Comissão seria por cargo e não por chapa, sendo eleitos como Presidente do Conselho, o indígena Jecinaldo Cabral, da etnia Sateré-Mawé; Vice-presidente, Emerson Mura; 1º Secretário, a enfermeira Maria Adriana Moreira, que atuava em Borba e como 2º Secretário, Custódio Pessoa (técnico de enfermagem), portanto, os dois secretários da Comissão não eram indígenas.

A candidatura do Coordenador da COIAB, Jecinaldo Barbosa, gerou polêmica na reunião. Alguns conselheiros, principalmente os não indígenas, não concordavam que ele assumisse as duas funções, a de Coordenador do convênio e de Presidente do Conselho, argumentavam que

isto poderia comprometer a atuação fiscalizadora do conselho, tendo em vista que na prática o presidente teria que fiscalizar suas próprias ações. No entanto, o Coordenador da COIAB se articulou com os indígenas e conseguiu se eleger, ficando a frente do conselho até maio de 2006 quando foi eleita uma nova Comissão.

Quando o Coordenador da COIAB assumiu a presidência do Conselho, a secretaria do CONDISE/MAO passou a atuar nas dependências da COIAB, mas ainda sem espaço próprio. As atividades do conselho eram desenvolvidas na mesma sala aonde funcionava a gerência do convênio. Quando a COIAB alugou uma casa, espaço exclusivo para as atividades de saúde foi reservado uma sala para o Controle Social, aonde também aconteciam outras atividades do Distrito, como as reuniões com a equipe técnica, por exemplo. Um ano depois a COIAB encerrou o convênio com a FUNASA e a sala foi desativada. Verificou-se que neste período o conselho atuou de forma mais estruturada, inclusive com o apoio de uma secretária, contratada pelo convênio para prestar apoio nas atividades burocráticas, no contato com os conselheiros e na organização das reuniões. O fato do coordenador do convênio, portanto, ordenador de despesas acumular a função de presidente do conselho, trouxe benefícios nos aspectos da infra-estrutura e do desenvolvimento das atividades do controle social, embora, em termos políticos, o acúmulo destes papéis tenha imposto ao presidente do conselho o desafio de fiscalizar a sua própria gestão.

Neste período em que a COIAB foi a conveniada o atraso dos recursos, dentre outros problemas, levaram o Movimento Indígena a organizar duas ocupações do prédio da FUNASA em Manaus, sem dinheiro em caixa para honrar compromissos com os fornecedores e o pagamento de pessoal a COIAB ficava sujeita a penalidades legais que afetavam a sua credibilidade no mercado e imputavam restrições cadastrais que a impediam de celebrar outros

convênios. Por outro lado a entidade enfrentava uma pressão dos indígenas das bases que reclamavam da precariedade dos serviços oferecidos.

A primeira invasão ocorreu em dezembro de 2004 e contou com o apoio de diversas organizações indígenas de base da região. Após o processo de negociação entre os indígenas e a FUNASA parte das reivindicações foi atendida, a principal delas era o repasse dos recursos do convenio que estava atrasado há mais de três meses causando o estrangulamento dos serviços, inclusive com a retirada dos profissionais de saúde de área, tendo em vista, o atraso dos salários e a falta de alimentação para manter as equipes em área. A segunda ocupação ocorreu em outubro de 2005 depois de quase seis meses no atraso de repasse dos recursos. Novamente a ocupação foi liderada pela COIAB que se sentindo prejudicada administrativamente e politicamente pelo atraso dos recursos decidiu radicalizar e convocar as organizações de base e as lideranças para uma nova invasão.

Este processo de desgaste político na vigência dos convênios, vivenciado pelas organizações indígenas no Brasil e pela COIAB a nível local, culminou com a decisão do Conselho Diretor da COIAB (CONDISE) de que a conveniada não celebraria mais convênios com a FUNASA para a execução das ações de saúde. Esta decisão também foi fruto de uma reflexão mais ampla do Movimento Indígena que fazendo um balanço acerca da atuação das Organizações Indígenas na execução dos serviços de saúde, concluiu que apesar de toda uma experiência adquirida durante este processo, ocorreu um desgaste destas organizações que assumiram ações que legalmente são do governo e passaram a ser cobradas e criticadas pelo próprio governo e pelos indígenas na base, ou seja, houve um acúmulo de papéis que acabou enfraquecendo o papel político das Organizações Indígenas.

Vale ressaltar que a COIAB assumiu nesse período de estudo um papel duplo, o de articulador político e o de executor das ações de saúde. A vaga da COIAB no Conselho é como

prestadora de serviço, no entanto, enquanto organização indígena também assumiu o papel de articular os indígenas para reivindicar e pressionar o governo para o repasse de recursos e ações para a melhoria da assistência à saúde.

O processo de implantação do Distrito de Manaus enfrentou e continua enfrentando uma série de dificuldades para organização dos serviços nesta área de abrangência. O controle social tem como função possibilitar a participação dos indígenas e de outros segmentos na definição das políticas a serem implantadas e ainda o monitoramento de sua execução, o que significa que os conselhos têm uma responsabilidade grande neste processo, todavia, enfrentam enormes dificuldades para exercer as suas atribuições.

A partir da análise das atas e das entrevistas realizadas com os conselheiros indígenas, identificamos as dificuldades e os avanços enfrentados pelos conselheiros para cumprirem com suas funções legais. Os conselheiros do DSEI/MAO quando questionados acerca do papel do conselho e de suas atribuições enquanto conselheiros demonstraram possuir clareza sobre estes aspectos e se expressaram nas entrevistas da seguinte forma:

“O papel do conselheiro é tá acompanhando as ações de saúde, se ta sendo desenvolvida, se tá tendo recurso, se ta tendo equipamento, se tá tendo contratação, esse é um papel fundamental do conselheiro; tá acompanhando o plano distrital, porque você faz um plano e você tem que ter um acompanhamento desse plano pra ver se as ações estão acontecendo ou não, e porque não estão acontecendo. Tá reunindo nas aldeias pra tá vendo as demandas dos conselheiros, das aldeias, as necessidades. Tudo isso é papel do conselheiro”. (J. S. representantes dos A. I. S.).

Outro conselheiro indígena entrevistado fez o seguinte relato acerca do desenvolvimento de

suas atividades:

“Como conselheiro distrital me compete reivindicar e deliberar as demandas para as comunidades de acordo com as prioridades, porque o conselheiro distrital tem a responsabilidade de indicar as prioridades mesmo e não pensar apenas na sua aldeia. Enquanto conselheiro local eu chego converso muito com o agente indígena de saúde, os profissionais, amenizando os problemas das aldeias, cobrando dos AIS. Logo no começo foi difícil, em 2000 tinha gente que não queria tomar vacina que não queria saber da equipe de saúde e tinha muitas dificuldades mesmo. Enquanto conselheiro distrital, tenho cobrado muito dos conselheiros locais da minha área, cobro relatórios, houve uma mudança muito grande agora já temos a organização das atas, a elaboração de convites, tudo bacana, cada reunião é feita numa aldeia diferente com contrapartida, nunca faltou comida.”(G. S. Indígena, representante do segmento dos usuários).

Quando os conselheiros entrevistados relataram como desenvolvem suas ações todos descreveram com muita firmeza como devem desempenhar suas funções acerca das suas atribuições e das atividades que devem desenvolver, principalmente no retorno as suas aldeias. E apesar das dificuldades enfrentadas é possível auferir que os conselheiros indígenas têm cumprido com estas atribuições, principalmente no que tange o repasse das informações e deliberações para as bases.

Os estudos sobre Conselhos de Saúde não indígenas (Corrêa, 2002; Labra, 2005) identificam como entrave para o êxito destes conselhos a falta de contato dos conselheiros com as organizações que representam. O próprio Ministério da Saúde (2002 apud Labra, 2005, p. 371) ressalta que existe uma “*falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente*

desarticulados das bases, (grifo nosso) instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns”.

Analisando a atuação dos conselheiros indígenas encontramos uma situação oposta onde estes estabelecem uma constante conexão com suas bases. A forma tradicional de organização política dos indígenas facilita esta prática, tendo em vista que conforme assinala Ramos (1986, p.71),

Ao contrário do que ocorre em sociedades industriais, às sociedades indígenas não são objeto de escrutínio ou de decisões das quais eles não participam. (...) as decisões são sempre tomadas a partir das bases e nunca de cima para baixo, como acontece freqüentemente em organizações estatais unificadoras.

O Contato com as bases ficou evidenciado nas entrevistas. Quando foi perguntado como desenvolvia sua ação a nível local um dos conselheiros distrital fez o seguinte relato:

“Eu repasso as informações de aldeia em aldeia para que o pessoal não tenha que se deslocar (...) passo dois dias, três dias, mas é melhor que ter de deslocar as pessoas da aldeia pra reunião que aí vai ter o problema da alimentação. Nos temos uma reunião ordinária de todo o último sábado de cada mês na “Taboca 1”, na Taboca 2”, que tem uma faixa de 32 famílias nós fazemos no segundo sábado. Essas reuniões são para discutir questões gerais da aldeia e aí eu aproveito para repassar as informações sobre saúde”. (R. M. conselheiro distrital, representante dos usuários).

Verificou-se que os conselheiros empreendem um esforço pessoal para desenvolverem as atividades inerentes as funções de conselheiro, realizam deslocamentos até as aldeias e aproveitam as reuniões e encontros tradicionais para discutir as questões da saúde. Existe, portanto, uma preocupação dos conselheiros em repassar as informações para as bases.

As reuniões do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais são programadas no Plano Distrital para serem realizadas trimestralmente, a realização destas reuniões exige um custo alto,

visto que, os indígenas, representantes dos usuários, residem fora do município de Manaus, em aldeias distantes, muitas de difícil acesso, tendo que viajar de um a dois dias de barco para chegar até o local da reunião. Nos planos distritais, aprovados no período em estudo, estão contempladas as ações do controle social e os recursos necessários para realização dessas atividades, tais como: reuniões locais e distritais, capacitações, etc. No entanto, o corte, o atraso no repasse do recurso da FUNASA para COIAB e/ou a má gestão destes recursos acabaram prejudicando as ações do controle social no Distrito, em alguns momentos as reuniões foram adiadas e as capacitações não foram realizadas, o que segundo o representante dos AIS tem a ver com a falta de autonomia dos Distritos de gerir os recursos da saúde indígena.

