



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA

**CONCEPÇÕES DOS CONSELHEIROS INDÍGENAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL
DA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI MANAUS: saúde indígena em foco**

ALDENOR MOÇAMBITE DA SILVA

Manaus-Amazonas
2019

ALDENOR MOÇAMBITE DA SILVA

**CONCEPÇÕES DOS CONSELHEIROS INDÍGENAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL
DA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI MANAUS: saúde indígenas em foco**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Sociedade e Cultura na Amazônia.

Linha de pesquisa: 01

Orientadora: Prof. Dra. Artemis de Araújo Soares

**Manaus-Amazonas
2019**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586c Silva, Aldenor Moçambite da
Concepções dos Conselheiros Indígenas sobre o Controle Social
da Saúde Indígena do DSEI Manaus : saúde indígena em foco /
Aldenor Moçambite da Silva. 2019
192 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Artemis de Araujo Soares
Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Saude Indígena. 2. Controle Social. 3. DSEI Manaus. 4.
Condisi. I. Soares, Artemis de Araujo II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA

ALDENOR MOÇAMBITE DA SILVA

CONCEPÇÕES DOS CONSELHEIROS INDÍGENAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL
DA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI MANAUS: saúde indígena em foco

Aprovada em 30/05/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Artemis de Araújo Soares – Presidente
Universidade Federal do Amazonas-UFAM

Profa. Dra. Iraildes Caldas Torres – Membro
Universidade Federal do Amazonas-UFAM

Prof. Dr. Marcos Antônio Braga de Freitas – Membro
Universidade Federal de Roraima-UFRR

Profa. Dra. Maria Leônia Alves do Vale Brasil – Membro
Centro Universitário do Norte-Uninorte Laureate

Prof. Dr. João Luiz da Costa Barros – Membro
Universidade Federal do Amazonas-UFAM

*Ao CONDISI, meus parentes. Nosso tempo foi
uma partilha de amizade e conhecimentos.*

*À minha esposa, Viviane da Silva Costa Novo
Moçambique, com quem partilho vida e saberes.*

*Aos meus filhos, Lucas, Deborah, Elias e Ivan com
quem partilharei sempre saberes e vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me guiado e protegido até aqui nesta jornada ao conhecimento me dando forças para superar os obstáculos encontrados ao longo do caminho;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPPEAM pela concessão da bolsa, valioso apoio financeiro que ajudou a custear este doutorado;

À minha orientadora Prof. Dra. Artemis de Araújo Soares, pelas orientações e atitudes, sempre respeitando a minha condição étnica e concepções;

Ao meu pai Arthur Fortes, por todo apoio e incentivo e que mesmo a distância tem me servido como referência e modelo de Às minhas irmãs e irmãos e à minha mãe Jovita, Tikuna Valiosa, que de uma maneira especial dedico in memoriam.

Aos meus filhos Lucas, Deborah, Elias e Ivan aos quais quero servir como exemplo a fim de que eles logrem êxito em suas vidas.

À minha esposa, Viviane, pela compreensão, amor, carinho, incentivo, motivação, e, principalmente, pelo incondicional apoio a mim concedido e enfim, por tudo o que representa;

À Universidade Federal do Amazonas (UFAM), em particular ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA), pela acolhida que proporcionou chegar a este patamar;

Aos Professores do PPGSCA, pelas aulas enriquecedoras e relações de amizade construídas;

Aos professores Walmir Albuquerque, João Luiz e Maria Leônia do Vale pelas valiosas contribuições a este trabalho quando no seu exame de qualificação;

Aos colegas da turma do curso de PNL (Programação Neuro-Linguística) 2017, pelo encorajamento regados pelas alegrias, risos e bom humor me dando forças para a conclusão deste trabalho;

Ao colega Joaquim Onésimo Ferreira Barbosa pelas incansáveis correções e apoio recebido;

Ao professor Sansão Ricardo Flores, pela contribuição na tradução do resumo deste trabalho na língua Tikuna, grupo étnico a qual pertença;

Finalmente, mas não menos importante, ao DSEI Manaus através da sua gestão e ao CONDISI através do seu atual presidente Ronaldo Maraguá por nos permitir adentrar neste universo do trabalho dos conselheiros, ou nas reuniões e encontros discutindo sempre a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela saúde indígena. Vocês são os verdadeiros protagonistas desta história de lutas, a realização deste trabalho não teria sido possível sem vossa contribuição, lhes dedico os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Esta tese tem como objetivo investigar o Controle Social das ações governamentais do DSEI Manaus para efetivação da saúde indígena, cujos sujeitos foram os conselheiros indígenas vistos sob a ótica de suas atuações junto ao DSEI e assim identificar como são as relações do Controle Social do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI Manaus) e as diversas fases do processo de criação e ainda as possíveis dificuldades para sua implementação. Buscou-se também apontar a possibilidade de encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro neste cenário de inserção no subsistema SUS e analisar se há o protagonismo indígena como elemento preponderante na construção dessa história de lutas em torno da política de saúde indígena no âmbito do DSEI Manaus. A hipótese deste trabalho está pautada na possibilidade de as ações do CONDISI daria visibilidade e possibilitaria encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro levou a necessidade de investigar a percepção dos conselheiros indígenas sobre esses mecanismos de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Ou seja, saber se eles consideram que tais mecanismos seriam meios adequados para a diminuição dos problemas que emergem nesse contexto. Para validar a relação entre os construtos, utilizou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e correlacional, cuja natureza é qualitativa. A pesquisa de campo consiste na sistematização dos atos de fala, a partir das entrevistas semiestruturadas, realizadas durante as reuniões ordinárias e extraordinárias do CONDISI em Manaus, bem como nas aldeias que são de abrangência do referido DSEI, a partir dos quais são definidos aspectos que caracterizam a ação governamental com os indígenas em se tratando da política nacional de saúde indígena. A pesquisa demonstra que o CONDISI/MAO tem considerado o atual momento um tempo de luta pela melhoria na qualidade dos serviços ofertados pelo DSEI, reconhecendo, no entanto, que falta-lhes mais apropriação dos seus papéis enquanto conselheiros. Assim, identifica-se que, frente ao contexto de um sistema que funciona como instrumento para potencializar as ações de atuação de um colegiado que apesar de paritário, confere aos indígenas a possibilidade de participação efetiva na execução da política de saúde indígena, fato que não ocorre conforme esperado e reconhecido pelos próprios conselheiros. A pesquisa identifica, por fim, a emergência dos atos do discurso na oposição a este estado que se encontram os conselheiros a uma práxis afirmativa de mudança de comportamento em relação ao panorama atual correspondendo efetivamente aos anseios de conselheiros efetivos.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Controle Social. DSEI Manaus. CONDISI.

ABSTRACT

This thesis aims to investigate the Social Control of DSEI Manaus governmental actions for the implementation of indigenous health, whose subjects were indigenous counselors seen from the perspective of their actions with the DSEI and thus identify how are the relations of Social Control of the Sanitary District. Indigenous Special (DSEI Manaus) and the various phases of the creation process and the possible difficulties for its implementation. It also sought to point out the possibility of finding solutions to the conflicts existing between indigenous peoples and the Brazilian State in this scenario of insertion in the SUS subsystem and to analyze if there is indigenous protagonism as a preponderant element in the construction of this history of struggles around the politics of indigenous health under the Manaus DSEI. The hypothesis of this work is based on the possibility that the actions of CONDISI would give visibility and make it possible to find solutions to the conflicts existing between the indigenous peoples and the Brazilian State led to the need to investigate the perception of the indigenous counselors about these social control mechanisms of the Subsystem. Indigenous Health Care. That is, whether they consider that such mechanisms would be adequate means for reducing the problems that emerge in this context. To validate the relationship between the constructs, we used an exploratory, descriptive and correlational research, whose nature is qualitative. The field research consists in the systematization of speech acts, based on semi-structured interviews, carried out during CONDISI ordinary and extraordinary meetings in Manaus, as well as in the villages covered by the DSEI, from which aspects are defined. characterize the governmental action with the indigenous regarding the national indigenous health policy. The research shows that CONDISI / MAO has considered the present moment a time of struggle for improvement in the quality of services offered by DSEI, recognizing, however, that they lack more appropriation of their roles as advisors. Thus, it is identified that, given the context of a system that acts as an instrument to enhance the actions of a collegiate that, despite being equal, gives indigenous people the possibility of effective participation in the implementation of indigenous health policy, a fact that does not occurs as expected and recognized by the directors themselves. Finally, the research identifies the emergence of discourse acts in opposition to this state that counselors find themselves in an affirmative praxis of behavioral change in relation to the current scenario, corresponding effectively to the desires of effective counselors.

Keywords: Indigenous Health. Social Control. DSEI Manaus. CONDISI.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização do DSEI Manaus	25
.....	51
Figura 2 – O Subsistema de atenção à Saúde Indígena	
Figura 3 – Esquema de interação entre o controle governamental e o controle social	63
Figura 4 – Mapa dos DSEIs no Amazonas	86
.....	
Figura 5 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no mapa do Brasil	95
Figura 6 – Nível de escolarização dos conselheiros indígenas do CONDISI do DSEI MAO	100
	106
Figura 7 – Entendimento dos conselheiros sobre o funcionamento do DSEI/Mao...	117
	119
Figura 8 – Percentuais da avaliação da gestão do DSEI pelo CONDISI	
Figura 9 – Estrutura organizacional do DSEI/MAO	122
Figura 10 – Percepção dos conselheiros acerca dos limites e possibilidades de seus papéis.....	132
Figura 12 – Percepção dos conselheiros indígenas sobre o protagonismo no DSEI/MAO	139
	143
Figura 13 – Participação indígena na ATL, 2017	
Figura 14 – Atendimento odontológico nas aldeias	

LISTA DE SIGLAS

- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade
- AIA – Avaliação de Impacto Ambiental
- AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- AIM – Agente Indígena Microscopista
- AIMM – Associação dos Indígenas Munduruku de Manaus
- AIS – Agente Indígena de Saúde
- AISAN – Agente indígena de Saneamento
- APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ARPINSUL – Articulação dos povos indígenas do Sul
- APOINME – Articulação dos povos e organizações indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
- ARPIPAN – Articulação dos povos indígenas do Pantanal e Região
- ARPINSUDESTE – Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste
- ATL – Acampamento Terra Livre
- CAIS – Sistema de Cadastramento de AIS
- CASAI – Casa de Saúde do Índio
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CETAM – Centro de Educação Tecnológica do Amazonas
- CF – Constituição Federal
- CIMI – Conselho Indígena Missionário
- CIM – Conselho Indigenista Mura
- CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena

CISI – Comissão Intersectorial de Saúde Indígena
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPI – Conselho Nacional de Política Indigenista
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
CNSPI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
COIAB – Coordenação das organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
COIPAM – Coordenação das Organizações e Povos Indígenas do Amazonas
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORE/AM – Coordenação Regional do Estado do Amazonas
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DGESI – Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DLOG – Departamento em Logística de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EVS – Equipes Volantes de Saúde
FEI – Fundação Estadual do Índio
FEPI – Fundação Estadual de Política Indigenista
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FENTAS – Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da área da Saúde
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FPCondisi – Fórum de Presidentes dos Condisis
GT – Grupo de Trabalho
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILMD – Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane
INSI – Instituto Nacional de Saúde Indígena
ISA – Instituto Socioambiental
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MI – Movimento Indígena
MP – Medida Provisória
MSF – Médicos Sem Fronteiras
MS – Ministério da Saúde
NISI – Núcleo Intersectorial da Saúde Indígena
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONG – Organização Não-governamental
OS – Organizações Sociais
ONU – Organização das Nações Unidas
PCCU – Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PMM – Programa Mais Médicos
PNASP – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas
PPGSCA – Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia
RAG – Relatório Anual de Gestão
RANI – Registro Administrativo de Nascimento de Índio
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RT – Responsável Técnico
SAA – Subsecretaria de Assuntos Administrativos
SASISUS – Subsistema de Saúde Indígena
SEDUC – Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Qualidade de Vida
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESANI – Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria

SICONV – Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de
Repasse do Governo Federal

SINDCOPSI – Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores de Saúde Indígena

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

STF – Superior Tribunal Federal

SUSAM – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UNAIS – International Service