“O problema das capacitações é a falta de recurso e também da própria autonomia dos Distritos, ou seja, do Distrito de Manaus. Como o Distrito não tem autonomia fica esses furos de não concluir as capacitações e os módulos previstos no plano de saúde, o que prejudica a ação dos conselheiros” (J. S. representante dos Agentes Indígenas de saúde).

Os conselheiros reclamaram constantemente nas reuniões da falta de apoio financeiro para custear o deslocamento da aldeia até Manaus. O recurso destinado ao controle social era repassado a COIAB que assumia as despesas de barco ou avião do município de origem até Manaus e a hospedagem e alimentação em Manaus, porém os conselheiros argumentavam que a viagem gerava outros custos. Eles pleitearam e conseguiram que a COIAB pagasse uma ajuda de custo, no valor R\$ 200,00 (duzentos reais) no período das reuniões, que foi suspensa pela FUNASA em 2006, com o argumento de que não era possível pagar esta ajuda de custo, via orçamento da Instituição.

Desde o início da organização dos conselhos no DSEI/MAO foi forte a reivindicação pela capacitação dos conselheiros indígenas o que também faz parte da política e constou em todos os

planos de saúde do DISEI-MAO. Foram planejadas três (03) capacitações anuais para o Conselho Distrital, este cronograma não foi cumprido em nenhum ano, no período de 2000 a 2005 foram realizadas apenas três (03) capacitações para o conselho distrital e em média uma capacitação por ano para os conselhos locais. Os documentos e relatórios demonstram que essas metas nunca foram totalmente cumpridas e continuaram a ser reivindicadas em todas as reuniões e Conferências. Contudo, a falta de capacitação tem sido uma constante reclamação dos conselheiros, considerando que existe uma rotatividade entre os membros, conselheiros, principalmente nos conselhos locais. Todos os conselheiros entrevistados reclamaram que a falta de capacitação continuada dificulta a atuação deles.

Um dos representantes dos prestadores de serviços quando questionado acerca das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros no desempenho de suas funções fez a seguinte afirmação:

“Nós ainda precisamos ter mais clareza do nosso papel, do poder do nosso papel (...) conhecer profundamente o que a lei diz o que ela assegura. Essa parte do conhecimento ainda falta, porque o controle social ele não pode ser visto só do ponto de vista da lei 8.080. O controle social tem que ser visto do ponto de vista da cidadania, da constituição, a lei ambiental, porque a saúde ela está inserida em todo esse contexto. É preciso um conhecimento do ponto de vista da cidadania brasileira indígena, adquirindo conhecimentos sobre a constituição Federal, sobre o meio ambiente, a educação. Se ampliarmos nossos conhecimentos com certeza o controle social seria mais eficiente e mais eficaz. Para isso é necessário que haja um processo contínuo de capacitação, o que infelizmente não tem acontecido.”

(A. L. representante dos prestadores de serviço).

A FUNASA, através do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), realizou em Manaus, em 2004, uma Oficina de Multiplicadores Indígenas para o Controle Social dos Distritos da

região norte, o objetivo era prepará-los teoricamente e incentivá-los a atuarem como monitores dos cursos de conselheiros. Para o DSEI/MAO foram indicados cinco indígenas que participaram da oficina e passaram a atuar como colaboradores nas capacitações e conferências realizadas no Distrito.

No entanto, a COIAB, responsável pelo convênio, não conseguiu realizar todas as capacitações programadas, devido ao atraso no repasse dos recursos e a utilização dos valores destinados ao controle social em outras ações avaliadas pelos gestores como prioritárias. Os multiplicadores indígenas também reclamaram da falta de apoio para deslocamento, material didático, etc. Contudo, a atuação deles tem sido extremamente importante no desenvolvimento das atividades de controle social. Na realização das Conferências Locais e Distrital foi fundamental a atuação destes indígenas, na condução das palestras e dos trabalhos de grupos.

Uma das formas de superação deste problema seria o repasse do recurso do controle social para que o Conselho Distrital administrasse, ou ainda, a autonomia financeira dos Distritos uma aspiração antiga do movimento indígena e que até o momento não foi contemplada.

No que tange a relação dos conselheiros com os gestores, os entrevistados foram unânimes em relatar que os gestores não acatam as deliberações dos conselhos o que tem causado um desgaste dos conselheiros com suas bases e com os gestores, principalmente, com a FUNASA. Os conselheiros apontam inúmeros problemas na gestão da FUNASA, principalmente em relação às interferências partidárias na Instituição, desgaste este que tem levado boa parte dos conselheiros e das lideranças indígenas locais a pleitear a saída da gestão da saúde indígena da FUNASA para uma Secretaria Indígena diretamente ligada a Presidência da República. Esta questão ficou bastante explícita nas colocações do ex-presidente do CONDISE/MAO, quando o mesmo afirma que:

“ (...) a questão da gestão é um grande problema porque eles estão acostumados a manejar o recurso quase de maneira independente sem a participação, sem a questão do controle social, não faz parte nem mesmo do Brasil saber lidar com a questão da democracia com esse ganho que ainda está se consolidando do controle social. E o movimento indígena ele é muito claro na questão da participação, e aí há uma certa resistência por parte dos gestores que dizem: - Não, nós que somos responsáveis pelo recurso, então nós que decidimos, nós que gastamos e que temos de prestar contas e vocês não tem nada a ver. Acontece que o recurso está no nome das populações indígenas e vem para as ações de saúde e esta garantido tanto pela Constituição como pelo controle social de que nós temos o direito de participar ativamente das decisões das deliberações e tomar conhecimento dessas questões. Eu acho que o grande problema dos gestores é realmente não respeitar essas deliberações” (J. B. representante de prestador de serviço).

As reclamações em relação aos gestores também são identificadas nos conselhos não indígenas. Labra (2005) analisando os problemas enfrentados por estes conselhos destacou como um dos problemas apontado, principalmente pelos conselheiros do segmento do usuário, o “papel do gestor”. A autora ressalta que:

Há críticas generalizadas aos secretários de saúde (gestores ou seus representantes) por causa de atitudes tidas como irresponsáveis, nocivas ou desrespeitosas. Reclama-se que não discutem o orçamento; definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; impõem decisões mediante um discurso tecnocrático; esquivam discussões de teor político; cooptam conselheiros ou lideranças comunitárias com artifícios clientelistas; preenchem o tempo com assuntos internos da gestão ou das corporações profissionais, tornando as reuniões meramente informativas de assuntos alheios aos interesses da comunidade; não controlam os prestadores privados (...)

O atraso no repasse e/ou a má gestão dos recursos tem gerado enormes dificuldades na operacionalização das ações, fazendo com que as atividades planejadas e aprovadas pelos

conselhos não sejam contempladas de forma cabal. Nas entrevistas, os conselheiros de um modo geral analisaram que vem ocorrendo uma piora na oferta dos serviços. Um dos conselheiros fez a seguinte análise:

“(...) Quando começou os Distritos era mais organizado, foi construído alguns pólos, foi dado radiofonia, motor de popa. Foi o tempo da COIAB (...) se existe radiofonia e tudo o que ainda tem foi comprado no início do convênio da COIAB, depois de dois anos tudo começou a piorar, não teve mais dinheiro para comprar equipamentos construir outros pólos-base e consertar o que foi esculhambando. A FUNASA não está se interessando pelo índio, eles pegaram o convênio para assumir e não estão se interessando e os nossos parentes estão sofrendo nas aldeias.” (R. S. representante indígena, segmento dos usuários).

Garnelo (2003), analisando o processo de implantação dos Distritos no Amazonas, identificou duas razões principais para o atraso no repasse dos recursos da FUNASA para as conveniadas:

“(...) Inicialmente, não há repasse mensal automático de recursos, como ocorre no sistema fundo-a-fundo do SUS, no caso de convênios a legislação prevê que, após o repasse de duas parcelas do total dos recursos pactuados para o ano, deve ser feita a prestação de contas do montante aplicado, a fim de fazer jus à nova parcela de recursos. Como fato adicional, não apenas as ONG's encontram dificuldades em organizar prestações de contas de forma ágil e precisa, mas também a própria FUNASA se mostra morosa em analisar e aprovar (ou reprovar) as contas enviadas e liberar as parcelas subsequentes. A conjunção destes fatores gera uma crônica dificuldade em manter a continuidade das ações. Tais eventos são bastante conhecidos em celebração de convênios (...) (p. 241).

A análise acima demonstra que os problemas relativos ao atraso dos recursos é próprio do modelo de convênio adotado na Política de Saúde Indígena que não atende as especificidades dos serviços de saúde que não podem sofrer descontinuidade, sob pena de comprometer a qualidade e a eficácia destes serviços. É o que vem ocorrendo do DSEI/MAO e que tem comprometido as ações de saúde e também as atividades de controle social.

A Política de Saúde indígena prever o controle dos indígenas no recurso repassado pela Secretaria de Assistência a Saúde – SAS - para as Prefeituras dos municípios com população indígena. As Prefeituras do DSEI/MAO, através de suas Secretarias Municipais de Saúde, “concederam” vaga no conselho municipal para um representante indígena, no entanto, eles alegam que enfrentam dificuldades de participar das reuniões por falta de informação acerca das datas das reuniões e da falta de recurso para custear o deslocamento da aldeia para o município. Afirmam ainda que, esta participação quando ocorre é meramente burocrática, tendo em vista que os demais conselheiros e o gestor municipal não têm se sensibilizado para a pauta indígena e não repassam aos conselhos informações sobre o recurso recebido e aplicado na saúde indígena. A correlação de forças nestes conselhos também é desfavorável aos representantes indígenas.

Os gestores municipais utilizam o recurso do PSFI sem atentar para as deliberações do conselho local, em alguns municípios este recurso tem sido utilizado para contratação de profissionais de saúde que não atuam na área indígena e sim na sede do município. Os conselheiros têm denunciado de diversas formas a má utilização do recurso sem que a FUNASA tenha tomado providências concretas para mudar esta realidade.

Este problema também tem ocorrido em outros Distritos, Chaves et ali analisando o Distrito de Angra dos Reis assinalam que,

Apesar da elaboração de instrumentos de definição de repasse de recursos e de compromissos para execução dessas ações, (publicação de portarias, a celebração de convênios, assinatura de termos de adesão), se observa em Angra dos Reis o que se repetiu nacionalmente a não definição clara dos papéis e responsabilidades das instituições envolvidas na prestação dos serviços. Da mesma forma, não houve definição por parte da FUNASA de mecanismos regulatórios para a aplicação dos recursos financeiros, acompanhamento e avaliação das ações a serem executadas. Isso contribuiu para uma maior autonomia da esfera municipal na condução desse processo, o que resultou em entraves subseqüentes em relação à utilização adequada dos recursos repassados e à execução satisfatória das ações de saúde, com reflexos deletérios nas relações interinstitucionais. Explicando melhor, a não definição de um processo de fiscalização sistemática pela FUNASA do uso dos recursos repassados pela Secretaria de Assistência à Saúde, do MS, para serem aplicados na saúde indígena levou à sua subutilização, com subseqüente estremecimento das relações entre as duas instituições. (2006, p. 302)

No DISEI/MAO a exemplo do Distrito de Angra dos Reis, o recurso repassado para as Secretarias não tem sido utilizado de forma adequada, ao mesmo tempo em que nem a FUNASA, nem os conselhos têm conseguido realizar um controle efetivo destes recursos.

A questão dos recursos humanos foi um tema constante das reuniões do CONDISE/MAO. Os conselheiros reclamam da não atuação dos profissionais de saúde em área indígena e da falta de preparo para esses profissionais atuarem com a população indígena. É grande a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de enfermeiros e odontólogos. Em relação à categoria dos médicos a COIAB não conseguiu contratar profissionais para todo o Distrito. De forma pontual foi feita a contratação desses profissionais que atuaram por um determinado período e depois pediram afastamento, uma alternativa utilizada foi à contratação destes profissionais através do pagamento de diárias, o que também não surtiu efeito.

O representante dos profissionais de saúde entrevistado relatou que essa dificuldade deve-se ao fato dos salários pagos não serem atraentes para atuação em área indígena e ainda os constantes atrasos nos salários e das precárias condições de trabalho, conforme trecho da entrevista abaixo:

“É muito difícil atuar na saúde indígena, porque os profissionais precisam ficar por muitos dias morando nas aldeias, distante das famílias, instalados de forma precária nos pólos-base, sem telefone, televisão, correndo riscos nos deslocamentos de barco e de adoecer de malárias, dengue. Pra completar os salários atrasam, não tem uma instabilidade de emprego. Por isso existe muita rotatividade, os profissionais ficam por um tempo e assim que aparece um emprego na cidade ou na sede dos municípios eles se desligam. O salário até que é bom, mas não compensa, os índios fazem muitas cobranças e as vezes falta material para trabalhar,

medicamentos ... e quem leva a culpa são os profissionais.” (R. S.

Representante dos Profissionais de saúde).

A partir dos problemas enfrentados os Conselheiros passaram a exigir da FUNASA e das conveniadas uma maior participação do CONDISI/MAO na contratação e demissão de funcionários. Em 2004 o CONDISI aprovou a organização de uma Comissão de Seleção, composta de representantes de usuários, COIAB e Funasa para atuar na seleção de profissionais de Saúde para o Distrito. A Comissão chegou a realizar alguns processos seletivos, no entanto, não houve continuidade tendo em vista que tanto a FUNASA como a COIAB argumentaram que esse não era um papel do conselho e que as contratações deveriam ser feitas pelo setor de RH da conveniada em consonância com a FUNASA. A Comissão foi destituída e as contratações passaram a ser efetuadas pela COIAB. No entanto, as reclamações prosseguiram e atingiram também as prefeituras que são constantemente acusadas pelos conselheiros de contratarem profissionais que não têm perfil para atuarem com indígenas e/ou que são contratados e não vão trabalhar nas aldeias.

Esta discussão tem sido extremamente polêmica no CONDISI, porque existe um claro confronto entre o que os usuários defendem e os interesses dos profissionais de saúde, defendidos por seus representantes e pelos gestores. Neste ponto não tem havido consenso dentro do conselho e as questões têm sido resolvidas através do voto, o que geralmente tem terminado em derrota para os profissionais de saúde, tendo em visto que os indígenas representantes dos usuários votam em bloco nesta questão.

A prestação de contas das ações desenvolvidas no trimestre e dos recursos gastos é feita nas reuniões dos conselhos locais e do conselho distrital. Nas reuniões do conselho local a coordenadora da equipe local, apresenta as ações desenvolvidas e os recursos gastos no período. Na reunião do CONDISE/MAO são apresentadas as prestações de contas da COIAB, do

INDASPI em relação as atividades da CASAI e da FUNASA como gestora, geralmente informando sobre recursos e equipamentos repassados as conveniadas, ações de saneamento e capacitações. As Organizações utilizam como metodologia a apresentação em multimídia com gráficos discriminando receitas e despesas.

Verificou-se no momento das prestações de conta que os conselheiros enfrentam dificuldades para acompanhar e fazer a contento a fiscalização. Alguns fatores corroboram pra isso, tais como: as planilhas com as prestações de contas só são entregues no dia da reunião o que implica em pouco tempo para os conselheiros analisá-las e tirar dúvidas, visto que os conselheiros indígenas têm dificuldades na compreensão da linguagem contábil-financeira; são apresentadas prestações de contas acumuladas de 03 meses ou mais de atividades e gastos; as contas são apresentadas de forma generalizada, ou seja, não há um quadro geral com os gastos de cada Pólos base e com a movimentação do recurso mês a mês o que possibilitaria aos conselheiros indígenas uma análise comparativa dos valores gastos apresentada para cada pólo e das aquisições e ações desenvolvidas nestes locais.

Após as apresentações os conselheiros podem tirar as dúvidas sobre as apresentações. Os recibos ficam à disposição dos conselheiros. Os conselheiros entrevistados se queixam da falta de clareza e transparência na prestação de contas e da dificuldade que eles sentem de entender os meandros contábeis e financeiros que envolvem o gasto dos recursos. Um dos conselheiros indígenas entrevistado revela em sua fala esse problemas ao dizer:

“Eu às vezes não entendo muito bem essas prestações de contas, fico com duvidas, são muitos números, muitas despesas e tudo é falado muito rápido. Apresentam um quadro bonito cheio de números e não dá pra acompanhar tudo e tirar todas as dúvidas porque são muitas dúvidas que eu tenho, coisas que eu não

entendo. Eles dizem que gastaram tanto mas não dizem né pra que, o que foi realizado com aquele dinheiro. Eu não gosto não de aprovar coisas que eu não entendo, mas dizem se a gente não aprovar não vai vir mais recurso” (G. D. conselheiro distrital, representante dos usuários).

Por outro lado observou-se que os conselheiros não fazem um acompanhamento das prestações de contas tomando como parâmetro o Plano Distrital, embora todos recebam uma cópia, eles não costumam trazer para as reuniões a fim de estabelecer uma comparação entre o que foi planejado, e o que está sendo gasto e com que ações, a fiscalização limita-se aos itens apresentados, tornando-se frágil e pontual.

Estas dificuldades enfrentadas pelos conselheiros na fiscalização de recursos também foram identificadas no estudo realizado por Correia no Conselho de Saúde do município de Santana do Ipanema. A autora ressalta que:

Observa-se que não há, por parte dos conselheiros, rigor na fiscalização das prestações de contas. Algumas dificuldades explicam essas falhas: os conselheiros só recebem a prestação de contas na hora da reunião, tendo pouco tempo para analisá-la; apresenta-se a prestação de contas de meses acumulados em uma só reunião (...) as contas são apresentadas de forma fragmentada, ou seja, não há um quadro geral com a movimentação do FMS mês a mês, que possibilite uma análise comparativa de receitas e gastos; os conselheiros têm dificuldade na compreensão da linguagem contábil-financeira. (2000, p. 125).

Portanto, essa parece ser uma dificuldade imposta pelos gestores da saúde de um modo geral que não realizam uma prestação de conta condizente com as exigências legais, dificultando a atuação dos conselheiros no processo de fiscalização dos recursos repassados para o desenvolvimento das ações.

Na nona reunião do Conselho Distrital (18 e 19/12/2001) os conselheiros reclamaram dos mecanismos adotados pelos prestadores de serviços nas prestações de contas e da falta de apresentação de documentação comprobatória das despesas realizadas, após intenso debate foi decidido que as prestações de contas deveriam ser enviadas para a presidência do Conselho

Distrital com quinze dias de antecedência e que, caso entendesse como necessário, o presidente designaria uma comissão formada por conselheiros para efetuar análise prévia da documentação; as prestações de contas deveriam ser entregues aos conselheiros no primeiro dia da reunião para que os mesmos pudessem analisar com calma a documentação que teria que ser redigida de forma clara e inteligível, devendo, obrigatoriamente, conter o recurso gasto e o saldo restante; os relatórios técnicos deveriam incluir a demonstração das metas programadas e executadas, assim como, uma exposição de motivos, nos casos de não cumprimento destas metas.

No entanto, analisando as atas seguintes, observou-se que as propostas acima, não foram fielmente colocadas em prática e os conselheiros prosseguiram fazendo reclamações e críticas acerca das formas adotadas nas prestações de contas. O CONDISI/MAO criou uma comissão de conselheiros que fazia uma fiscalização das notas e recibos da COIAB em visita ao setor de contabilidade da organização um dia anterior à reunião. O mesmo procedimento não foi possível com o INDASPI e a FUNASA que embora pressionados pelo conselho, não disponibilizaram tais comprovantes. Atualmente essa Comissão não vem atuando e os dados das prestações de contas são apresentados no momento da reunião sem apresentação de comprovantes (recibos e notas fiscais).