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
A construção do objeto e percurso da pesquisa	28
 SEÇÃO I	
1 DIREITOS E MOVIMENTOS INDÍGENAS	40
1.1 Contextualizando	40
1.2 A assistência à saúde dos Povos Indígenas – entendendo a política	47
 SEÇÃO II	
2 O CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DO DSEI MANAUS – a responsabilidade do Controle Social	55
2.1 O Controle Social na atenção à Saúde Indígena	55
2.2 Mecanismos de controle social: as Conferências Nacionais de Saúde	79
 SEÇÃO III	
3 CONTROLE SOCIAL: Percepção dos Conselheiros Indígenas.....	97
3.1 O perfil dos conselheiros	98
3.2 O nível de entendimento dos conselheiros quanto ao funcionamento do DSEI/MAO	106
3.3 A avaliação da Gestão do DSEI/MAO pelo CONDISI	115
3.3.1 O organograma do DSEI Manaus	119
3.4 A percepção dos conselheiros acerca dos limites e possibilidades de seus papéis.....	122
 SEÇÃO IV	
4 PERMANÊNCIA E RESISTÊNCIA INDÍGENA	127
4.1 O protagonismo indígena em meio a essa construção política	127
4.2 Enquanto houver persistência, haverá resistência até o último índio	139
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 147
 REFERÊNCIAS	 159
 ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Antes de iniciarmos este trabalho gostaria de fazer algumas considerações a respeito deste pesquisador que tomou para si o desafio de desenvolver esta temática. Sou natural do município de Benjamin Constant, região do Alto Solimões, localizada na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia. Sou filho de mãe Tikuna e pai com origem indígena colombiana, porém não declarada oficialmente. Na cultura do povo Tikuna pertenço ao clã de boi, pois assim são identificados aqueles que não são filhos de pai e mãe da referida etnia. Meu pai não permitiu que minha mãe ensinasse a língua Tikuna a nenhum de seus oito filhos por achar que só falava essa “gíria” quem estivesse na aldeia, pois ao casar com minha mãe ele a levou para morar na cidade. Tive uma infância muito sofrida por conta do preconceito impetrado pela sociedade não indígena e aos 16 anos migrei para Manaus fugindo de toda situação e fui estudar na Escola Agrotécnica Federal de Manaus para assim me tornar um técnico em agropecuária e logo depois retornar para desenvolver projetos de agricultura nas terras da família. Não retornei e passei dezoito anos negando a identidade étnica, situação que só modificou no ano de 2001, quando fui ministrar o curso de Turismo Ecológico no município de São Gabriel da Cachoeira, contratado pelo Sindicato dos Metalúrgicos que celebrara convênio com o Fundo de Amparo ao trabalhador – FAT, para atender vários municípios. Foi este evento que mudou toda a minha história de vida.

Em uma aula prática do curso, levei meus alunos para um encontro que ocorria na sede da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN e lá me deparei com vários povos indígenas discutindo assuntos como demarcação de terras, saúde, educação, dentre outros e de repente a ficha caiu para mim e me perguntei: “caramba porque não me uno a esses parentes e também defendo esses temas”? Fiz isso quando retornei a Manaus porque imediatamente procurei a COIAB e depois a FUNAI e me ofereci para trabalhar nos dois órgãos e para minha surpresa fui indicado a procurar a Fundação Estadual de Políticas Indigenista – FEPI, pois lá teria lugar para mim. E foi o que aconteceu porque no mês seguinte estava assumindo a gerência de

capacitação e treinamento do órgão e logo em seguida passei a coordenar a área técnica, onde fiquei até minha saída em 2005. No final de 2017 retornei para uma rápida passagem pela Diretoria Técnica do órgão e nesse período viajei por boa parte do Estado do Amazonas a serviço do governo onde tive a oportunidade de fortalecer os laços étnicos com todos os povos indígenas e em determinadas ocasiões com os de outros estados, solidificando minha inserção no Movimento Indígena mais tarde, pois ao sair do quadro funcional da FEPI, fui coordenar a feira cultural “Pu-Kaá (mãos da mata na língua Nhegatu), realizada pela Prefeitura de Manaus que me projetou para criar e assumir a presidência da União dos Povos Indígenas de Manaus - UPIM, que solidificou a minha trajetória enquanto ativista indígena e defensor da causa. Consolidando minha trajetória tornei-me empreendedor na área da consultoria e treinamentos e atualmente faço este trabalho para as comunidades que assim me solicitam.

Vale ressaltar que durante toda essa trajetória eu tinha apenas a formação técnica e no ano de 2005 entrei na Universidade do Estado do Amazonas – UEA, para cursar a graduação em Turismo pela Lei de cotas que fora aprovada naquele ano. Em 2011 entrei para o mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia no PPGSCA/UFAM e paralelamente cursei o MBA em Gerenciamento de Projetos pelo Centro Universitário do Norte. Por fim, em 2014 entro no doutorado no mesmo programa onde desenvolvi este trabalho e no mesmo período também cursei a Licenciatura em Pedagogia, possibilitando assim melhores condições de empregabilidade.

Meu primeiro contato com a temática indígena, foi coordenando uma atividade de capacitação para agentes ambientais indígenas no município de Benjamin Constant, minha cidade natal. Logo em seguida fui convidado a fazer parte da equipe da Fundação Estadual de Política Indigenista-FEPI, onde de fato tive a oportunidade de me inteirar da política indigenista e, desta forma, comecei a participar das reuniões que tratavam da saúde indígena, já que a referida Fundação tinha assento no Conselho. As reuniões ocorriam sempre na sede da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, que a época sediava o Conselho. 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 meu interesse pelo tema. Foi no

convívio com o colegiado de conselheiros e percebendo a problemática dos conselheiros indígenas de forma particular que fui convencido a desenvolver tal tema.

Gondim (1999, p. 22) afirma que a escolha do tema e do objeto de pesquisa deve ser norteadada pelo interesse do pesquisador pelo assunto, haja vista que se deve conceber “o processo de pesquisa como interação iniciada a partir da inquietação de um sujeito cognoscente que problematiza a realidade social”. Como já mencionado anteriormente, a temática da pesquisa surgiu em decorrência de minha passagem como servidor no quadro da então Fundação Estadual de Políticas Indigenistas-FEPI, onde fazia a representação institucional no CONDISI e logo a seguir, ter partido para exercer militância no movimento indígena manauara, amazonense e brasileiro e do interesse pelo estudo mais amplo sobre a problemática do controle social da saúde indígena no âmbito do DSEI Manaus onde por diversas vezes tive a honra, enquanto presidente da União dos Povos Indígenas de Manaus - UPIM, de fazer algumas discussões em torno dessa temática nos fóruns que participava, favorecendo assim um clima propício para desenvolvimento da temática.

Ainda neste período tive a oportunidade de contribuir com a organização de cursos, reuniões e oficinas de capacitação de conselheiros, seminários e conferências de saúde, entre outros. Toda essa vivência prática com o Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus e principalmente com o tema dos Conselhos Indígenas me conduziu a levantar algumas inquietações teóricas, em relação ao tema, transformadas na problemática da pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, e a delimitar o CONDISI do DSEI/MAO como foco da minha investigação, considerando a sua diversidade étnica, a abrangência geográfica e os conhecimentos adquiridos sobre a área do Distrito.

Em todos esses anos de convívio desde a implantação do Conselho Distrital de Manaus, pareceu-me desafiador problematizar alguns aspectos pertinentes a este processo para dar conta a esta pesquisa. Neste sentido levantamos as seguintes questões norteadoras:

- Como está organizado e articulado o Conselho de Saúde Indígena do DSEI/MAO?

- Quais são os impasses atuais e as propostas apresentadas para superar esses impasses?
- Os Conselheiros indígenas estão realmente cientes de suas limitações e possibilidades de atuação enquanto controle social?

A partir das questões levantadas surgiu então a seguinte hipótese: a existência do CONDISI no DSEI MANAUS é a possibilidade de encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro, ou seja, mesmo com a criação do CONDISI, vê-se dificuldades na condução de uma política em saúde indígena, que se baseie no “Controle Social” do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Eles acreditam que esse mecanismo pode melhorar o atendimento e assim garantir aos povos indígenas os direitos preconizados pelo SUS.

Portanto, o presente trabalho traz como foco o controle social no atendimento à saúde indígena do DSEI Manaus, uma vez que a Lei do Controle Social (8142/90) preconiza que existem duas formas de participação na gestão do SUS, que são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Partindo da premissa que o Conselho de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, este será o tema central desta tese.

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido deste, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.

Para Correa (2006, p. 111), “a área da saúde foi pioneira nesse processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária” e ainda:

congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-

assistencial privatista”¹ para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Hoje existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde, atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), e implicando em cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais), novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde - SUS. Nas demais áreas, a exemplo da Assistência Social e da Criança e Adolescente, os conselhos vêm se multiplicando. Daí a importância de qualificar o controle social a que se propõe a prática desses conselhos e dos movimentos sociais neles representados (p. 111).

Neste sentido, será aqui contextualizado o controle social na política de saúde apresentando as ações do Conselho Distrital da Saúde Indígena - CONDISI, do DSEI Manaus, nosso objeto de estudo. Para tanto, abordaremos também a política de saúde destacando os Relatórios das Conferências de Saúde Indígena e também os relatórios de gestão da SESAI, os quais são uma referência quando se trata de dados fidedignos acerca da saúde indígena. Foi também consultada a Constituição Federal de 1988, que é o grande marco no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas e por fim, destaca-se a atuação de um Conselho de Saúde Indígena que, apesar de paritário, preocupou-nos investigar a atuação das representações dos seus usuários, confrontando com os objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI que consiste em:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura [...] (BRASIL, 2017, p. 01).

O Artigo 196 da nossa Constituição Federal registra que “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos” (BRASIL, 2016, p. 118). Assim, para garantir o atendimento à saúde aos povos indígenas, foi criado o Subsistema de

¹ Termo usado por Mendes (1994) para caracterizar o modelo de saúde implementado durante a década de 70 no Brasil. In: MENDES, E. V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

Atenção à Saúde Indígena em 1999. Trata-se de uma rede de serviços implantada nas terras indígenas, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais, o qual considera a participação do indígena aldeado como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos.

O marco de início da atual política de saúde indígena pode ser identificado na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), sendo que somente em 1999 a Lei Arouca (Lei nº 9836/99) instituiu o subsistema de saúde indígena (SasiSUS), definindo que a organização da atenção à saúde se daria por redes territorializadas de saúde, na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- PNASP (BRASIL, 2002, p. 13), em 2002, que definiu os DSEI como:

um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (BRASIL, 2002, p. 13).

O relatório de gestão da SESAI de 2017, publicado em 2018, aponta que “em termos quantitativos, o cenário de atuação contempla o atendimento a 760.084 indígenas localizados em 5.560 aldeias segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, pertencentes a 305 etnias, que falam 274 línguas distintas” e que “cada povo com os seus costumes, as suas tradições, religiões e modos de organização social próprios, ocupando 13,33% (1.135.182,35 km²), do território brasileiro segundo dados da Fundação Nacional do Índio” (BRASIL, 2018, p. 13). Este mesmo relatório registra ainda que:

Atualmente o modelo de gestão do SasiSUS conta com uma rede de serviços em 67 Casas de Saúde Indígenas (CASAI), que são unidades assistenciais orientadas para o apoio e acompanhamento dos indígenas referenciados para as redes de alta e média complexidade do SUS vinculadas aos DSEI de referência, com exceção da Casa de Saúde Indígena (CASAI) do Distrito Federal, subordinada diretamente ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI); e 355 Polos Base, que são subdivisões territoriais com ou sem estrutura física que servem de referência para a organização dos serviços das mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), as quais correspondem a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção

primária à saúde dos territórios sob gestão do SasiSUS. Para a sua atuação nas ações de saúde indígena a SESAI conta com uma força de trabalho de 14 mil contratados por convênio, além dos servidores e dos terceirizados. Desses, mais de 6 mil são indígenas. No contexto da atenção primária, os atendimentos à população indígena se dão pelas mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (p. 13).

Para a sua atuação nas ações de saúde indígena, a SESAI conta com uma força de trabalho de 14 mil contratados por convênio, além dos servidores e dos terceirizados. Desses, mais de 6 mil são indígenas. No contexto da atenção primária, os atendimentos à população indígena se dão pelas mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (BRASIL, 2016).

Assim, considerando a população indígena declarada segundo o censo do IBGE de 2010 de 817.963 indígenas localizados em terras indígenas e fora delas, tem-se um percentual de espaço ocupado de cerca de 93%. [...] como a SESAI prioriza suas ações para os indígenas que vivem em aldeias, o espaço ocupado é de 100%, atendendo toda a população indígena aldeada (BRASIL, 2018, p. 13).