Estes problemas identificados poderiam ser amenizados se houvesse uma assessoria para os conselheiros nesta área, a inclusão desse conteúdo nas capacitações e da utilização de uma linguagem mais fácil nas prestações de contas, tendo em vista que se trata de tema de grande importância para o controle social. Correia (2000) analisando a importância dos espaços democráticos de participação e do acesso aos recursos públicos avalia que,

Por mais precário que seja esse acompanhamento, ele cria, do lado da sociedade, a possibilidade de “brecar aqui e acolá”, colocando as necessidades da coletividade em pauta. Do lado do gestor impõe-se a necessidade de pensar de prestar conta do que faz, ele já não arbitra sozinho: tem de, no mínimo de dar satisfação do que faz”, ele já não arbitra sozinho: tem de no mínimo, dar satisfação por seus atos. Isso é relevante em um país como o Brasil, em que a corrupção, desvio, apropriação indevida e suo

clientelístico do dinheiro público são denunciados diariamente. Constrói-se, assim, um clima de valorização do que é público, de cidadania, de direitos, tornando superável a submissão, historicamente arraigada, do povo brasileiro. O que é público passa a poder ser controlado pelo público, os gestores já não podem fazer o que querem com os recursos públicos tão livremente como antes, têm de, de alguma forma, prestar conta do que fazem e ficam “com medo de apresentar uma conta errada. (CORRÊA, 2000, p. 117).

Nas entrevistas os conselheiros reconhecem as dificuldades e limitações de acompanhar as prestações de contas e argumentam que a capacitação pode ser uma forma de melhorar o nível dessa atuação. Essa capacitação, no entanto, precisa ser permanente, tendo em vista, a substituição natural dos conselheiros e as constantes alterações na legislação que norteia a implantação da política de saúde indígena.

Outro problema identificado na análise das atas e confirmado nas entrevistas é a falta de articulação do CONDISE/AM com conselhos de outras áreas (educação, assistência, etc.) indígenas e não indígenas e outros segmentos também responsáveis pelo controle social das políticas públicas (Ministério Público, vereadores e deputados) assim como outros segmentos da sociedade organizada (associações, sindicatos, etc.). Um dos conselheiros entrevistados fez a seguinte constatação:

“O Conselho Distrital de Manaus não tem se articulado, convidado outras entidades para participar das reuniões como o Ministério Público, o PROCON, outros conselhos que poderiam estar aqui com a gente fortalecendo a luta” (R. M. Conselheiro Distrital do Pólo Base Maquira).

Outro conselheiro indígena afirmou:

“Então eu acho que o movimento indígena, os conselhos locais e distritais precisam cada vez mais avançar com os conhecimentos técnicos, fazendo uma maior articulação (...) externa com os verdadeiros aliados para que a partir daí a gente possa fortalecer esta luta não de forma isolada, mas com os verdadeiros aliados,

pois às vezes muitos oportunistas aparecem dizendo que são parceiros e muitas vezes são inimigos dos índios” (J. B. representante de prestador de serviço).

Verifica-se que os conselheiros indígenas distritais têm clareza da necessidade do Conselho buscar articulações externas para fortalecer a luta, no entanto, o CONDISE/AM tem falhado neste aspecto. Raichelis (2005, p. 285) analisando a importância destas articulações no âmbito do Conselho Nacional de Assistência Social aponta que a superação das dificuldades exige dos conselhos uma “*intervenção que extrapole os limites do próprio conselho*” e alerta que,

Torna-se imperativo, pois, ativar a mobilização de forças sociais e políticas da sociedade civil, construindo novas alianças e ampliando as bases de apoio que possam respaldar os avanços a serem conquistados. Isso envolve necessariamente, a criação de novos mecanismos de articulação societal com os grupos interessados na definição de uma política de direitos (...). Dessa forma aos conselhos cabe a importante tarefa de constituírem-se em pólos aglutinadores desse processo, o que só será conseguido se for estabelecidos fluxos contínuos de informação e retro alimentação com as forças organizadas nos estados e municípios, por meio de canais contínuos de informação com os conselhos e fóruns que se organizam nacionalmente.

Para os indígenas isso é absolutamente estratégico tendo em vista a necessidade de superar os preconceitos da comunidade nacional em relação a essas populações e angariar o apoio destes na luta para reafirmação de direitos e políticas sociais específicas. Para tanto, é necessários que os conselhos ampliem as suas parcerias no interior do movimento indígena e fora dele, buscando alianças com a sociedade não indígena.

No entanto, analisando as atas é possível verificar que os conselhos do DSEI/MAO vêm atuando dentro de uma pauta extremamente emergencial, ou seja, nas reuniões de uma maneira geral os conselheiros apresentam as demandas de bens e serviços para as suas localidades ao mesmo tempo em que solicitam dos prestadores de serviço que essas demandas sejam atendidas, comprometendo o tempo para as discussões mais amplas em torno das dificuldades e/ou impossibilidades de atender a essas demandas e das possíveis parcerias para superação dos

problemas, o que pode ser constatado na análise das intervenções realizadas nas reuniões do conselho distrital.

As intervenções dos conselheiros indígenas, representantes dos usuários, que mais persistiram nas reuniões dos conselhos foram às seguintes:

- Solicitação de compra e de reparo de equipamentos: motores de popa, radiofonias, barcos, etc.
- Discordância da demissão de pessoal contratado para prestar serviços nas aldeias;
- Solicitação de contratação de profissionais: AIS, dentistas, médicos, microscopistas, etc.
- Proposição de capacitação para os AIS;
- Solicitação de estruturação dos Pólos-bases e dos postos de saúde para as aldeias;
- Discordância na forma de utilização dos recursos da saúde indígena por parte das prefeituras;
- Solicitação de poços artesianos;
- Reivindicação para o aumento da quantidade de medicamentos enviados;
- Reclamações sobre a atuação dos profissionais de saúde, principalmente em relação à forma de atendimento dos indígenas e o não cumprimento da carga horária em área;
- Reclamações sobre a CASAI/MAO.
- Reclamações em relação à alta incidência da malária e a pequena intervenção por parte do Estado e da Prefeitura.

Os Prestadores de Serviço, responsáveis diretos pelas ações de saúde desenvolvidas no Distrito – FUNASA, COIAB e INDASPI – fizeram intervenções no sentido de:

- Realizando as prestações de contas;
- Justificando a contratação e demissão de profissionais;

- Informando sobre a pactuação com as prefeituras;
- Explicando o atraso no repasse de recursos e as dificuldades orçamentárias e burocráticas para execução do plano distrital, incluindo as ações de controle social.
- Prestando informações gerais sobre eventos: reuniões, capacitações, seminários, festas e confraternizações.

Na análise das atas do conselho distrital verificou-se que os representantes dos prestadores de serviço que não atuam diretamente na realização das ações básicas de saúde nas aldeias e na CASAI, como a: FIOCRUZ, FUNAI, Universidade Federal do Amazonas, CIMI, SEMSA e SUSAM, realizaram poucas intervenções nas reuniões, as quais trataram principalmente de:

- Apresentar propostas de conciliação para os impasses dentro do conselho;
- Informes sobre atividades a serem desenvolvidas na área de abrangência do Distrito pelas instituições que representam;
- Proposta para aumento do teto orçamentário da CASAI;
- Apresentação de projetos de pesquisa para aprovação do conselho;

O segmento dos prestadores de serviços teve alto percentual de falta às reuniões do conselho distrital, gerando muitas reclamações por parte dos usuários de que os representantes das instituições faltam às reuniões e quando comparecem não participam de toda a reunião, comparecem na abertura, no primeiro dia e depois não retornam mais. Os conselheiros indígenas, entrevistados, avaliam como muito frágil a participação dos representantes não indígenas. Um destes entrevistados ressaltou que:

Na minha avaliação não tem como essa participação ser muito viva, até porque essas pessoas que estão lá representando as instituições elas não vivenciam a saúde indígena e está aí o grande diferencial. Elas não vivenciam, não convivem, não fizeram parte

desse processo de construção da saúde indígena, não atuam no seu dia a dia com a saúde indígena (J. S. representante dos AIS).

É grande a rotatividade dos representantes das Instituições governamentais e do representante dos profissionais de saúde, o que acarreta um desconhecimento da política de saúde indígena e das dificuldades enfrentadas no nível de Distrito, fazendo com que estes conselheiros façam poucas intervenções no decorrer das reuniões. Os representantes destes segmentos entrevistados foram unânimes em ressaltar que a realização das reuniões em dias consecutivos e horário integral dificultam a participação deles, tendo em vista, a necessidade de cumprir com outras atividades institucionais, previamente agendadas. Também reclamaram que, geralmente, os convites são enviados nas vésperas das reuniões.

O segmento dos representantes dos trabalhadores foi o que realizou menos intervenções nas reuniões, conforme análise das atas, se restringindo a:

- Responder a acusações feitas pelos representantes dos usuários;
- Justificar a saída da equipe da área por falta de alimentação e atraso de pagamento.

O tema mais recorrente nas reuniões do conselho distrital foi a CASAI. Praticamente em todas as reuniões foram feitas reclamações por parte dos conselheiros das precárias condições de estrutura e do atendimento médico prestado aos pacientes internados; do longo período que os pacientes e acompanhantes aguardavam no porto para serem apanhados; da demora para efetivação do atendimento pelo SUS; da superlotação, etc.

A CASAI/MAO atende indígenas de outros Distritos do Estado do Amazonas e de outros Estados da região Norte surgiu à proposta de criação de uma Comissão Interdistrital para avaliar os problemas identificados e apresentar sugestões ao conselho e FUNASA para os problemas crônicos denunciados pelos pacientes e acompanhantes e pelo movimento indígena. A Comissão chegou a ser aprovada na VIII reunião, sendo escolhido o indígena Genival Oliveira dos Santos,

conselheiro do Distrito do Médio Solimões, como articulador da mesma, no entanto, não houve continuidade nos encontros e atividades que esta comissão deveria desempenhar. (ATA DO CONDISSE, 2001).

O CONDISSE/MAO resolveu determinar a realização de uma visita a CASAI por uma comissão formada por conselheiros, no dia anterior a realização da reunião ordinária do conselho, com a missão de fazer um relato da situação encontrada e das queixas dos pacientes e acompanhantes. Na IX reunião os membros da comissão relataram que identificaram uma situação precária na estrutura e no atendimento, tais como: a falta de condições estruturais para alojar dignamente os pacientes e acompanhantes; problemas dos indígenas com funcionários do setor de transporte e a falta de comunicação dos indígenas com seus familiares devido à inexistência de radiofonia e telefone na CASAI/MAO.