Dentre as preocupações destacamos também a questão da água, e aí se observa que a grande maioria das aldeias recebem (sobretudo aqui no Amazonas) apenas uma estrutura de bomba d'água que levam a água do rio até as residências, porém sem nenhum tratamento, não a deixando em condições de potabilidade para o consumo humano, necessitando a implantação de estações de tratamento. Este assunto já e amplamente debatido nas reuniões do CONDISI do DSEI/MAO e atualmente foi inaugurada uma estação de tratamento numa comunidade indígena da região do Alto Solimões e espera-se que outros DSEI's tomem essa atitude. O relatório da SESAI ainda retrata a seguinte situação:

A SESAI tem se estruturado para melhor ofertar os serviços às comunidades indígenas. O número de aldeias e a população atendida com infraestrutura física de estabelecimento de saúde adequada e com abastecimento de água vêm aumentando gradativamente, porém o número de aldeias novas apresenta um crescimento muito maior a cada ano. Aliados a esse fator, os recursos disponibilizados para investimentos não são empregados somente em implantações (obras novas), mas também em reformas, melhorias e/ou ampliação de serviços já implantados em exercícios anteriores, bem como aquisições de equipamentos, não elevando na mesma proporção o crescimento de aldeias e população beneficiadas (BRASIL, 2018, p. 13).

“Trata-se da contratação de medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos odontológicos e serviços relacionados à logística, tais como locação/aquisição de veículos, horas-voo, combustível e etc.)” (BRASIL, 2018, p. 13-14). Ou seja, no âmbito das contratações, o processo se dá por duas vias: o suporte às contratações realizadas pelo DSEI e a realização de contratação de produtos e/ou serviços diretamente pela SESAI, em parceria com o departamento de logística em saúde (DLOG/SE/MS).

É neste contexto que apresentamos o DSEI MANAUS juntamente com seu CONDISI, e neste sentido, vale ressaltar antes de tudo que 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, 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.

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.

Para o Estado do Amazonas foi definida a organização de sete Distritos Sanitários. 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 no ano de 2000.

Desta forma, o Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, DSEI-Manaus, possui uma extensão territorial de 235.405 km, situados na abrangência dos 19 municípios: Manaus, Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamã, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, Silves e Uruará situados no Estado do Amazonas.

A população encontra-se distribuída em trinta e cinco etnias: *Kokama, Tikuna, Kambeba, Apurinã, Mura, Jamamadi, Gavião, Munduruku, Torá, Parintintin, Tenharin, Diahoi, Mura-Pirahã, Sateré-Mawe, Tukano, Arara, Baré, Dessano, Makuxi, Mayoruna, Kanamary, Kulina, Marubo, Deni, Miranha, Kayapó, Kaxinawá, Karapana, Barasana, Tariano, Baniwa, Tuyuka, Hexkaryano, Maragua, Piratapuia.*

Atualmente o número populacional do DSEI Manaus soma 29.064 indígenas, distribuídos na faixa etária inserida no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), em duzentos e dez aldeias e dezoito Polos Base, residentes em territórios em diversas situações, tais como: terra indígena demarcada e homologada, em processo de homologação, em processo de reconhecimento, assentamento, invasão e em alguns casos em perímetro urbano.

O Distrito dispõe de uma Casa de Saúde do Índio (CASAI), localizada no município de Manaus (AM 010-KM25) que recebe pacientes indígenas dos sete DSEI's do Estado do Amazonas (Alto Rio Solimões, Alto Rio Negro, Manaus, Médio Solimões e Afluentes, Médio Purus, Parintins e Vale do Javari), além de Roraima (Leste Roraima e Yanomami) e Acre (Alto Rio Purus e Rio Juruá), ocasionando, desta forma, uma superlotação em determinados períodos naquele espaço.

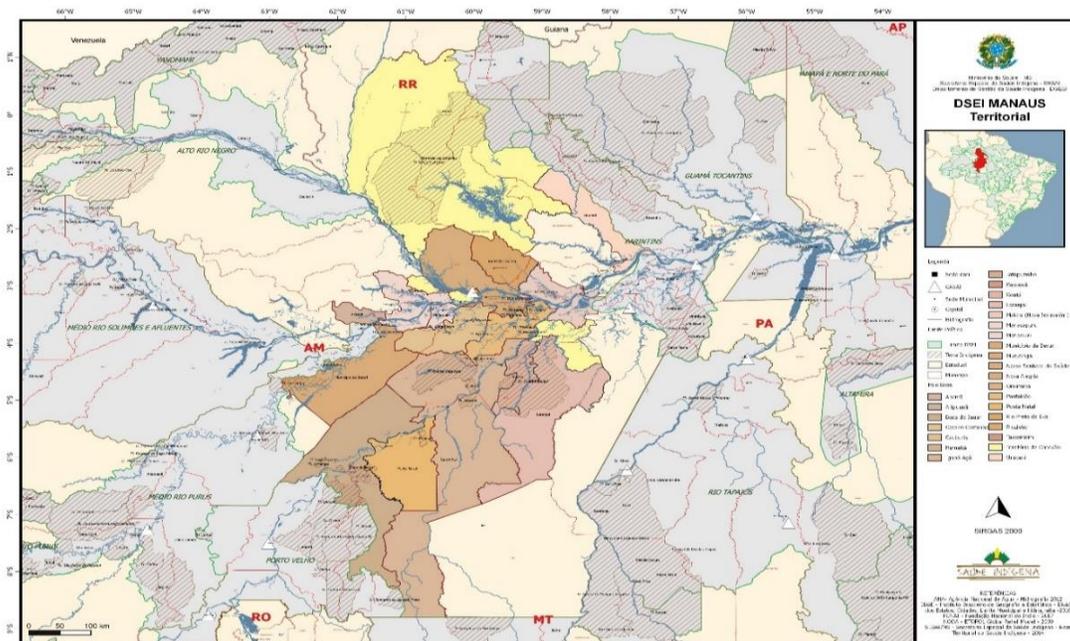
Existem também as casas de apoio nos municípios de Nova Olinda do Norte, Itacoatiara, Manicoré e Manacapuru que atuam dando suporte à CASAI. Como nestes municípios a média e alta complexidade nos atendimentos é precária, os pacientes acabam mesmo se deslocando para Manaus, ocasionando uma superlotação.

O DSEI possui 34 equipes de saúde que atendem 220 aldeias, compreendendo 5.768 famílias nos 18 polos base oficiais e 02 ainda não oficiais, mas que recebe também a atenção das equipes. O meio de transporte utilizado para as ações pode ser terrestre, fluvial e aéreo e as equipes trabalham no sistema 20 dias em área e 10 dias de folga. Ressalta-se que as equipes multidisciplinares de saúde são formadas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal, técnico em endemias, técnico de laboratório e o agente indígena de saúde o qual se torna a peça fundamental para o trabalho das equipes, porque este é um indígena escolhido pela comunidade e passa a maior parte do seu tempo dentro da mesma atuando na prevenção de doenças e na prevenção de saúde. Deste modo quando as equipes se

deslocam às aldeias já existe todo um trabalho organizado para dar celeridade aos atendimentos.

O mapa a seguir traz uma demonstração da dimensão da área geográfica que envolve o DSEI/MAO, onde é percebido de fato se tratar de uma área bastante imensa para desenvolver ações na área da saúde indígena sugerindo uma enorme estrutura logística para tal.

Figura 1
Mapa de localização do DSEI Manaus.



Fonte: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/DSEIs>.

Elencamos aqui os módulos e/ou programas de atendimento que são acompanhados pelas equipes de saúde que atuam no DSEI/MAO, os quais devem ser também acompanhados pelo CONDISI ensejando o seu cumprimento na íntegra, quais sejam:

✓ Demográfico

Responsável em atualizar no SIASI, as informações referentes a população indígena em cada aldeia e ao final de cada ano reproduzir estas informações no relatório de atividades da SESAI.

✓ Morbidades

Responsável pelo controle das doenças com maior prevalência no âmbito do DSEI MANAUS notificando a secretaria de saúde quando nos casos de epidemias.

✓ Sinais e Sintomas

A diferença entre sintoma e sinal é que o sinal é aquilo que pode ser percebido por outra pessoa sem o relato ou comunicação do paciente e o sintoma é a queixa relatada pelo paciente, mas que só ele consegue perceber. Sintomas são subjetivos, sujeitos à interpretação do próprio paciente. Por isso a equipe multidisciplinar de saúde confere essa responsabilidade ao AIS que passa a maior parte do tempo na aldeia junto dos pacientes e conhece seu dia a dia, ficando assim mais fácil ter essa percepção.

✓ Imunização

Os DSEI's acompanham as campanhas nacionais de vacinação e além do mais as próprias equipes multidisciplinares cumprem calendário de imunização nas aldeias independente das campanhas, propiciando assim uma vida mais saudável

✓ Vigilância Alimentar e Nutricional

Esse é um programa responsável em acompanhar a vida nutricional dos bebês, a partir gravidez das indígenas até seus filhos atingirem a idade escolar onde receberão acompanhamento pelo setor de nutrição do DSEI.

✓ Saúde Bucal

A saúde bucal também é uma prioridade na saúde indígena e atualmente equipamentos de última geração tem sido adquirido pra dar conta da situação. Alinhado a tudo isso têm-se também ocorrido contratações de um número mais expressivos de odontólogos fazendo esse trabalho diretamente nas aldeias através do Kit móvel de odontologia que tem auxiliado nesse processo.

✓ PCCCU (Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino)

A incidência do câncer do colo do útero tem sido uma preocupação para a saúde indígena e as equipes atuam ouvindo relatos dos pacientes e quando

são detectados, os casos são encaminhados aos hospitais da alta complexidade em Manaus.

✓ **Gestação**

Esse programa tem a responsabilidade de cuidar das gestantes e tem também atuado na sensibilização das mães quanto ao fato de terem uma gravidez saudável, sempre levando em conta o aspecto cultural, realizando o pré-natal com a inclusão de alguns medicamentos da medicina não indígena como o ácido fólico, por exemplo.

✓ **Óbito**

Este programa tem a responsabilidade de realizar todas as ações relacionadas aos atos fúnebres, preenchendo a Ficha de Acompanhamento do óbito, encaminhando ao cartório para seus devidos registros. Quando ocorre o óbito em Manaus, o programa se responsabiliza pelo deslocamento do corpo até a sua aldeia a fim de que os familiares façam a despedida do paciente em conformidade com sua cultura.

✓ **Aborto**

Este programa tem a responsabilidade de trabalhar na prevenção do aborto. Faz a distribuição de preservativos tanto masculino, como feminino, a fim de evitar gravidez indesejadas, mas nem sempre surte efeito porque o indígena não gosta de usar tais artifícios. É um programa que enfrenta muitas barreiras, sobretudo, no aspecto da cultura de cada povo que tem por costume ter filhos ainda muito jovens. Quando ocorre o aborto, o mesmo é notificado e lançado no SIASI para ao final de cada ano ser divulgado no relatório anual da saúde indígena.

✓ **Educação Permanente**

Este é um programa de extrema importância, pois é através dele que são planejadas as capacitações, cursos, palestras, encontros, seminários, mesas redondas sempre pensando na melhor maneira das equipes multidisciplinares de saúde indígena atuarem no seu dia a dia.

Ao cruzar todas essas informações, é notório perceber que o Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus é muito complexo, peculiar e um mosaico de situações

que devem ser levadas em conta às características regionais, a questão de espaço e tempo, as questões culturais de algumas regiões, a questão do período cíclico das águas, cheia e vazante dos rios. Existem aldeias que ficaram seis meses sem atendimento médico devido à impossibilidade de acesso no período da seca, ou seja, eles só terão atendimento de saúde nos primeiros seis meses do ano, no período da cheia dos rios quando as embarcações chegam até as aldeias. É também uma forma de confirmar o que os idosos sempre comentam: que o fluxo da vida no Amazonas obedece ao ciclo das águas: cheia e seca, e nos dias atuais pode-se perceber isso nitidamente nas entrelinhas do DSEI. De acordo com o Decreto nº 7508 de 2011, referente ao Art. 2º que diz:

Região de Saúde – espaço geográfico contínuo por agrupamentos de Município limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

Observamos que nos 19 (dezenove) municípios que compõem o vasto DSEI/MAO, as equipes multidisciplinares tem procurado dar sentido à política de Saúde Indígena fazendo com que as ações de saúde cheguem na mais longínqua aldeia cumprindo assim o que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI, propondo a estruturação de um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado na estratégia de execução pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção do objeto e percurso da pesquisa

Definimos como objetivo geral desta pesquisa investigar as concepções indígenas sobre o Controle Social das ações governamentais do DSEI Manaus para efetivação da saúde indígena e para tanto, traçamos alguns objetivos específicos que foram:

- Identificar a atuação dos conselheiros indígenas sobre o Controle Social do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI Manaus), as diversas fases do processo de criação e as possíveis dificuldades para sua implementação;
- Identificar as concepções dos conselheiros indígenas quanto os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro no cenário de inserção do subsistema SUS;
- Analisar quais entraves tem sido elementos preponderantes para a não efetivação de ações concretas na política de saúde indígena no âmbito do DSEI Manaus.

Correia (2017, p. 1) remete a ideia de que “a partir do referencial teórico do marxista italiano, Gramsci, para quem não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais” e que:

[...] controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o “controle social” sobre o conjunto da sociedade. (CORREA, 2017, p. 1)

Assim, o ‘controle social’ é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças (CORREIA, 2017, p. 2). A mesma autora ainda firma que

Na perspectiva das classes subalternas, o ‘controle social’ deve se dar no sentido destas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento ‘econômico corporativo’ ao ‘ético-político’, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma ‘reforma intelectual e moral’ vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que este incorpore seus interesses, na medida que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante. Desta forma, o ‘controle social’, na perspectiva das classes subalternas, visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, pode-se dizer que o ‘controle social’ envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia (p. 2).

E de forma dialogada, os indígenas têm interferido na gestão pública das ações de saúde que são direcionadas para as suas áreas de abrangência, notadamente àqueles que são aldeados, conforme preconiza a política. Teixeira & Paim (2006, p. 74), a se referirem à política de saúde, assim a definem

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, *política de saúde* envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (TEIXEIRA & PAIM, 2006, p. 74).

Dando ênfase ao conceito aqui apresentado pelos autores, pode-se dizer que realmente já se tem essa resposta do estado ao ser criado um subsistema para atendimento específico a essa camada populacional respeitando as suas especificidades.

Quando se define o objeto “deve-se apresentar o problema sociológico que será pesquisado e o que pretende descobrir mediante a investigação” (GONDIN, 1999, p. 21). Relativamente à problemática da pesquisa, pretende-se abordar o controle social a partir das seguintes categorias de análise: Estado, relações de poder, sociedade civil e movimento indígena.

Para Bobbio (1988, p. 53), o “Estado nasce para regular a vida social resguardando a autonomia da sociedade civil em que o homem é independente, porém unido a outro homem pelo vínculo do interesse privado e pela necessidade natural inconsciente”.

Segundo Correia (2003, p. 22), “o Estado está estruturalmente vinculado às classes que constitui a sociedade civil”, e neste sentido, “na análise hegeliana, a

sociedade civil representa o primeiro momento da formação do Estado, a instância administrativa que tem como atribuição regular as relações externas”.

Como instância ético-política, tem como função favorecer a adesão íntima do cidadão à totalidade de que faz parte, dirimindo os conflitos de interesses particularistas e egoístas que surgem nas relações sociais privadas, acompanhando a administração da justiça e o bem-estar dos cidadãos. A distinção entre sociedade civil e Estado representa a diferenciação entre o Estado inferior, fundamentado pela constituição e pelos poderes constitucionais, e um Estado superior, que opera apoiado em dois poderes jurídicos subordinados, ou seja, o poder judiciário e o poder administrativo (CORREIA, 203, p. 22).

Já na análise marxiana, alicerçada no materialismo histórico, a sociedade civil é uma sociedade de classes, em que a burguesia completou a sua emancipação política libertando-se dos vínculos do Estado absoluto e dos privilégios da aristocracia, trazendo como contraponto os direitos do homem e do cidadão, ainda que organizando os interesses sociais com os interesses de classe (CABRAL, 2018). Para Marx, a sociedade civil é o resultado de um conjunto de relações e oposições travadas, primordialmente, na esfera econômica (IDEM).

E, para Gramsci, a sociedade civil pertence à superestrutura. É uma esfera na qual os aparatos ideológicos atuam para a formação da hegemonia de classe e do bloco no poder. Portanto, ela representa o momento do consenso e da formação da legitimidade, enquanto o Estado representa o momento político, com o primado do exercício da força para manter o poder, pelo menos até quando o poder for exercido por uma classe restrita e não pela classe universal do ideário marxista. Na transformação da ordem social, a sociedade civil representa o ideal de uma sociedade sem Estado, surgida da dissolução do poder político.

Numa revisão do conceito gramsciano de sociedade civil, Coutinho (1981) indica que ele é um conceito portador da forma social da hegemonia, através da mediação entre a infraestrutura econômica e o Estado, e tem relação com o vínculo de condicionamento recíproco entre infraestrutura e superestrutura. Sua concepção de sociedade civil possibilita entender o Estado de forma ampliada e permite o reconhecimento da socialização da política no capitalismo desenvolvido (com sujeitos políticos coletivos de massa, leis e funções autônomas e específicas), bem como dos

aparelhos repressivos do Estado. O Estado ampliado apresenta duas formas principais: primeiro, a sociedade política que é constituída pelo conjunto dos mecanismos de monopólio que detém a classe dominante da repressão e da violência por meio do aparelho de coerção através das burocracias executivas e policial-militar. Segundo, a sociedade civil abriga as organizações responsáveis pela divulgação das ideologias, tal como o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais e a organização material da cultura (meios de comunicações de massa). Por isso é possível dizer que a sociedade civil é débil onde a tradição da democracia política e as organizações populares autônomas são fracas ou inexistentes.

O Estado Social pode ser compreendido não apenas no sentido deste permear a sociedade, mas também porque a ação do cidadão participante exige sempre maior apoio e proteção do Estado. Nesse sentido, sociedade e Estado atuam como dois momentos distintos, mas interdependentes do sistema social. Desse modo, a sociedade civil é hoje o lugar em que se desenvolvem não só os conflitos econômicos, mas sociais e ideológicos (religião, etnia, gênero, identidade).

Os agentes envolvidos são não só classes, mas também grupos e movimentos sociais, associações e organizações que representam movimentos de luta pela emancipação de minorias diversas e pela defesa da ampliação dos direitos civis e de sua capacidade de inclusão social.

E ao nos referirmos ao Movimento Indígena pode-se dizer que com o fim da escravidão dos indígenas inicia-se um discurso de tutela para com o povo originário. Diante da grande dívida, o Brasil transita entre a proteção e o dever, a fim de assegurar os direitos de cidadania e integrá-los à sociedade. Definido por Cunha (1987) a grande dívida após a libertação foi tratada juridicamente pela tutela ao sujeito indígena, culminando prejuízos ao homem nacional em sua identidade e capacidade política, pois o país os identificava como “grandes crianças”.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 reconhecem-se aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (documentos juridicamente reconhecidos pelo Estado democrático), os quais determinam mecanismos de participação na agenda de formulação de políticas públicas, e a tutela é relativizada.

Desta forma considerando que, os movimentos sociais contemporâneos logram inscrever demandas de diversos sujeitos, entre eles as reivindicações do povo indígena, os quais ganham força no Brasil a partir de 1990, com a luta pela demarcação de terras (batalha que perdura no tempo desde a época do Brasil colônia), novos sujeitos surgem na arena dos movimentos sociais, como refere Gohn (2011) abrindo espaços para as suas demandas sociais, as quais são positivadas na sociedade como direitos, com a finalidade de possibilitar espaço à participação social do povo indígena.

Entretanto, há que se esclarecer que o espaço no ordenamento jurídico brasileiro foi conquistado com muita luta e pressão dos grupos indígenas, os quais reunidos coletivamente, em cada aldeia ou comunidade possibilitou a inclusão no cenário brasileiro às inúmeras agendas, seja pela terra ou direitos como educação e saúde. Os movimentos sociais citados por Gohn, em texto referido anteriormente, fazem referência à Alberto Melucci (1996), quando identifica que os grupos criam identidades, projetando nos seus participantes sentimento de pertencimento social. Portanto, a ação indígena pode ser reconhecida como um movimento social, pois possui um grupo definido, organizado com identidade, na qual estabelece uma continuidade durante um espaço de tempo, em que demandas sociais estão sendo colocadas em pauta, a fim de que possam se concretizar e talvez, determinar a atuação do Estado frente as reivindicações do grupo.

Quando nos referimos ao aspecto metodológico da pesquisa, optamos por fazer a abordagem qualitativa e a utilizamos por permitir analisar criticamente a realidade, os elementos processuais e visualizar as possibilidades de transformações dessa realidade. O modelo teórico de investigação qualitativo seguiu o caminho que articula a hermenêutica e a dialética. Para os objetivos propostos, esse foi o meio mais adequado para produzir uma avaliação compreensiva e crítica.

Por um lado, a hermenêutica lida com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum e atenta para o fato de que é preciso conhecer o contexto e a cultura, haja vista os limites da linguagem. Segue o princípio de que a experiência cultural mostra os resultados dos consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos (MINAYO, 2006, p. 68).

Por outro lado, defende que nem tudo na vida social é transparente e inteligível nem a linguagem é uma estrutura completa da vida social. Nesse sentido, Habermas

(1987) argumenta que o mundo se compõe de trabalho, de poder e de linguagem. Portanto, a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e de poder:

Linguagem é também *médium* de dominação e de poder social. Ela serve à legitimação de relações de violência organizada. Na medida em que as legitimações não manifestam (*aussprechen*) a relação de violência, cuja institucionalização possibilita, e na medida em que isso só se exprime (*ausdruckt*) nas legitimações, a linguagem também é ideológica (HABERMAS, 1987, p. 68-69).

Por isso é importante apoiar-se nas análises do contexto e das práxis. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Do ponto de vista metodológico, o pensamento dialético precisa:

(i) criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem; (ii) compreender que a análise dos significados deve ser inserida nas práticas sociais; (iii) valorizar os processos na dinâmica das contradições no interior das quais a própria oposição entre avaliador e avaliado se colocam e (iv) ressaltar o condicionamento histórico das falas, das relações e das ações (MINAYO, 2006, p. 69).

As abordagens hermenêutica e dialética, com suas peculiaridades, podem tornar-se complementares. Enquanto a abordagem hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica. Assim, a hermenêutica e a dialética se constituem em elementos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais.

Esta pesquisa tem como eixo principal o controle social exercido pelas populações indígenas no campo da saúde. Inicialmente, constituiu-se o marco teórico da análise, com destaque para a abordagem de identificação dos mecanismos de controle social - meios que possibilitariam o diálogo intercultural e a participação na definição da política 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

sociocultural desses povos. Para analisarmos essas diferentes formas de contato, tomamos como base o conceito de cultura de Geertz (1973, p. 4):

[...] para quem 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 o é (GEERTZ, 1973, p. 4).

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. Os estudos de Carvalho (2005); Corrêa (2005); Garnelo (2000; 2001; 2002; 2003); Encarnação (2001) serviram de base para discussão sobre: “controle social”, “conselhos de saúde” e “conselhos de saúde indígenas”.

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

de a sociedade civil interagir com os gestores, para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que satisfaçam às necessidades reais da população.

Carvalho (1998, p. 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.

O estudo sobre conselhos de saúde indígena nos remeteu a uma necessária discussão sobre o Movimento indígena, para tanto recorremos aos estudos desenvolvidos por Roberto Cardoso de Oliveira (2000); Darcy Ribeiro (1996) e Ortolam (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 (2006) 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 utilização da entrevista semiestruturada, aplicada de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto aos conselheiros indígenas e aos gestores do DSEI/MAO (não indígenas) que denominamos atores chaves. Realizamos 09 entrevistas no total, sendo 07 (sete) com os conselheiros indígenas do CONDISI e representantes dos usuários e 02 (dois) com os gestores (tendo em vista ter passado três gestores durante o transcorrer da pesquisa). Utilizamos como critério de escolha dos entrevistados, a atuação como conselheiro(a) por um período maior de dois anos, salvo no caso de dois estreantes no Conselho como parâmetro para observar suas dificuldades em relação aos mais antigos.

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.

O roteiro das entrevistas encontra-se no anexo deste trabalho e os mesmos foram preparados objetivando dar respostas aos objetivos desta pesquisa. Cada entrevista teve a duração de 50 minutos e foram realizadas duas entrevistas com cada um dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Todos os dados foram analisados de forma qualitativa.

Todas as entrevistas foram realizadas na sede do DSEI MANAUS, onde também está localizado o CONDISI. O DSEI MANAUS, está localizada numa área privilegiada sito à rua Djalma Batista, área comercial mais valorizada da cidade de Manaus. É um prédio funcional, alugado, onde se dá expediente também a representação do Ministério da Saúde no estado do Amazonas. As reuniões ordinárias e extraordinárias do referido CONDISI obedece a um calendário anual e todas as reuniões ocorrem no auditório do citado prédio e durante o intervalo dessas reuniões ou ao término das mesmas sempre ocorriam as entrevistas.