Na XIV reunião do Conselho Distrital o Coordenador da FUNASA, Sr. Sebastião Nunes, anunciou a aprovação de recurso para a reforma da CASAI. Porém, apenas em 2005 a reforma teve início sendo concluída em 2006, melhorando sensivelmente as condições de atendimento. Algumas outras medidas foram tomadas como ampliação da equipe de saúde, com a inclusão de uma nutricionista e a contratação de uma indígena para assumir a chefia da casa. Todavia, outros problemas persistem, tendo em vista que a CASAI depende do SUS para realizar os atendimentos aos internos nos serviços de média e alta complexidade.

Os Conselheiros indígenas focaram suas reclamações de forma exaustiva nos trabalhadores indígenas, muitas vezes culpando-os pelas deficiências das ações, demonstrando uma rejeição a esse segmento que é compartilhada por quase todos os conselheiros indígenas e que parece não contribuir com a necessária articulação entre usuários e trabalhadores de saúde para exigir do Estado uma política de saúde que contemple os interesses dos dois segmentos.

A análise das intervenções dos conselheiros nas atas confirma uma atuação do conselho

em torno das questões emergenciais e cotidianas do Distrito sem avançar para as questões mais estruturais, ou seja, que estão na base destes problemas, tais como: o modelo de execução da política através de convênios, a falta de autonomia do Distrito e do Conselho; a falta de uma política de recursos humanos com a realização de concursos, a pouca transparência dos gestores na utilização dos recursos, além de deixar de lado questões importantes para uma proposta de saúde diferenciada, como, por exemplo, a valorização da medicina tradicional. Lopes e Almeida (2001) apontam para:

Necessidade de modificação deste cenário, com a ampliação do número de conselhos e o fortalecimento dos existentes, melhorando a infra-estrutura e capacitando os conselheiros, já que estes vêm realizando ações geralmente pontuais, sem conhecimento do perfil epidemiológico de sua área e sem preocupações com a inversão do modelo assistencial e, apesar de compreenderem a finalidade de um conselho, desconhecem a amplitude da legislação (...) na descrição das atribuições dos conselhos.

No entanto, a discussão em torno da organização e fortalecimento dos conselhos poucas vezes esteve presente na agenda dos conselhos. Analisando as atas identificamos que somente por duas vezes este tema esteve na pauta do Conselho Distrital, sem que, no entanto, fossem tirados encaminhamentos relevantes para melhorar a estrutura organizacional.

Apesar de todas as dificuldades identificadas para o pleno exercício do controle social do DSEI/MAO cabe salientar que neste período de estudo já é possível reconhecer os enormes avanços conquistados a partir da organização dos conselhos e da realização das conferências no âmbito do Distrito. A implantação e o funcionamento do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais em todos os Pólos base já representam uma relevante conquista, considerando o envolvimento de um número significativo de atores sociais. Portanto, embora a constituição destes conselhos atenda a uma exigência legal, partilhamos da idéia de Carvalho (1985, p. 108) quando analisa que,

Os conselhos não são invólucros ou continentes vazios, a serem preenchidos ou utilizados por qualquer proposta ou ator social. Mesmo em situações de criação burocrática dos conselhos, por mero cumprimento da exigência legal, os marcos

político-ideológicos da proposta tendem a exercer papel catalisador, facilitando a emergência e a ação dos segmentos interessados na transformação democrática do sistema de saúde.

No DSEI/MAO constata-se um envolvimento cada vez maior do usuário e das lideranças da aldeia (professores, parteiras, tuxauas) na discussão em torno do tema da saúde, incentivada pelos AIS, profissionais de saúde, conselheiros e propiciada pelas reuniões dos conselhos locais. Os conselheiros indígenas entrevistados ressaltaram que as transformações ocorridas na saúde acabaram refletindo de forma positiva na organização social e política dos indígenas. Um dos conselheiros ressaltou que:

“A saúde uniu os povos indígenas. Devido a distancia geográfica entre as aldeias nós não tínhamos aquele contato. Ficávamos muito isolados sem saber direito qual era o nosso direito. Hoje nós temos brigas internas, mas na verdade quando a gente pra cá reunião em busca de recurso, seja eu, seja outro a gente tem que ficar unido, deixar as brigas de lado. Mas, antes nós não tínhamos essa oportunidade e nem esses costumes. Hoje a gente já torce para ter reunião, quando a gente vai para as reuniões além da gente sair informado, aproveita para falar de outros assuntos, pois quando a gente ta junto a gente se anima, fica mais forte”. (G. S. representante indígena).

As discussões pertinentes ao controle social foram priorizadas nas Conferências Locais e Distrital, realizadas em 2005. O Controle Social foi um dos eixos temáticos da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. A Comissão organizadora da Conferência Nacional, composta por representantes indígenas e funcionários do DSAI (FUNASA/Brasília) enviou aos Distritos um documento base para nortear os debates das Conferências preparatórias. A participação nestes eventos e a análise dos relatórios demonstram que quando provocados para discussão os conselheiros indígenas conseguem com muita clareza identificar as dificuldades enfrentadas para

o desempenho de suas funções:

As conferências locais do Distrito Sanitário Indígena de Manaus, realizadas como preparação para a IV Conferência Distrital e para a Conferência Nacional, realizadas nos meses de setembro e outubro de 2005, discutiu e aprovou propostas relativas aos eixos temáticos propostos. Em relação ao controle social, objeto do presente estudo, aprovou as propostas abaixo, que foram referendadas pela Conferência Distrital e encaminhadas para a Conferência Nacional.

- Capacitação dos gestores e prestadores de serviço sobre o papel dos conselhos de saúde;
- Que o órgão competente atenda com respeito e seriedade as reivindicações dos conselheiros (locais e distritais) enviadas das bases e que não fiquem engavetadas;
- Garantir que as prestações de contas dos recursos do convênio e das ações desenvolvidas sejam feitas de forma clara, com uma linguagem simples e por Pólo Base nas reuniões dos conselhos locais.
- Que as alterações na execução do plano distrital sejam comunicadas por escrito aos conselheiros;
- Uma maior participação dos gestores e prestadores de serviço das reuniões dos conselhos;
- Garantir no Plano Distrital recurso suficiente para o exercício do controle social: contemplando transporte, alimentação, estadia para os conselheiros repassares as informações para as bases; para capacitação continuada de conselheiros, lideranças e profissionais envolvidos com a saúde indígena; ajuda de custo e diária para as atividades dos conselheiros e multiplicadores;
- Garantir recursos específicos para que os conselheiros indígenas possam participar de uma forma efetiva nos conselhos das três esferas governamentais e em outras reuniões relacionadas com a saúde indígena;
- Criar uma carteira de identificação para os conselheiros facilitando o acesso as instituições para atuação na fiscalização das ações de saúde;
- Exigir que as Secretarias Municipais de Saúde que recebem recursos da saúde indígena enviem aos conselhos a prestação de contas da aplicação dos recursos a cada noventa dias;
- Garantir que os conselhos locais decidam sobre a aplicação dos saldos existentes nas secretarias municipais;
- Assegurar o cumprimento do cronograma das capacitações de conselheiros proposto no plano distrital com a utilização de uma linguagem simples e adequada;
- Definir estratégias para a capacitação de professores indígenas em política de saúde indígena para incluir este tema no programa de ensino das aldeias;
- Assegurar a vaga dos indígenas nos conselhos municipais e estaduais de saúde de acordo com a resolução 333/03.
- Incentivar, conscientizar e envolver a comunidade par a construção de barracões e casas de apoio para a realização das reuniões de conselhos;
- Assegurar a participação dos conselheiros na elaboração, execução e avaliação do plano distrital e no planejamento das reuniões dos conselhos;
- Viabilizar a criação de uma Comissão paritária no Conselho Distrital para acompanhar a execução do plano distrital e uma comissão de ouvidoria para apurar denuncia;
- Garantir a participação dos conselheiros na contratação e demissão de profissionais de

saúde através de comissões;

- Melhorar a comunicação entre conselheiros e equipes de saúde e divulgar com mais clareza o trabalho destas equipes nos pólos bases;
- Promover a reunião dos conselheiros com Deputados Federais do Estado do Amazonas para garantir a aprovação dos recursos necessários para a promoção da saúde indígena;
- Convocar autoridades e representantes de instituições responsáveis pela saúde indígena nas reuniões de conselhos;
- Garantir que os prestadores de serviços, sejam eles governamentais e não governamentais, submetam ao conselho suas atividades relativas à saúde indígena;
- Assegurar que as obras a serem realizadas nas aldeias tenham a aprovação dos conselhos locais;
- Promover a articulação entre os conselhos de saúde e os conselhos de outras áreas, tais como: educação, Assistência, Criança e Adolescência, etc.,
- Garantir que as três esferas do governo informem aos conselhos os recursos repassados para a saúde indígena;
- Assegurar que os Conselhos do DSEI/MAO possam deliberar sobre a indicação do nome do Chefe do Distrito, respeitando os critérios estabelecidos na lei de implantação dos Distritos;
- Que a FUNASA providencie uma sede para o Conselho Distrital de Manaus com todos os equipamentos necessários; (RELATÓRIO DA II CONFERÊNCIA DISTRITAL DO DSEI/MAO)

As Conferências Locais e a Conferência Distrital realizadas no DSEI/MAO foram extremamente participativas, com excelente nível de intervenção dos indígenas que demonstraram uma boa compreensão do modelo de saúde, na identificação dos problemas existentes, assim como, na elaboração das propostas para superação das dificuldades. O que representa um grande avanço no controle social do Distrito, tendo em vista, que o sucesso das Conferências pode ser creditado ao trabalho desenvolvido pelos conselhos junto as suas bases.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada no período de 27 a 31 de março de 2006 em Poço de Caldas, Minas Gerais, teve os seguintes eixos temáticos:

- I - Direito a saúde;
- II – Controle Social e Gestão Participativa;
- III – Desafios Indígenas Atuais;
- IV – Trabalhadores indígenas e não indígena em saúde;
- V – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

As propostas aprovadas pela Plenária da Conferência Nacional de Saúde Indígena estão

contidas no relatório final que pode ser consultado no site da FUNASA.