Ressalta-se ainda que optamos pela entrevista semiestruturada 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. Neste sentido:

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 os entraves e os avanços identificados.

Neste sentido, abordamos na Seção I a temática dos direitos e movimentos indígenas, 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.

Na Seção II, discutimos o CONDISI do Distrito Sanitário especial Indígena de Manaus observados pela ótica de seus aspectos históricos deste a sua implantação até os dias atuais e, ainda, as relações socioculturais na composição do mesmo. Findamos o mesmo destacando a função dos conselheiros (sobretudo os indígenas) e a questão da equidade e participação – 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.

Já na Seção III, 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. É também neste capítulo que damos voz aos sujeitos da nossa pesquisa, extraindo-lhes importantes depoimentos que foram descritos ao longo do mesmo através do nosso trabalho do campo e seus resultados.

Por fim, na Seção IV, abordamos sobre a resistência dos povos indígenas ao longo da história evidenciando o protagonismo indígena em meio essa história de lutas e conquistas na área da saúde e nos contextos das lutas pela efetivação de direitos coletivos.

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.

SEÇÃO I

1 DIREITOS E MOVIMENTOS INDÍGENAS

1.1 contextualizando

A luta pela garantia dos direitos de povos indígenas se confunde com a própria história americana, trazendo à tona questões socioambientais e humanitárias que ainda precisam ser discutidas. O marco do movimento indígena data de 1940, no México, momento em que foi realizado o primeiro Congresso Indigenista Americano (Convenção de Patzcuaro), com o objetivo de criar e discutir políticas que pudessem zelar pelos índios na América.

O Movimento Indígena considera seu surgimento concomitante ao momento histórico em que se data o "descobrimento" das terras brasileiras e, por conseguinte, o surgimento de sua principal fonte de enfrentamento: a garantia dos territórios tradicionalmente ocupados por seu povo. Além disso, conforme a afirmação de Borges (2006, p. 1):

[...] Historicamente, os povos indígenas sempre reagiram à violação e a conquista de seus territórios tradicionais; e estas respostas variavam de acordo com o desafio imposto pelos distintos momentos da expansão capitalista, inicialmente europeia e, mais tarde, condicionada à formação econômica brasileira.

Porém, no Brasil, começaria a se manifestar de maneira mais organizada apenas na década de 1970, tendo em vista a necessidade de proteção de terras em relação a políticas expansionistas da ditadura militar. Logo após esse período, em 1982, o primeiro deputado indígena é eleito no país Mario Dzuruna Butsé (Mário Juruna) pelo Estado do Rio de Janeiro, no Partido Democrático Trabalhista (PDT), reforçando a ideia de que, para evoluir em sua luta, os povos indígenas precisariam ser representados por quem a conhecia e vivenciava de fato.

Nos anos seguintes, os índios fizeram-se presentes no Congresso Nacional e na política de forma geral, organizando protestos e criando grupos autônomos de

reivindicações. Algum tempo se passou até que em 2002 foi criada a APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, como uma maneira de unir as necessidades dos povos em geral em uma única voz.

Hoje no nosso país o Movimento Indígena (MI) está assim organizado. No topo da estrutura está a APIB-Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, que faz a representatividade a nível nacional com sede em Brasília. Foi criada pelo Acampamento Terra Livre (ATL) de 2005, a mobilização nacional que é realizada todo ano, a partir de 2004, para tornar visível a situação dos direitos indígenas e reivindicar do Estado brasileiro o atendimento das demandas e reivindicações dos povos indígenas. Depois cada região tem suas organizações representativas, como a ARPIN-SUL – Articulação dos Povos Indígenas do Sul, APOINME – Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo, ARPAPAN – Articulação dos Povos Indígenas do Pantanal e Região, ARPINSUDESTE – Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste e na Amazônia, com sede em Manaus está a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB, considerada a maior organização indígena do país e hoje enfrenta algumas dificuldades de gestão e perdeu seu grande poderio de articulação não podendo celebrar convênios.

Segundo Júnior (2016), o movimento indígena no Brasil, desde a sua criação ou organização, vem atuando em busca da garantia, efetivação e defesa dos direitos indígenas. Tais reivindicações dar-se-ão pela necessidade dos povos indígenas obterem proteção especial, sem ferir o princípio da organização social e de autonomia de cada povo, por considerarmos inúmeros fatores que ameaçam a reprodução física/cultural de nossos povos (APIB). Assim sendo, o movimento indígena pautou como eixo mobilizador da luta “A Terra”. Sua força tarefa em torno da “terra” se dá em vários enfoques:

- A regularização fundiária das terras indígenas, que se dá pelo processo de demarcação.
- O fortalecimento das atividades de fiscalização nas áreas já demarcadas, que possam garantir que essas terras indígenas não sejam descaracterizadas.

- A luta pela ampliação das terras indígenas que se encontram demarcadas, por conta do tamanho da T. I. ser reduzido e insuficiente para estabilidade étnica nesse espaço, dificultando a permanência das famílias indígenas.
- A luta pelo fortalecimento dos povos e organizações indígenas, no combate as instalações de empreendimentos que causam impactos ambientais e na vida de nossas famílias no interior de nossas aldeias.
- A necessidade de revogação do Decreto nº 1775/96, que regulamenta o processo para demarcação das terras indígenas, havendo a insatisfação do movimento indígena, no que toca a possibilidade de contestação à demarcação, mesmo depois da homologação.

Mas as manifestações que mais ecoam entre os povos indígenas na atualidade têm endereço certo: a não aprovação da PEC 215/00-Proposta de Emenda Constitucional que pode levar à paralisação absoluta das demarcações de Terras Indígenas no país e à instalação nesses territórios de empreendimentos de grande impacto, como hidrelétricas. A coordenadora da Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (Apib), Sonia Guajajara, enfatiza: “Como vai reduzir o desmatamento, se vulnerabiliza os territórios indígenas”. Ela também criticou a posição periférica em que os povos indígenas são colocados nas negociações climáticas (JÚNIOR, 2016).

Os indígenas possuem como objetivo central de sua movimentação política a conservação e delimitação de áreas indígenas, ou seja, terra. Porém, esse conceito é muito mais amplo do que o conceito literal. Dentro do conceito “terra”, estão inseridas reivindicações como educação, saúde diferenciada, respeito e reconhecimento à cultura, projetos socioeconômicos destinados aos diversos povos, áreas de preservação e fiscalização ao cumprimento de leis e demarcações.

A luta do movimento indígena no Brasil abrange muito mais do que apenas o território físico. Uma de suas grandes exigências é a possibilidade de manter sua cultura e seu modo de vida. De acordo com Luciano (2006), há algumas ideias em torno do assunto que se costuma dizer que no lugar de movimento indígena dever-se-á dizer “*índios em movimento*”. E de fato há razão nisso, pois não existe no Brasil um movimento indígena. Existem muitos movimentos indígenas, uma vez que cada aldeia, cada povo ou cada território indígena estabelece e desenvolve o seu movimento. Mas

as lideranças indígenas brasileiras, de forma sábia, gostam de afirmar que existe sim um movimento indígena, aquele que busca articular todas as diferentes ações e estratégias dos povos indígenas, visando a uma luta articulada nacional ou regional que envolve os direitos e os interesses comuns diante de outros segmentos e interesses nacionais e regionais.

Um ponto que merece destaque diz respeito ao fato do modelo de organização indígena formal (que dão vida ao “Movimento Indígena”) – ser nos mesmos moldes do modelo do homem branco – foi sendo apropriado pelos povos indígenas ao longo do tempo, da mesma forma que eles foram se apoderando de outros instrumentos e novas tecnologias dos brancos para defenderem seus direitos, fortalecerem seus modos próprios de vida e melhorarem suas condições de vida, o que é desejo de qualquer sociedade humana. Isto não significa tornar-se branco ou deixar de ser índio. Ao contrário, quer dizer capacidade de resistência, de sobrevivência e de apropriação de conhecimentos, tecnologias e valores de outras culturas, com o fim de enriquecer, fortalecer e garantir a continuidade de suas identidades, de seus valores e de suas tradições culturais.

A ideia de movimento indígena nacional articulado é importante para superar a visão antiga dos colonizadores de que a única coisa que os índios sabem fazer é brigar e guerrear entre si, quando na verdade, usaram essas rivalidades intertribais para dominá-los, jogando um povo contra o outro. Ainda hoje, muitos brancos, principalmente do governo, preferem dar mais importância à ideia de que não há e não pode haver movimento indígena articulado e representativo devido à diversidade de povos e realidades, pois isso fortalece os propósitos de dominação, manipulação e cooptação dos índios em favor de seus interesses políticos e econômicos. Os dirigentes políticos e os gestores de políticas públicas utilizam muito esta ideia para justificar suas omissões e incapacidades de formular e de implementar políticas públicas coerentes, com o argumento de que os índios não se entendem, e isso impede a execução das ações. Um exemplo disto é o projeto de lei do Estatuto das Sociedades Indígenas, que há mais de 23 anos permanece sem aprovação no Congresso Nacional. A principal justificativa por parte dos dirigentes políticos é a falta de consenso entre os índios sobre as várias questões e os diferentes aspectos do projeto de lei.

Por conta disso, a situação dos índios no Brasil ainda é muito imprecisa. Por mais que a Constituição de 1988 seja muito clara e os direitos indígenas sejam reconhecidos de maneira robusta, falta a aprovação do referido Estatuto. Ele está se arrastando há anos, desde 1994. Existe o Estatuto do Índio, promulgado em 1973, que é antigo, ultrapassado e fora da realidade em todos os sentidos, até mesmo na definição do índio. E esse novo estatuto já sofreu toda sorte de mudanças e emendas, mas não está passando pelas melhores mãos. Então, no momento a principal preocupação é conseguir a aprovação do novo Estatuto.

Uma ação ainda embrionária ganha terreno sem, no entanto, ganhar a simpatia nacional, que é a criação do PNI-Partido Nacional Indígena, ideia que já atravessa mais de uma década iniciada pelo líder Tikuna Adir Bastos e hoje esbarra na burocracia para sua concretização. Independentemente dessa suposta criação, na atual eleição geral há um acentuado número de indígenas em todo Brasil candidatando-se a cargos eletivos. Somente aqui no Amazonas, tivemos três candidatos de diferentes etnias concorrendo ao cargo de Deputado Federal e seis para Deputado Estadual, sendo que no cenário nacional também tivemos uma indígena do povo Guajajara do Estado do Maranhão, concorrendo ao cargo de vice-presidente. Esta é uma aposta que sem dúvida se lograssem êxito, certamente avançaria muito em várias questões que estão travadas no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas, como é o caso do Estatuto do Índio que aguarda por aprovação há décadas. E certamente a questão da saúde também é pauta de discussões, quando o Movimento Indígena Nacional coloca em pauta para a próxima Conferência Nacional de Saúde Indígena (a 6ª), prevista para o segundo semestre de 2019 e tem como um dos objetivos a atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, publicada em 2002, para redefinir as diretrizes e efetivar as particularidades étnicas e culturais no modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. E para isso é necessário pessoas que realmente defendam a causa indígena, políticos indígenas com mandato para fortalecer a questão.

Em 1973, foi promulgada a lei 6.001 que ficou conhecida como “Estatuto do Índio”. Na época de sua formulação, a cultura indígena era vista como “transitória” e o índio como “relativamente incapaz”. Seguindo essa visão, os povos indígenas eram considerados tutela do Estado até que sua integração com a sociedade brasileira fosse

realizada. A responsabilidade seria do Serviço de Proteção ao Índio, órgão que deu espaço para atual Fundação Nacional do Índio-FUNAI.

Após a constituinte de 1988 – processo no qual os índios fizeram-se presentes – passa a ser assegurado o direito à sua própria cultura, direito processual e direito às terras tradicionalmente ocupadas, impondo a União o dever de zelar pelo cumprimento dos seus direitos:

Art. 231, CF. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (CF/1988).

A leitura que se faz nesse caso referente à Constituição Federal de 1988, assim como as que a antecederam, preocupou-se em proteger os direitos e interesses das populações indígenas, acolhendo o instituto do indigenato ao reconhecer os direitos originários dos índios sobre as terras que tradicionalmente habitam (art. 231). O § 6º do art. 231 da CF expressamente dispõe que os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios são nulos de pleno direito, não havendo qualquer direito à indenização ou ações contra a União.

Em 2002, no Novo Código Civil, o índio deixa de ser considerado relativamente incapaz e sua capacidade deve ser regulada por legislação especial:

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Dessa forma, é necessário redefinir também os conceitos acerca da incapacidade relativa dos índios no sentido de conferir a estes uma especial proteção jurídica e não uma restrição puramente discriminatória. Nesse sentido, dispõe a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais (ratificada pelo Brasil em Abril de 2004), que *o direito dos povos indígenas de conservarem seus costumes e instituições próprias* “não deverá impedir que os membros desses povos exerçam os direitos reconhecidos para todos os cidadãos do país e assumam as obrigações correspondentes”.