Em relação ao Direito a Saúde no item que tratava da “Avaliação do subsistema de saúde indígena” foi aprovado que,

A FUNASA permanecerá como órgão gestor da saúde indígena, sem municipalizar ou estadualizar, transformando os DSEI em unidades gestoras com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de trabalho paritário pelo Ministério da Saúde para rediscutir e implementar a estrutura organizacional de assistência a saúde indígena, devendo contemplar a desburocratização em sua atuação, garantindo a participação indígena através do controle social (MS/FUNASA, 2006).

Esta foi de longe a proposta mais polêmica da Conferência. Tendo em vista que grande parte do Movimento Indígena, principalmente da região Norte, encabeçava uma proposta de retirada da saúde indígena do âmbito da FUNASA e aprovação de uma Secretária Especial Indígena ligada diretamente à Presidência da República. Esta proposta perdeu na plenária da Conferência, tendo a votação maciça dos representantes dos gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde, principalmente os ligados a FUNASA.

Esta decisão deixou grande parte das lideranças indígena presentes insatisfeitas, levando-os a denunciarem na própria Conferência e para Imprensa, que fazia a cobertura do evento, que houve manipulação por parte da FUNASA. Antes mesmo do encerramento da plenária, que aprovou a proposta acima, algumas lideranças indígenas, seguidas de delegados indígenas de diversas regiões, se retiraram da plenária e fizeram uma reunião paralela onde convocaram representantes da Comissão Organizadora e do Ministério da Saúde para tomarem conhecimento das denúncias. Parte do Movimento Indígena denunciava que a FUNASA facilitou a vinda de delegações favoráveis à proposta que a instituição defendia e dificultou o acesso de delegações contrárias. Acusaram ainda, a FUNASA de realizar uma Conferência Indígena com a participação majoritária de não indígenas, contrariando a questão da paridade. Foi elaborado, nesta reunião, um documento de protesto e denúncia que foi encaminhado para a Presidência da

FUNASA, para o Ministério Público e divulgado para a Imprensa.

No tocante ao eixo temático: Controle Social e Gestão Participativa que está mais diretamente ligado ao nosso objeto de estudo, as principais definições foram que:

O Ministério da Saúde/FUNASA deve garantir, no orçamento dos Planos Distritais, recursos financeiros e apoio logístico, para a realização das reuniões dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, incluindo as plenárias anuais das comissões locais e distritais.

O Fórum Nacional de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena deve pactuar, junto às instâncias municipais, estaduais e nacional a inserção de um representante do Conselho Local no Conselho Municipal de Saúde e de conselheiro indígena distrital no Conselho Estadual e no Conselho Nacional. Essa participação deve ser fiscalizadora e colaborativa, ouvindo e repassando informações para a comunidade, propondo e encaminhando as propostas dos indígenas;

Em relação a Capacitação continuada de conselheiros: O Ministério da Saúde deve garantir recursos financeiros e apoio técnico, para a educação permanente de conselheiros indígenas e não indígenas lideranças e profissionais envolvidos com a saúde indígena, com carga horária de 32 horas, 04 vezes por ano, com certificação aos participantes, sob supervisão do Conselho Distrital. Deve garantir também a realização de reuniões nas comunidades com abordagens pedagógicas adaptadas à realidade de cada povo, com linguagem acessível, para o desenvolvimento das temáticas de controle social, inclusive contemplando conhecimentos sobre o funcionamento da FUNASA. (MS/FUNASA, 2006)

Em relação aos modelos de Gestão Participativa a Conferência aprovou que:

A FUNASA como gestora de saúde indígena, deve discutir as prioridades de saúde com os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena (CLSI e CONDISI), as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) (RELATÓRIO DA IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA 2006).

Na verdade estas propostas apenas foram referendadas pela IV Conferência Nacional tendo em vista que já faziam parte das orientações da Política Nacional de Saúde Indígena, no tocante ao controle social, no entanto, essas determinações nunca foram totalmente cumpridas pelos gestores, numa clara comprovação de que é grande a distância entre o que preconiza a lei e o que acontece no cotidiano dos Distritos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As políticas sociais fazem parte de um contexto social e político mais amplo que, atualmente, no Brasil, se caracteriza pelos ditames de uma política econômica neoliberal que em relação a estas políticas propõe a retração do Estado com a redução dos gastos sociais o que vêm de encontro com a proposta de universalização das políticas sociais e de maior investimento do Estado nesta área, aprovadas na Constituição de 1988.

Passado mais de mais de dezessete anos (17) anos da aprovação do SUS, constatou-se que os princípios que norteiam a política estão longe de serem atendidos e a população brasileira continua enfrentando sérios problemas com o atendimento na rede pública. São constantes as denúncias a esse respeito.

A Política de saúde indígena, atualmente em vigor, tem apenas sete (07) anos de implantação no Brasil, um período relativamente curto e inicial. No entanto, apesar desse curto período de existência dos Distritos Sanitários Indígenas é possível auferir, tomando como base os estudos produzidos, que muitos avanços foram alcançados, tais como: um significativo incremento dos recursos; a implantação dos Distritos e dos conselhos locais e distritais; a contratação e atuação de equipes multidisciplinares, com destaque para atuação dos agentes indígenas de saúde; a construção de Pólos base e postos de saúde em áreas indígenas; a compra de equipamentos, etc., Porém, são muitos os desafios a superar para melhoria das condições de vida da população indígena e da oferta dos serviços de saúde prestados.

São muitos atores sociais, com interesses diversos que participam deste processo e a partir das relações que estabelecem acabam gerando novas soluções e novos desafios, portanto, ainda é muito grande a distância entre o que está estabelecido na lei e o que foi concretamente implantado. Houve de fato um incremento dos recursos nesta área, mas que ainda são

insuficientes para atender de forma adequada as necessidades e especificidades da população indígena. Some-se a isto a má utilização e os desvios deste recurso; a falta de uma política de Recursos Humanos, as ingerências político-partidárias na instituição gestora do sistema (FUNASA) a indefinição dos mecanismos de gestão e financiamento, dentre outros problemas.

A FUNASA, instituição indicada pelo MS como gestora da política, não conseguiu até agora se estruturar e se organizar internamente para assumir de fato a execução das ações, alegando falta de estrutura e de recursos humanos, por isso vem desde o início da implantação dos Distritos se utilizando do artifício da terceirização, através do estabelecimento de convênios com instituições governamentais e não governamentais, incluindo as organizações indígenas, para execução das ações, ferindo frontalmente o que estabelece a legislação que estabelece que cabe ao governo federal, através do Ministério da Saúde a responsabilidade pela saúde indígena.

A partir do exame dos documentos produzidos a nível nacional e dos relatos das duas conferências realizadas neste período de implantação da política, é possível afirmar que boa parte dos problemas vivenciados nos Distritos é similar, tais como: atraso no repasse de recursos para as conveniadas, inexistência de uma política de recursos humanos o que causa a falta de profissionais de saúde e uma alta rotatividade destes profissionais; problemas no sistema de referência e contra-referência do SUS; precariedade no sistema de informação; pouco investimento no saneamento básico das aldeias, enfim uma série de dificuldades que acabam refletindo de forma negativa nas condições de saúde destes povos.

Os povos indígenas também enfrentam dificuldades em outras áreas, tais como: as invasões de suas terras, exploração indevida dos recursos naturais e depredação ambiental de seus territórios o que também tem corroborado para degradação de suas condições de vida. O movimento indígena tem denunciado tal situação em todos seus eventos, inclusive nas reuniões de conselhos e conferências de saúde.

Frente a esses desafios, tem sido de extrema importância o controle social exercido nos Distritos pelos Conselhos, pelas Conferências e pelo Movimento Indígena que articulado com estas instâncias tem participado efetivamente do processo de implantação dos Distritos. Os trinta e quatro Distritos implantaram conselhos distritais e locais o que representa a inclusão de centenas de atores sociais, indígenas e não indígenas, na política de saúde em vigor, o que “confere certamente uma nova tessitura à arena político-sanitária”. (CARVALHO, 1995, p. 106).

A implantação dos Distritos e dos Conselhos tem ocorrido obedecendo às especificidades de cada área indígena o que torna relevante os estudos realizados para avaliação deste processo no nível dos Distritos. No DSEI/MAO não houve maiores dificuldades na organização do Distrito, do Conselho Distrital e dos Conselhos Locais, conforme assinalou Athias & Machado (2001), a antiga organização política dos indígenas nesta região colaborou de forma positiva neste processo. Desde o início de implantação do Distrito houve uma preocupação do movimento indígena e das lideranças indígenas locais de apoiar a implantação dos conselhos, embora, esses espaços não fizessem parte da forma tradicional de organização política dos indígenas.

A participação e colaboração de Organizações governamentais e não governamentais, Universidade Federal do Amazonas, FIOCRUZ, FUNAI, CIMI, etc. e a atuação da Coordenação Regional da FUNASA também foi fundamental na conformação de um processo extremamente participativo que envolveu os diversos atores sociais envolvidos com a temática indígena, mobilizou lideranças e conseguiu inserir na discussão outros indígenas aldeados que passaram a se interessar pela discussão da saúde.

O convênio firmado entre a FUNASA e a COIAB gerou enormes expectativas de que os serviços de saúde seriam operados de forma ágil e transparente tendo em vista tratar-se de uma organização não governamental que poderia utilizar os recursos de forma flexível, sem os inconvenientes da burocracia estatal. No entanto, esta expectativa, pelo menos, inicialmente não

foi confirmada. Os problemas enfrentados pela COIAB na gestão dos convênios e o atraso no repasse das parcelas dos recursos pactuados, dentre outros problemas, transformaram a execução dos serviços e o cumprimento do plano distrital numa verdadeira quimera.

Embora, a elaboração dos planos distritais tenha se dado de forma participativa, com o diagnóstico dos problemas e a identificação das demandas realizadas no âmbito dos conselhos locais e aprovadas pelo Conselho Distrital, a execução do plano, neste período de estudo, não foi devidamente cumprida. O constante atraso no repasse de recursos provocou a descontinuidade dos serviços e o não cumprimento das metas estabelecidas.

Por outro lado a COIAB assumiu o duplo papel de executor e fiscalizador das suas próprias ações. Avaliamos que, apesar de toda a experiência adquirida no âmbito da gestão de recursos públicos, a organização sofreu desgaste político junto as suas bases e ônus jurídicos por problemas na execução dos convênios, por exemplo, as indenizações rescisórias que até hoje a Instituição é obrigada a pagar para os profissionais contratados para atuarem no Distrito. Ou seja, a Organização Indígena assumiu uma responsabilidade que era do poder público, da FUNASA.

Esta troca de papéis seguramente refletiu na atuação dos conselheiros indígenas, que tiveram que assumir o inconveniente papel de fiscalizar, criticar e até mesmo denunciar a própria organização indígena. Por outro lado, o fato da COIAB vivenciar de perto as ingerências da FUNASA, inclusive com o envolvimento pessoal do coordenador geral que também coordenava o convênio, foi decisivo para mobilização e articulação dos indígenas da base e dos conselheiros, para exigir da FUNASA a solução dos problemas relativos à saúde.

Avaliamos que neste período o Movimento Indígena esteve sempre muito próximo aos conselhos do DSEI/MAO, apoiando as reivindicações dos conselheiros e pressionando a FUNASA, inclusive com mecanismos mais radicais, como foi o caso das duas ocupações ao prédio da FUNASA. Ou seja, quando a negociação não surtiu efeito o movimento indígena

lançou mão de outras estratégias de luta. A saúde tem um apelo muito forte para os povos indígenas e eles estão sempre dispostos a lutar por melhorias nesta área. Não existem entre eles grupos que possuam plano de saúde, portanto, todos dependem, única e exclusivamente, dos serviços prestados pelo Estado.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas no decorrer do processo de implantação do DSEI/MAO é fato que o controle social está consolidado e articulado com as organizações indígenas. Todos os conselhos locais foram organizados e realizam um relevante papel de interiorizar nas aldeias a discussão do modelo de saúde e de fomentar o debate constante dos problemas existentes para organização dos serviços. O grau de envolvimento dos indígenas e lideranças locais (Tuxaua, professor, parteira, etc.) nas reuniões do conselho local, realizadas nas aldeias, representa um ganho imensurável para o avanço da política de saúde e para o fortalecimento do movimento indígena, nesta região. As dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde e para o exercício do controle social têm aguçado cada vez mais o envolvimento dos indígenas. Este processo tem sido extremamente rico no DSEI/MAO.

O controle social no DSEI/MAO tem atendido as prerrogativas da política no que tange a organização e funcionamento dos conselhos, assim como a realização das Conferências locais e Distrital. No entanto, o cotidiano do Distrito tem evidenciado a existência de enormes desafios para que os conselheiros realizem de fato o seu papel de fiscalizador e propositor de políticas de saúde que atendam as especificidades das áreas indígenas envolvidas no referido Distrito.

Na verdade as atividades relativas ao controle social foram sempre realizadas com limitações orçamentárias. A Coordenação Regional do Amazonas/FUNASA, embora reconheça no nível de discurso à importância da participação indígena no controle social no Distrito, não efetuou ações relevantes nessa direção.

O Conselho Distrital funcionou por mais de quatro anos sem uma infra-estrutura

adequada, não possuía um espaço físico, um suporte administrativo para o desenvolvimento das atividades. As atas e documentos ficavam sob a guarda da presidente do conselho.

O não cumprimento anual do calendário das capacitações foi apontado por todos os conselheiros entrevistados como um dos problemas que também dificultaram a atuação, tendo em vista as diversas alterações no quadro de conselheiros, principalmente nos conselhos locais, grande parte dos atuais conselheiros está atuando sem capacitação, o que certamente limita a atuação destes conselheiros. Os conselheiros mais antigos que participaram de duas ou mais capacitações avaliaram que a participação nestes eventos foi de extrema importância para muní-los das informações necessárias para o desenvolvimento de suas atribuições.

Outra dificuldade do controle social no DSEI/MAO consiste no fato do próprio Distrito e do Conselho Distrital não terem autonomia na gerência dos recursos destinados às suas atividades. Embora exista um plano elaborado e aprovado pelo Conselho Distrital, a sua execução é prejudicada pela utilização dos recursos em outras ações priorizadas pelos gestores a quem compete à decisão final acerca da utilização dos recursos repassados pelo governo federal. Nos casos de contingenciamento orçamentário o corte recai sobre as capacitações e atividades de controle social.

Portanto, é necessário que os indígenas apoiados por suas organizações de base e pelo movimento indígena avancem no sentido de uma maior qualificação da participação indígena nos Conselhos e Conferências, visto que, a FUNASA não tem demonstrado um interesse real nesta qualificação. As nossas instituições de maneira geral não possuem uma cultura favorável de gestão participativa e na verdade esperam que esses espaços sejam meramente burocráticos e que respaldem as deliberações tomadas em nível de gabinete. Não tem sido diferente no Distrito de Manaus. A Coordenação Regional tem manifestado indiferença para com os anseios e deliberações dos conselhos e das conferências. O Plano Distrital, formalmente aprovado pelo

conselho distrital, é alterado no momento da execução sem que isso seja autorizado pelo conselho, ou seja, planeja-se uma coisa e executa-se outra sem que os conselheiros reajam e recorram contra essa prática desrespeitosa.

Por outro lado isso ocorre porque a organização dos conselhos ainda é frágil, requer uma maior articulação com outros órgãos de controle social, tais como: o ministério público, o PROCON, o Tribunal de Contas, a Câmara Municipal, Assembléia Legislativa e a própria imprensa que tem sido bastante sensível à problemática indígena na região. As denúncias são feitas apenas em situações extremas de descaso, sem que se configure numa prática do controle social no Distrito. A participação indígena nestes fóruns não é uma forma exclusiva de exercer o controle social sem duvida a força é a possibilidade de estabelecer articulações com outros interlocutores.

A possibilidade de participação indígena na política de saúde não é a garantia de solução de todos os problemas desta área, no entanto, se constitui em “elemento fundamental para a democratização das esferas governamentais, mas não é garantia automática de que daí resulte efetiva ampliação da pauta de direitos sociais aos excluídos” (Raichelis, 2005, p. 201). A ampliação dos direitos ocorrerá ou não no bojo deste processo de organização e luta como resultado da correlação de forças que se estabelece entre os atores sociais e seus interesses, também replicada no interior dos conselhos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALBERT, B. Associações Indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia Brasileira. In: Instituto Sócio ambiental. Povos Indígenas no Brasil. 1996-2000. São Paulo. 2000.

ARNAUD, E. O índio e a expansão nacional. Belém: Edições CEJUP. 1989.

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cadernos de Saúde Pública. P. 425-431. 2001.

AMMAN, S. Considerações críticas sobre o conceito de participação. Revista Serviço Social e Sociedade. N. 5. p. 35-68. 1981.

ANDERSON P. Balanço do Neoliberalismo. In.: SADER E. & GENTILI P. (Orgs.). Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BARTH, F. Os grupos étnicos e suas fronteiras. Do original "Introduction". Ethnic groups and boundaries. Bergen-Oslo/Boston: Universitets Forlaget/Little Brown, 1969.

BOURDIEU, P. Contrafogos 2. Por um movimento social europeu. Tradução André Teles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Edição: 2001.

BITTENCOURT, M.; TOLEDO, M.; ARGENTINO, S. & OLIVEIRA, L. Acre, Rio Negro e Xingu. A formação indígena para o trabalho em saúde. Associação Saúde Sem Limites, 2005.

BOBBIO, N. Dicionário de Política Vol. 1, Editora UNB, 7ª edição, pág. 324. 1995

_____. Liberalismo e democracia. 2.ª edição. São Paulo. Brasiliense. 1998.

BRASIL, 1988. Constituição (1988). Constituição (da) República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988, DF: Senado Federal.

BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. DECRETO Lei n. 23/1991 de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência a Saúde das populações indígenas.

BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. DECRETO Lei n. 1.141 de 19 de maio de 1994. Dispõem sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio as atividades produtivas para as comunidades Indígenas.

BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL/Presidência da República. Lei número 9.836 de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre a aprovação da Política de Saúde Indígena.

BRASIL/Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre as recomendações para a Constituição e Estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

BROYNE, P.; HERMAN J. & SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Editora Francisco Alves: 2ª edição, tradução de Ruth Joffily, prefácio de Jean Ladièri. 1977.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. A Sociologia do Brasil Indígena. Rio de Janeiro e Brasília: Tempo Brasileiro: Editora UNB. 1978 [1968].

_____. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. In: *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15, pp. 168-88. 1998.

_____. A Politização da Identidade e o Movimento Indígena. In: *Crise do Indigenismo*. Conferências. São Paulo: UNICAMP, (entre 1988 -2003).

_____. Ação Indigenista, etnicidade e diálogo interétnico. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 14, n. 40. 2000.

CAGLIARDI, J. M. O Indígena e a República. São Paulo: Hucitec, 1989.

CARNEIRO DA CUNHA, M. *Os direitos do Índio (Ensaio e Documentos)*. São Paulo: Editora Brasiliense. 1987

CARVALHO, A. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social – RJ, FASE/IBAM. 1995.

COIMBRA, Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V., Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. COIMBRA, Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V., & ESCOBAR, A. L. (Orgs.). Editora FIOCRUZ/ABRASCO. 2003.

COIMBRA, Jr.; GARNELO, L.; BATISTA, P. C.; SANTOS, R. V.; Saúde, Sistema em Transição. In: *Povos Indígenas no Brasil*. ISA. 2001/2005.

CORRÊA DA SILVA, H. H. Expressões da Assistência Social no Médio Juruá. Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2001.

COSTA, A. M. & NORONHA, J. C. *Controle Social na Saúde – Construindo a Gestão Participativa*; Rev. Saúde em Debate vol. 27, (65): 358-63; Rio. de Janeiro. 2003.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário. Saúde indígena: documento final do Encontro Nacional de Saúde do Cimi. 2001.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da Política de Saúde Indígena no Pólo Base de Angra dos Reis – Rio de Janeiro – Brasil: Entraves e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, V. 22 (02): 295-305. Rio de Janeiro. 2006

COIAB/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Plano Distrital do DSEI Manaus para 2000. Manaus, 1999.

_____ Plano Distrital do DSEI Manaus para 2001. Manaus, 2000.

_____ Plano Distrital do DSEI Manaus para 2004. Manaus, 2003.

_____ Plano Distrital do DSEI Manaus para 2005/2006. Manaus, 2005.

COIAB/FUNASA. Caracterização dos Povos Indígenas que pertencem ao DSEI/MAO. In: *Plano Distrital do DSEI/MAO*. 2000.