Face aos preceitos da Constituição Federal e da Convenção nº 169 da OIT, não é possível imaginar o regime tutelar como uma prática restritiva que se limita a tolher os índios de sua capacidade plena sem qualquer motivo relevante que justifique. Assim, ao contrário do que prevê o Estatuto do Índio, forçoso reconhecer que os atos jurídicos celebrados entre índios e terceiros só perderão a sua eficácia jurídica quando demonstrado que os primeiros não tiveram consciência das consequências jurídicas de seus atos em face das normas vigentes em nossa sociedade. Do contrário, nenhuma limitação poderá ser suscitada (ROESLER, 2010). Inclusive, a antropologia atual considera totalmente superada a classificação dos índios em relação ao seu grau de integração à comunhão nacional, ratificando a interpretação hodierna das normas previstas no Estatuto com os ditames da Constituição Federal de 1988 e da Convenção nº 169 da OIT.

Portanto, uma vez reconhecida pela Constituição Federal a capacidade processual das comunidades indígenas, claro está o reconhecimento da capacidade civil plena dos índios. Sem dúvida, essa é a melhor interpretação que pode se conferir à questão em face dos preceitos constitucionais vistos anteriormente.

Pelo exposto, conclui-se que a questão da capacidade civil dos índios atualmente deve ser entendida à luz da Constituição Federal, que facilmente se sobrepõe aos dispositivos do Estatuto do Índio. De outro lado, a citada Convenção nº 169 da OIT não diz de outra forma. Portanto, seria recomendável que o Congresso Nacional atualizasse a Lei nº 6.001/73 em vários aspectos de modo que possa ficar em completa harmonia com a atual ordem constitucional brasileira vigente.

O tema em questão deve ser bastante discutido perante toda a sociedade, pois como ramo do direito público envolve não apenas o índio, mas a coletividade como um todo. A esse respeito Silva (2007, p. 862) diz o seguinte: “Os direitos e interesses dos índios têm natureza de direito coletivo, direito comunitário. Como tal, concerne à comunidade toda e a cada índio em particular como membro dela”.

Essas pessoas, desde então, sofreram modificações na língua, costumes e até mesmo na religião, mas nem por isso perderam a sua relação com a cultura de origem. Essa identificação deve ser respeitada e a ela tem que ser dado um lugar dentro da sociedade. Eles têm uma situação consagrada na Constituição, que os reconhece e os

tornam cidadãos eminentes no país. Eles têm direitos especiais porque eles são especiais. É mais preciso falar em comunidade indígena do que em índio. Afinal, todo mundo é um pouco índio no Brasil.

1.2 A assistência à saúde dos Povos Indígenas – entendendo a política

O modelo construído pelo Estado democrático, após a Constituição Federal de 1988, em relação à política pública na área da saúde para o indígena, apresentando as estruturas do sistema nos entes federados que compõe a federação brasileira União, Estado e Município e destacando a política pública como ação efetiva, o sujeito da ação, bem como os processos de elaboração e execução da política nacional de atenção à saúde indígena. Howlett; Ramesh (1995), ao citar a definição para políticas públicas de William Jenkins, assim a define:

[...] um conjunto de decisões interrelacionadas tomadas por um ator (ou grupo de atores) político(s) em relação à seleção de objetivos e os meios para alcançá-los numa situação específica em que tais decisões deveriam, em princípio, estar ao alcance do poder de tais atores em consegui-las (HOWLET & RAMESH, 1995, p. 5).

Essa definição ilumina alguns pontos importantes da questão entendendo a produção de políticas públicas como um processo. Inicialmente, indica quem participa – atores políticos, individualmente ou organizados em grupos, tanto de dentro como de fora do Estado. Além disso, deixa claro que as políticas são geralmente a soma de uma série de decisões mais ou menos coordenadas (interrelacionadas), como de fato acontece – uma política pública de saúde é feita em diversas câmaras legislativas, agências, ministérios, autarquias e níveis de governo diferentes.

Em seguida, vem a ideia de que uma política tem uma ou mais premissas de relações causais, em sequência que passa pela percepção de um problema, pela necessidade da tomada de uma decisão, pela definição de objetivos e pelos meios de alcançá-los. Por último, traz a importante noção de que tomar decisões não basta – é preciso que os atores que formulem uma política tenham capacidade de implementá-la.

De acordo com Souza (2006), não há uma definição única ou melhor sobre o que seja política pública podendo ser definida como um campo dentro do estudo da política que analisará o governo à luz de questões públicas, capazes de produzir efeitos específicos, os quais influenciarão a vidas de todos os cidadãos.

Já para Bucci (2002, p. 242), “a política é uma atividade de conhecimento e organização do poder, é um espaço institucional para explicitar relações de poder entre Estado e Administração Pública”. De maneira que para o Estado Democrático de Direito são instrumentos de ação dos governos. Portanto, é uma relação de poder, de disputa ou de exercício de poder. As políticas públicas possuem como foco temas que afetam a coletividade e mobilizam interesses e conflitos.

Pode-se dizer também que a política é a ciência da governança de um Estado ou Nação e também uma arte de negociação para compatibilizar interesses. O termo tem origem no grego *politiká*, uma derivação de *polis* que designa aquilo que é público. O significado de política é muito abrangente e está, em geral, relacionado com aquilo que diz respeito ao espaço público.

Na ciência política, trata-se da forma de atuação de um governo em relação a determinados temas sociais e econômicos de interesse público: política educacional, política de segurança, política salarial, política habitacional, política ambiental, etc. É natural que com o passar do tempo, seja necessário proceder a uma alteração de algumas leis ou políticas estabelecidas por um determinado país. No Brasil, a expressão "reforma política" remete para as alterações propostas para o melhoramento do sistema político e eleitoral. Essas propostas são debatidas no Congresso Nacional podendo ser aceitas ou recusadas.

Políticas públicas consistem, portanto, em ações tomadas pelo Estado que têm como objetivo atender aos diversos setores da sociedade civil. Essas políticas são muitas vezes feitas juntamente e com o apoio de ONGs (Organizações Não Governamentais) ou empresas privadas. Quanto aos seus tipos, as políticas públicas podem ser distributivas, redistributivas e regulatórias, sendo que podem atuar na área industrial, institucional, agrícola, educacional e da assistência social.

Já no caso das políticas pública de saúde, as mesmas têm sido construídas através das Conferências onde a participação do controle social e do Movimento

Indígena são fundamentais. No que se refere aos atores políticos envolvido na ação política dos governos tem-se no caso específico os indígenas, que receberam ao longo dos anos a política assimilacionista do Estado que dirigiu às populações indígenas segundo Bucci: “a dimensão prática na ideia da política pública como um programa de ação governamental” (BUCCI, 2002, p. 241). A política indigenista adota pelo Estado ao longo dos anos acreditava que pela assimilação da cultura não índia ao povo índio, paulatinamente as populações indígenas desapareceriam. Contudo, o que se observou foi uma resistência do povo originário em manter viva a sua cultura ancestral. E a partir da Constituição Federal de 1988 com o reconhecimento a sua organização mecanismos de participação e contestação foram sendo institucionalizados pelos índios, a fim de garantirem suas demandas e conquistas.

Como já foi referido anteriormente, o Brasil adotou uma postura de tutela, estabeleceu com o povo originário ações políticas tutelares. Carneiro da Cunha (1992) afirma que a tutela foi um dos aspectos negativos da política adotada pelo Estado tendo em vista que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades, o que retirou dos índios a possibilidade de protagonizarem os rumos de suas vidas.

De acordo com o que define o direito administrativo, políticas públicas são instâncias empíricas do Estado em ação, mobilizando todos aqueles envolvidos com a administração pública. Então, como programas de ação governamental, tem-se o planejamento neutro realizado pelo Estado (*policy*) e o resultado das ações dos atores políticos que visam a defesa dos seus interesses e valores (*politics*) (BUCCI, 2002; RUA, 2009; SOUZA, 2006).

Nesse contexto, o que se tem são negociações construídas via acordos políticos que o governo se utiliza para atender reivindicações feitas pelos atores sociais envolvidos, com o intuito de atender as demandas coletivas. O que pode ocorrer também é uma política pública omissa, de maneira que o governo poderá escolher fazer ou não fazer.

De acordo com Caubet (2014, p. 19), a fase atual que vivenciam os indígenas pode caracterizar-se mais por “retrocessos autoritários que por renasceres democráticos”, tendo em vista as políticas públicas omissas em relação às obrigações

de fazer, como é o caso da necessidade da demarcação das terras indígenas que ainda esperam identificação e regularização.

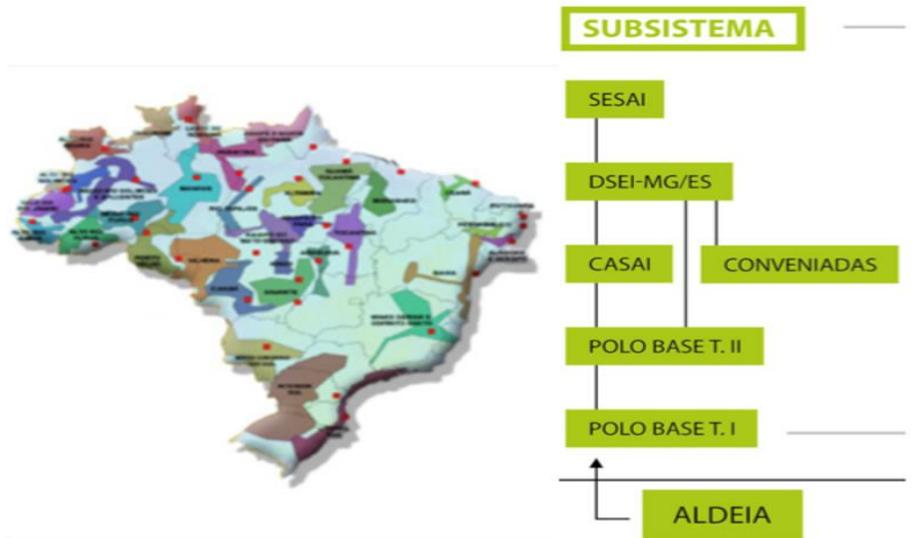
A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas propõe a estruturação de um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado na estratégia de execução pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estes direitos dizem respeito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades sentidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.

O propósito desta Política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer à superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde em maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Para tanto, a proposta envolveu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Figura 1) com uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população, adotando medidas que tornassem factível e eficaz a aplicação de princípios e diretrizes de descentralização, universalidade, equidade e controle social (CESP/UnB, 2018).

Abaixo, uma representação do fluxo de funcionamento do subsistema de atenção à saúde indígena que perpassa pelos gabinetes da SESAI e chega nas aldeias sugerindo a correlação de setores e atividades nessa rede de funcionamento.

Figura 2
Subsistema de atenção à saúde Indígena.



Fonte: <http://nesp.unb.br/observaindigena/>

No caso da política pública de atenção à saúde indígena, longos acordos, pressões internas do movimento indígena, bem como de organizações não governamentais conjuntamente com o as instâncias de governos foram ao longo dos anos sendo construídos para o que se denomina hoje de Subsistema de Saúde Indígena.

Souza (2006, p. 26) considera que: “a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”. De maneira que quando colocadas no campo de ação deverão ser implementadas e ficarão submetidas a sistemas de acompanhamento de avaliação. Por serem públicas e o *lôcus* de debate ser o governo fazendo com que o mesmo tenha um espaço próprio de atuação, mesmo que ele esteja aberto a receber interferências externas e internas.

Ao ser abordado sobre a questão, o vice-presidente do CONDISI nos deu a seguinte declaração a respeito da PNASP:

No meu entendimento, falta aos nossos parentes conselheiros, conhecer melhor a política de saúde. Não vejo muito interesse na maioria deles em buscar mais informações para assim melhor atuarem representando suas bases

que lhes indicaram. É uma pena relatar isso mais é a mais pura verdade”; (J. A., Munduruku, Vice-Presidente do CONDISI do DSEI/MAO).

De fato, isso fica muito visível quando nas realizações das reuniões em que uma pequena maioria demonstra um “certo” conhecimento em relação a essa temática, foram incontáveis as vezes que flagramos grande parte dos conselheiros indígenas ao telefone por horas enquanto ocorriam importantes discussões nas reuniões onde eles deveriam estar levantando questões de ordem e encaminhando para apreciação. Então, é este o retrato de um colegiado de conselheiros indígenas que precisa mudar de atitude visando melhor aproveitamento nas reuniões e conseqüentemente das ações de saúde.

Os atores políticos são aqueles cujos interesses serão afetados positiva ou negativamente de acordo com o caminho que a política pública for traçada. Os atores políticos serão, portanto, os indivíduos, os grupos ou as organizações.

Rua (2009) mostra-nos que há dois tipos de atores envolvidos na política pública sendo eles: a) governamentais e b) não governamentais. Os atores governamentais compreendem os burocratas, gestores, os funcionários de carreira, os agentes públicos, e ainda os grupos de pressão, instituições de pesquisa, acadêmicos, partidos políticos, organizações privadas. Dentre os atores não governamentais estão os sujeitos desta pesquisa, os indígenas que desde o primeiro contato com o não-índio iniciaram o movimento de contestação contra ao modelo de gestão que era construído de acordo com seu tempo e sua época.

Aos atores políticos ainda serão relacionados os recursos de poder que poderão ser utilizados por eles na pressão de suas ações ou decisões, com o intuito de serem favoráveis aos seus interesses. Sobre estes recursos Rua refere como “recursos de poder” (RUA, 2009, p. 44), que são as capacidades que um ou vários atores podem utilizar para pressionar por decisões.

No caso dos indígenas os recursos de poder estão legitimados pela legislação vigente ou especialmente pela Constituição Federal que reconheceu direito às terras, às políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política, bem como a preservação de sua língua e cultura.

Além dos indígenas há também organizações não governamentais, ONGs que atuam há muito tempo como parceiras de contestação e luta pelos direitos dos povos originários. De acordo com Garnelo (2012), além das tensões nacionais do movimento indígena, as tensões internacionais exerceram e exercem grande influência nas políticas internas do Brasil no que compete aos povos originários, os quais encontram eco nos diversos movimentos que apoiam o tema indígena.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um avanço no que se refere à equidade e justiça para os povos indígenas, com a concretização de direitos conquistados na Constituição de 1988. A implantação do subsistema, com o modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), iniciou-se em 1999 e significou o aumento da extensão da cobertura das ações de saúde aos povos aldeados.

Em seus mais de 10 anos de existência, a trajetória do Subsistema foi marcada por dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nesse período, os problemas para a consolidação do subsistema levaram a recorrentes manifestações de insatisfação por parte dos usuários indígenas e à demanda por mudanças. A situação precária da gestão das ações de saúde indígena também foi severamente criticada por órgãos de controle e de justiça, que estabeleceram recomendações para reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Essa situação, aliada aos protestos da população indígena quanto aos serviços de saúde, levaram o governo brasileiro a tomar a decisão de transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde (MS), por meio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esse processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena e por várias rodadas de negociação, tornando-se um marco histórico para a assistência à saúde indígena.

Durante a década 1990, ocorreu um processo de intensa discussão de formulação de atenção à saúde para os povos indígenas, culminando com a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999 que tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios

e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam esses povos mais vulneráveis aos agravos à saúde e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (MARQUES, 2003, p. 01).

A partir do Decreto nº 7.530/2011, as ações de saúde indígena que eram da responsabilidade da FUNASA passam a ser da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, subordinada ao Ministério da Saúde. Este novo órgão passa a coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à saúde indígena em todo Território Nacional, cabendo-lhe coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena; promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena (BRASIL, 2011a). Entretanto, essa passagem não foi assim tão tranquila, pois a pressão de alguns grupos específicos (entre lideranças indígenas e servidores e gestores da FUNASA) para a permanência da saúde indígena na Funasa era clara, porém, ao contrário do que ocorreu na 4ª CNSI (onde houve o convencimento das lideranças indígenas em permanecer com a FUNASA), dessa vez, essa mobilização não apresentou força suficiente para convencer a maior parte dos representantes indígenas. Por outro lado, durante as discussões, a Funasa não apresentou nenhuma ação para melhoria de sua atuação na gestão do Subsistema, confirmando sua baixa capacidade de superação dos problemas existentes.

Ocorreram vários seminários que antecederam essa criação e contaram com a participação de mais de 400 pessoas, entre representantes dos povos indígenas, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços. Foram realizados nos seguintes locais e datas: região Centro-Oeste – Campo Grande, 31 de maio a 2 de junho de 2009; região Norte – Amazônia Legal I – Manaus, 24 e 25 de junho de 2009; região Norte – Amazônia Legal II – Belém, 23 e 24 de julho de 2009; região Nordeste – Recife, 24 e 25 de agosto de 2009. O seminário da região Sul-Sudeste foi cancelado devido à epidemia de gripe H1N1 à época (FERREIRA, et al, 2013). Outros pontos referentes a este panorama histórico encontram-se nos anexos.

SEÇÃO II

2 O CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DO DSEI MANAUS – a responsabilidade do Controle Social

A Reforma Sanitária criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado e medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem que, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torna-la mais saudável (SÉRGIO AROUCA).

2.1 O Controle Social na atenção à Saúde Indígena

Por meio do Conselho nacional, estadual e municipal de saúde, ocorre a participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), os estados, Distrito Federal e os municípios possuem autonomia na gestão dos recursos e na implantação e implementação das políticas públicas de saúde, baseadas nas diretrizes e normas do Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2017).

De acordo com a Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde. Integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), os conselhos de saúde indígena estão organizados em:

- Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) – permanente, consultivo composto somente por indígenas;
- Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) – permanente, paritário e deliberativo;
- Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCCondisi) – permanente e consultivo.

O Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCCondisi) que tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), das Leis Complementares Específicas à Saúde Indígena, além de promover o

fortalecimento e a promoção do Controle Social em saúde, tem também a função de atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2017).

Formado pelos 34 presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, o Fórum tem caráter consultivo, propositivo e analítico e é a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde.

O FPCondisi atua em consonância com as instâncias decisórias do SUS, com os Conselhos Distritais de Saúde Indígena e com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

São também responsáveis em discutir questões referentes ao funcionamento regular dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, envolver dirigentes e técnicos no debate das questões relacionadas à gestão participativa e ao Controle Social e opinar sobre critérios estabelecidos para contratação de equipes de saúde, bem como acompanhar as ações e serviços públicos e privados que atendem à população indígena.

Cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada DSEI e entre suas atribuições estão:

- I – participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução;
- II – avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena;
- III – apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

O Condisi é composto por:

- I - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS

que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao respectivo DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e

III - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam (BRASIL, 2017, p. 3).

Importante ressaltar que todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

O presidente do CONDISI do DSE/MAO que integra o Fórum de Presidentes nos falou que esse é um colegiado de suma importância na consecução das decisões em torno da PNASP e nos anos que tem participado tem observado a seriedade com que é levada a saúde indígena por estes presidentes que não medem esforços em ver concretizado tudo que foi pactuado nos Planos Distritais que em muito depende de suas atuações junto a SESAI para o seu andamento.

A defesa de direitos da população indígena foi historicamente uma bandeira de luta de organizações indigenistas, missões religiosas e associações indígenas. Após a criação do subsistema, surgiram novos espaços de discussão para as questões relacionadas à saúde dos povos indígenas. Assim como ocorre no SUS, no subsistema foram instituídas instâncias de controle social. No âmbito dos DSEIs, o controle social se configurou por meio da criação de conselhos locais e distritais de saúde indígena.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são instâncias consultivas constituídas apenas por indígenas que se organizam por aldeia, por um conjunto de aldeias ou por calhas de rio. Estes Conselhos têm regras próprias de funcionamento e respeitam a forma de organização das comunidades.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena, por sua vez, é o espaço destinado ao estabelecimento de uma relação intercultural e/ou interétnica para a construção de entendimentos comuns sobre o sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas.

Os CONDISI's foram legalmente constituídos nos 34 DSEI's com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de

assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS. A base para a organização dos CONDISI's está na Lei nº 8.142/90 e a resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017).

Os CONDISI's têm caráter deliberativo e constituem-se na maior instância de controle social no âmbito do DSEI. Cabe a eles a aprovação do Plano Distrital, a avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a apreciação da prestação de contas dos órgãos e das instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena. O DSEI deve garantir recursos para o funcionamento desses conselhos (IBIDEM).

Na avaliação de cacique Kambeba, conselheiro antigo, em seus cinco mandatos avalia positivamente a criação dos DSEI's:

Penso que foi um dos grandes avanços para a população indígena a criação dos DSEI's, pois assim com a autonomia financeira que são características dessas novas instâncias, ficará mais fácil a celebração de convênios, por exemplo, o que vai acelerar algumas ações da nossa saúde indígena, salientou (CACIQUE KAMBEBA, Conselheiro Distrital).

As ideias em torno desse assunto são unânimes quando se trata da criação dessa instância gestora das ações da saúde indígena, sobretudo, quando ela desponta com o caráter da autonomia administrativo-financeira ensejando assim a legitimação de grandes demandas reprimidas ao longo dos anos quando o assunto é saúde indígena.

Há também na esfera nacional, a CISI (Comissão Intersindical de Saúde Indígena) que se torna um espaço privilegiado para a participação de diversos atores governamentais e, particularmente, não governamentais, na condução da saúde indígena. Criada para assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas, foi instituída pela Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Saúde, em 31 de outubro de 1991 (BRASIL, 2017).

Inicialmente era composta por 11 membros, dos quais quatro eram representantes de organizações indígenas. Atualmente a sua composição, definida na Resolução nº 380/2007 do CNS, conta com dois coordenadores, que são representantes de associações indígenas, e 11 membros titulares, dos quais cinco são representantes indígenas.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa (Portaria nº 69/GM). Esse comitê foi composto por membros de secretarias do MS, da Funasa, de organizações indigenistas, por representantes indígenas dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, da Cisi e do Ministério Público. No entanto, a atuação dele não foi adiante por falta de convocação da Funasa.

Vale aqui registrar um resumo das conferências de saúde indígena, importante espaço de consolidação de propostas para o aprimoramento do subsistema. Elas ocorreram em 1986, em 1993, em 2001, em 2006 e a última (5ª) em 2013 e foram fundamentais para definir a política de saúde para os povos indígenas.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CNSPI) (Brasília, 1986) foi um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros, produziu um relatório sintético, registrando poucas diretrizes, dada à falta de consenso no movimento indigenista de saúde, mas constituindo fruto da maturidade das discussões sobre os temas. O SUS ainda era um sistema em discussão. A situação correspondia ao momento histórico brasileiro, de retorno à ordem democrática (NESP/UnB, 2018). Para maiores esclarecimentos sobre este tema elencamos no anexo deste trabalho o relatório completo das referidas conferências.

Perguntado se algum dos conselheiros atuais participou ou lembrava da 1ª Conferência e da importância da mesma à conjuntura da política de saúde indígena o grupo foi unânime em dizer que apesar de ninguém ter participado reconhecem que a mesma foi de suma importância para o que se tem posto hoje:

Foi graças à 1ª Conferência que hoje temos um sistema organizado e com muitas falhas ainda, reconhecemos, mas cabe a nós sermos os principais atores a apresentar propostas de melhorias e faremos isso na nossa participação na 6ª Conferência no próximo ano que certamente será de fundamental importância para todos nós indígenas (CACIQUE MURA. Conselheiro Distrital do DSEI/MAO, maio 2015).

Questionado sobre a prática de uso da medicina tradicional na saúde indígena no DSEI/MAO, o coordenador na salientou:

Estas práticas são usadas certamente pelos mais antigos em algumas aldeias, mas atualmente, o que percebemos tanto aqui nesse DSEI, bem como no outro que também coordenei, é que os indígenas estão deixando de lado a sua medicina tradicional e preferindo tomar os remédios que são distribuídos pela nossa farmácia, mas estamos trabalhando para mudar esta realidade (NARCISO CARDOSO, Coordenador Distrital, março/2017).

Assim, ao inserir a expressão Estado Democrático de Direito na Constituição de 1988, o constituinte se orientou por uma visão menos individualista de Estado, provocando maior participação dos componentes individuais, em uma perspectiva ascendente de baixo para cima (ZIMMERMANN, 2002).

A maior participação dos componentes individuais pode ser traduzida como a participação do cidadão para a construção de seu Estado. Sua atuação deve ser ativa, de maneira que tanto o povo, quanto o governo soberano, possa manter congruência para a ordem do território. No território de atuação do DSEI/MAO ocorre exatamente o que é proposto por este autor, a atuação ativa do povo, ainda que não na sua totalidade, mas cumprindo seu papel de agente fiscalizador.