COIAB. Relatório Técnico dos Programas da Atenção Básica Implantados no DSEI/MAO no período de 2003 a 2004. Manaus, 2005.

_____ Documento de Divulgação sobre os objetivos da Instituição e as áreas de atuação da organização indígena. 2006 (mimeo).

CONSELHO DISTRITAL DE MANUS. Regimento Interno. Manaus, 2000.

CONSELHO DISTRITAL DE MANUS. Ata da I Reunião Ordinária. Manaus, 2000.

CONSELHO DISTRITAL DE MANUS. Ata da III Reunião Ordinária. Manaus, 2000.

CONSELHO DISTRITAL DE MANUS. Ata da V Reunião Ordinária. Manaus, 2000.

CONSELHO DISTRITAL DE MANUS. Ata da VII Reunião Ordinária. Manaus, 20001.

CONSELHO DISTRITAL DE MANAUS. Ata da VIII Reunião Ordinária. Manaus, 2001.

CONSELHO DISTRITAL DE MANAUS. Ata da IX Reunião Ordinária. Manaus, 2002.

CONSELHO DISTRITAL DE MANAUS. Ata da X Reunião Ordinária. Manaus, 2002

CONSELHO DISTRITAL DE MANAUS. Ata da XI Reunião Ordinária. Manaus, 2002.

CONSELHO DISTRITAL DE MANAUS. Ata da XV Reunião Ordinária. Manaus, 2003.

CONFALONIERI, U. & MARINHO, D. P. As Populações Indígenas no Brasil. In: CONFALONIERI, U. E. C.; VERAÍ, C. B. L.; MARINHO, D. P.; REGIONATTO, D. *Saúde de Populações Indígenas: Uma Introdução para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ/ENSP, 1993.

CORREIA, M V C. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Os Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CORTES, S. As origens da idéia de participação na área da saúde. P. 31-37. Saúde em Debate, Londrina. 1996.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. Ciência & Saúde Coletiva III(1). Rio de Janeiro: ABRASCO. 1998.

CRUZ, A. K. S. Relatório Técnico do Diagnóstico Sócio-Demográfico Participativo da população Saterê-Mawé da comunidade Saterê-Mawé das áreas indígenas Andirá-Marau (municípios de Barreirinha, Parintins e Maués) e Koatá-Laranjal (município de Borba). 2003.

CUNHA, M. Os direitos do Índio: ensaios e documentos. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DAVIS, S. H. Vitimas do milagre: o desenvolvimento e os índios do Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DALLARI, S. Incentivo à Participação Popular e Controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde, Brasília, IEC/MS. 1994.

DURHAN, E. O lugar do índio. In: Comissão PRÓ-ÍNDIO/SP. O índio e a cidadania. SP: Brasiliense, 1983.

DUPAS G. A. A. Mudança do paradigma do emprego e a crise dos mercados de trabalho. Economia Global e exclusão social: pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo. 1999.

DENCKER, A. F. M. & Viá S. C. Pesquisa empírica em ciências humanas (com ênfase em comunicação). São Paulo: Futura, 2001.

ENCARNAÇÃO, A. A. Reinvenção das Formas de Controle Social: Um estudo sobre a participação indígena no Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia do Instituto de Ciências Humanas e Letras. Universidade do Amazonas. Manaus-AM. 2001.

FEIJÓO, J. C. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL A. C. (Org.), *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: CORTEZ, 1995.

FRANZ, V R. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2001.

GARNELO, L. Controle Social em Saúde Indígena: lutas e controvérsias. Texto apresentado no 6º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: aspectos de diferenciação jurídica e política da participação. Manaus, 2000. (mimeo).

_____ & Encarnação A. Controle Social em Saúde Indígena: Aspectos de diferenciação Jurídica e Política da Participação. (mimeo). 2000.

_____ & SAMPAIO, S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: Problemas e questões na região norte do Brasil. Trabalho apresentado no VII Encontro de Antropólogos do Norte e Nordeste, Recife: Associação Brasileira de Antropologia. 2001.

_____ GARNELO, L. Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: Os riscos de fazer ver e fazer crer nas Políticas de Saúde. Trabalho apresentado na 23ª Reunião Brasileira de Antropologia, Gramado: Associação Brasileira de Antropologia. 2002.

_____ GARNELO, L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC. 1978.

GOHN, M. G. Conselhos populares e participação popular. Revista Serviço Social e Sociedade. Nº. 34; 65-89, 1990.

GOHN, Maria da Glória. 2002. Teorias dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. 3ª edição. São Paulo. 2002.

GOHN, M. G. Movimentos Sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In.: GOHN, M. G. (Org.), Movimentos Sociais no início do século XXI, Antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 13-32. 2003.

GOHN, Maria da Glória. 2004. "Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais". *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, pp. 20-31, maio-agosto de 2004. Texto on line http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII_2/artigos (Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública).

ISA/INSTITUO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil: 1996-2000. Editor: RICARDO, C. São Paulo, 2000.

ISA/INSTITUO SOCIOAMBIENTAL, Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005. Editores gerais RICARDO, B. & RICARDO, F. São Paulo. 2006.

ISA/INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Enciclopédia Povos Indígenas no Brasil. Disponível em <www.socioambiental.org/pib/portugues/quoqua/quadro.asp>. Acesso em 11 de julho de 2007.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviços Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, Celats, 1988.

LABRA, Eliana. Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S., EDLER, F., SUÁREZ, J., (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, p. 353-383, 2005.

LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. & COIMBRA, C. E. A. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA, C. E.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ/ABRASCO, p. 105-125, 2003.

LIMA, A. C. S. Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: vozes, 1995.

LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR). A realidade e desafio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 5 (59): 16-28, set-dez, 2001.

MAGALHÃES, E. O Estado e a Saúde Indígena. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação de Mestrado em Política Social. Universidade de Brasília. 2000.

MELATTI, J. C. Índios do Brasil. Sétima Edição, São Paulo-Brasília: HUCITEC, 1993.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*; São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. In Mendes Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª edição, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo/Rio de Janeiro, 1995, p. 195-162.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O CNS e a Construção do SUS: Referências Estratégicas para Melhoria do Modelo de Atenção à Saúde; Ed. MS, Brasília. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Política de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Documento de diretrizes básicas. A Saúde Indígena no Amazonas. Modelo de Gestão: Distritos Sanitários Especiais Indígenas. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Organização dos DSEI's no Brasil e Modelo Assistencial. Disponível em <www.funasa.gov.br>. Acesso em 18 de julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Mapa de Distribuição dos DSEI's no Brasil. Disponível em <www.funasa.gov.br>. Acesso em 18 de julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Organização dos DSEI's no Brasil e Modelo Assistencial. Disponível em <www.funasa.gov.br>. Acesso em 18 de julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Mapa de Distribuição dos DSEI's do Estado do Amazonas. Disponível em <www.funasa.gov.br>. Acesso em 18 de julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Mapa do Distrito Sanitário Indígena de Manaus. Disponível em <www.funasa.gov.br>. Acesso em 18 de julho de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA/COORDENAÇÃO REGIONAL DO AMAZONAS/DISTRITO SANTÁRIO INDÍGENA DE MANAUS. Caracterização dos Povos Indígenas por Aldeia. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA/COORDENAÇÃO REGIONAL DO AMAZONAS/DISTRITO SANTÁRIO INDÍGENA DE MANAUS/CASAI/MAO. Fluxograma de Referência e Contra Referência. Manaus, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Consulta de Pagamentos do Fator de Incentivo a Atenção Básica e à Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico, aos municípios do DSEI/MAO. Disponível em <www.fns.saude.gov.br>. Acesso em 15 de agosto de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. Relatório da Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em Maio/2006. Disponível em <www.funasa.gov.br> Acesso em 15 de agosto de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA/CORE. Relatório da IV Conferência Distrital do DSEI/MAO. Manaus. 2005.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

_____ & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Publ., RJ, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

NUNES, S. A. C. Avanços e Desafios na Implantação da Atenção Básica em Saúde Bucal dos Povos Indígenas nos Rios Tiquié e Uapés – Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro – AM – Análise de uma Experiência. Dissertação de Mestrado. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Bauru, da Universidade de São Paulo, 2003.

ORTOLAN M. H. Rumos do Movimento Indígena no Brasil Contemporâneo: Experiências Exemplares no Vale do Javari. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. 2006.

PETER, Weigel. O Pensamento social na Amazônia: (re) visões da Ciência. In: SOMANLU – Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-Graduação em Natureza e Cultura na Amazônia da Universidade do Amazonas, Manaus: ADUA, v. 1, n. 1, p. 21-33, 2000.

RAMOS, A. R. Sociedades Indígenas. São Paulo: Atica S. A., 1986.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras e Grupos de Interesses no SUS. Cadernos de Saúde Pública. V. 3, n.1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.

Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus (CONDISE/AM). 2000.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de Saúde: Comissões Intergestores e Grupos de Interesses do Sistema único de Saúde (SUS). In: Cadernos de Saúde Pública v. 13 n. 1, Rio de Janeiro jan/mar. 1997.

RIBEIRO, D. Os índios e a civilização. A integração das populações indígenas no Brasil moderno. 1ª edição brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

_____. Os índios e a civilização. A integração das populações indígenas no Brasil moderno. 7ª edição brasileira. Editora: Companhia das Letras, RJ. 1996.

RAICHELIS, Raquel. Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social. Caminhos da construção democrática. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA M. L. Desenvolvimento de comunidade e participação. 4ª ed., São Paulo: Cortez. 1993

SANTOS, R. V & COIMBRA Jr. C. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

SANTOS, F. J. Além da Conquista. Guerras e rebeliões indígenas na Amazônia Pombalina. 2ª Edição. Manaus: EDUA. 2002.

_____. Descimento dos Mura no Solimões. In: SAMPAIO, P. M. & ERTHAL, R. C. (Orgs.). Rastros da Memória: histórias e trajetórias das populações indígenas na Amazônia. Manaus: EDUA, 2006.

TEIXEIRA S. M. F. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

VERAI, C. B. L. A Medicina Indígena. In: CONFALONIERI, U. E. C.; VERANI, C. B. L.; MARINHO, D. P.; REGIONATTO, D. *Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1993.

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi 1999; 15:171-92.