A esse respeito, é importante relacionarmos aqui alguns fatos que permeiam o tempo de permanência dos coordenadores/gestores do DSE/MAO nesta trajetória de pesquisa iniciada em 2014. Nesse período a gestão estava sob a responsabilidade da Sra. Adarcylline Magalhães Rodrigues, que assumiu como interventora desde 2011, por conta de denúncias de irregularidades na gestão. Esta permaneceu à frente do órgão até o final de 2017, quando foi substituída por Narciso Cardoso, que coordenava o DSEI Médio Solimões. As causas de sua saída estão também relacionadas a má administração onde por várias vezes o CONDISI solicitou a sua saída, mas a SESAI sempre ignorava, até que veio à tona a denúncia que a mesma estava favorecendo empresa de familiares em um contrato milionário com a CASAI e então ficou insustentável sua permanência. Antes de sua saída, deu esta declaração:

Nunca este DSEI esteve tão organizado, com as contas em dia e cada vez mais procuraremos melhorar para assim os “parentes” ficarem contentes lá nas suas aldeias. Temos dado todo apoio ao CONDISI, para que eles façam o acompanhamento das ações in loco, facilitando nosso trabalho (A.M.R, Coordenadora Distrital, março/2017).

Cardoso permaneceu à frente da gestão por apenas um semestre, pois em um acerto em nível nacional, o então Deputado Federal Sabino Castelo Branco conseguiu através de uma articulação política junto à Presidência da República para que sua esposa e ex-deputada, Vera Castelo Branco assumisse em seu lugar. Qual foi a surpresa de todos, inclusive do CONDISI, que em nenhum momento foi consultado. O fato é que a Sra. Vera, apesar de ser ex-deputada, não tinha experiência nenhuma com a saúde indígena, configurando que o DSEI pode sim ser instrumento de interesses políticos, pois numa pesquisa de opinião entre os indígenas sobre os motivos de sua entrada no comando da instituição fica a pergunta no ar: houve ou não troca de gentilezas?

Foi também uma passagem relâmpago, pois a mesma foi nomeada pela Portaria Nº 2018, de 04 de agosto de 2017 e em julho de 2018 já se afastou para concorrer a uma vaga na Assembleia Legislativa, ficando em seu lugar como substituto o senhor José Alberto Albuquerque Bueno, através da Portaria Nº 924 de 07 de junho de 2018, que ficou no cargo por apenas dois meses, porque no dia 03 de agosto de 2018 através da Portaria Nº 2.235, foi nomeado para assumir em definitivo o DSEI Manaus, o Sr. Mario Ruy Lacerda de Freitas Júnior, conhecido como “junhão”. Que já foi Vereador e presidente da Câmara Municipal de Manicoré/Am. Este fora assessor de Vera Lúcia, mas sua entrada na coordenação se deu com o apoio irrestrito do CONDISI.

Nesse sentido, cabe aqui perguntar pelo fenômeno da descontinuidade muito presente no DSEI/MAO, encabeçado pelas constantes trocas de coordenadores. Em princípio, pode haver descontinuidade em qualquer uma das fases, da formação da agenda à avaliação da política de saúde desenvolvida. A mais comumente retratada, sem dúvida, acontece na fase da implementação, mas também planos e decisões são adiados, ou alternativas de novas ações descartadas, simplesmente porque eram da outra gestão.

Se o olhar passa a ser a continuidade, é também difícil dizer se a atenção a alguma das etapas específicas pode favorecer a continuação de uma das ações ou programas. Não há dúvida de que uma implementação percebida como bem-sucedida pode ajudar nesse sentido, mas pode-se imaginar também que uma fase especialmente complicada e conflituosa de formação da agenda ou de formulação e planejamento

pode fortalecer o novo gestor e trazer novas energias à manutenção da iniciativa. As promessas de continuidade são sempre notórias, mas na prática não se é percebido.

Sobre as constantes mudanças de comando do DSEI/MAO, conversamos com o atual coordenador que nos deu a seguinte declaração:

Me sinto tranquilo porque já vinha desenvolvendo as ações do DSEI junto com a companheira Vera, que teve que se afastar para concorrer a uma vaga de deputada estadual, eu particularmente, lamento por isso, mas vamos dar continuidade nas atividades já em andamento e buscar alcançar nossas metas. Já fui questionado aqui se vou abrir espaço para fazer campanha pra “ela” e eu digo com muita clareza: não misturo campanha política com as ações da saúde indígena em hipótese alguma, nem muito menos vou utilizar desta estrutura para minha campanha à prefeitura de Manicoré em 2020. Vamos trabalhar com afinco buscando alcançar nossos objetivos que é fazer um trabalho de atendimento da saúde indígena aqui no DSEI/MAO, com a qualidade que o mesmo requer, disse (M.R.L.F.J., Coordenador Distrital do DSEI/MAO, SETEMBRO, 2018).

Se todos estes ingredientes forem observados pelas gestões certamente que lograrão êxito, mas o que se tem percebido são puras tentativas de levar adiante algo tão complexo que por não dominarem o ato administrativo e muito menos ter vocação para o trabalho com populações indígenas, acabam por saírem frustrados e frustrando os usuários indígenas não apresentando resultados satisfatórios.

Assim, quando se fala em “prestar contas” estamos tratando da função administrativa de CONTROLE, que é a verificação/aferição do desempenho da atividade dos governantes e do desempenho dos três poderes. E a busca do controle sobre o poder já vem desde os tempos mais remotos.

Ferreira (1991) refere que, em Atenas, havia uma Corte de Contas constituída de dez oficiais, eleitos anualmente pela Assembleia popular, encarregada da fiscalização das Contas Públicas. Na antiga Roma, o Senado tinha também, entre outras, a missão de apurar a responsabilidade dos que manuseavam o dinheiro público.

Segundo Rolim (2006), o controle na Administração Pública do Brasil teve início com o surgimento do DASP-Departamento Administrativo do Serviço Público, em 1936. Este departamento “possuía as atribuições de racionalizar a administração mediante simplificações, padronizações e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e

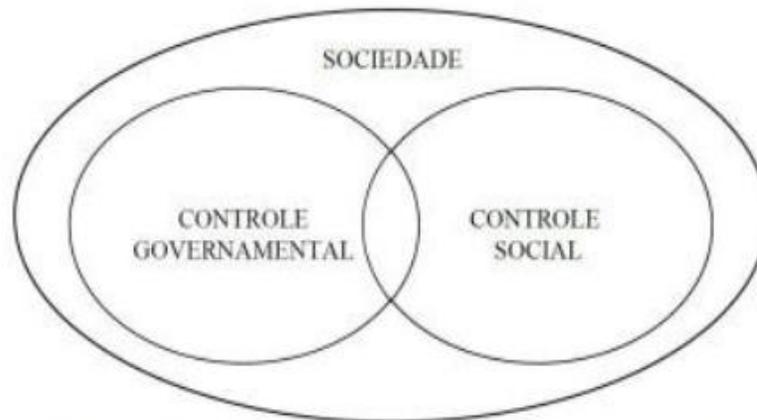
aplicações de métodos na definição de procedimentos” (p. 10). E, de acordo com Paiva (2004, p. 29),

[...] a Sociedade controla a Administração Pública ou por mecanismos criados pela própria sociedade dentro do Estado (controle governamental) ou fora dele (Controle Social). Assim, a Sociedade realiza o controle da Administração Pública por meio do Controle Governamental e do Controle Social.

Para Braga (2011, p. 53), o controle social tem três funções, a política; a jurídica e a social que juntas dão sentido as suas ações enquanto instrumento de controle:

- 1) Função Política: que se expressa pela participação nos segmentos da sociedade civil em processos decisórios, de promoção da transparência e do acompanhamento da gestão pública;
- 2) Função Jurídica: que se faz presente ao funcionar de defesa dos interesses individuais e coletivos e dos aspectos da legalidade da gestão pública, conforme previsto no ordenamento jurídico e na legislação vigente;
- 3) Função social: assegurar ou ampliar direitos sociais aos cidadãos ou àquelas comunidades, antes excluídas desses direitos. Manifesta-se quando se estimulam os cidadãos ao aprendizado da cidadania e a serem sujeitos ativos.

Figura 3
Esquema de Interação entre o Controle Governamental e o Controle Social



Fonte: Paiva (2004, p. 29).

Nesta relação sinérgica entre a sociedade e o estado vislumbra-se que um está inserido no outro, sem prejuízo de dependência, de sorte que um controla o outro sem haver restrições de atuação da parte de um ou outro.

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. Esta Lei sofreu uma alteração através da resolução nº 453 (2012), reformulando os Conselhos de Saúde, definindo-o como:

Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012, p. 01).

E na saúde indígena, o que se percebe é uma busca por esta relação sinérgica como exposto acima, verificando que nem sempre os resultados são assim vistos não havendo, portanto, uma interdependência e sim uma dependência da sociedade civil em relação à vontade do governo em atender às demandas dos indígenas.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação dos vários segmentos sociais que deverão ser organizadas a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 1º). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo poder executivo, ou extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. As resoluções das Conferências devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde. Seguindo esse pressuposto da Lei, as Conferências de Saúde Indígena também acompanham este modelo e, como já explicitado anteriormente, são elas a válvula propulsora da política de saúde indígena vigente no país, onde de fato se dá voz e vez aos atores que são atendidos por essa política: os povos indígenas.

É com base na complexificação das relações entre Estado e sociedade, observada na conjuntura de sua época, que Gramsci formula o conceito de Estado, não rompendo com o marxismo, mas considerando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico². Para Gramsci (2000, p. 244):

[...] na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que o Estado = sociedade política + sociedade civil. Isto é, a hegemonia coraçada de coerção).

Assim, o Estado abrange a sociedade política e a sociedade civil para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra. Portanto, o Estado em Gramsci congrega além da sociedade política a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso. Ou seja, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000, p. 331). E, para manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas. No Estado essas buscam ganhar espaços na sociedade civil³ na tentativa de criar uma nova hegemonia através da “guerra de posição”⁴. A história das classes

2 Como militante do partido Comunista da Itália, Gramsci vivenciou uma época de profundas mudanças econômicas e políticas: a Primeira Guerra Mundial, a Revolução Russa, as mobilizações operárias na Europa, a consolidação dos regimes totalitários, a depressão econômica de 1929, a ascensão dos Estados Unidos a potência hegemônica mundial (Cf. SEMERARO, 1999, p. 17). Mas, foi, principalmente, o crescimento do fascismo na Itália e as involuções políticas na URSS que levaram Gramsci a considerar a cultura e a sociedade civil como elementos fundamentais na construção da nova hegemonia política (IDEM, IBIDEM, p. 25). “Gramsci atribuiu aos aspectos históricos e culturais e aos movimentos políticos da sociedade civil uma função decisiva na constituição duma nova hegemonia” (IDEM, IBIDEM, p. 32).

3 Gramsci concebe a superação do Estado pela ‘sociedade regulada’: “Numa doutrina do Estado que conceba este como tendencialmente capaz de esgotamento e dissolução na sociedade regulada, o tema é fundamental. Pode-se imaginar o elemento Estado-coerção em processo de esgotamento à medida que se afirmam elementos cada vez mais conspícuos de sociedade regulada (ou Estado ético, ou sociedade civil)” (GRAMSCI, 2000, p. 244). Entretanto, “enquanto existir o Estado-classe não pode existir a sociedade regulada” (p. 223).

4 Gramsci (2000, p. 262), a partir da análise do formato da sociedade civil no Oriente, em que o “Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa”, e no Ocidente, em que “havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação” e essa tinha “uma robusta estrutura”, aborda a mudança da “guerra manobrada” aplicada no “Oriente em 1917, para a guerra de posição, que era a única possível no Ocidente”. Baseia-se na ideia de sitiar o aparelho de Estado com uma contra hegemonia, criada pela

subalternas “está entrelaçada à sociedade civil, é uma função ‘desagregada’ e descontínua da história da sociedade civil e, por este caminho, da história dos Estados ou grupos de Estados” (GRAMSCI, 2002, p. 139-140).

Em Gramsci (2000, p. 254-255), não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica: “por ‘Estado’ deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil”. Na perspectiva gramsciana, sociedade civil e sociedade política são distinções metodológicas do conceito de Estado.

A concepção de sociedade civil que tem prevalecido no debate contemporâneo é de inspiração liberal⁵. O que caracteriza essa concepção é uma dicotomia entre Estado e sociedade civil que tem como eixo a mistificação da relação entre estrutura econômica e a superestrutura política, cortando os nexos estruturais que as interligam e atribuindo um véu ilusório de isenção classista ao Estado, colocando-o como árbitro imparcial da sociedade. A sociedade civil é tratada por um viés predominantemente político sem articulação alguma com a base econômica, constituindo-se em um espaço homogêneo sem contradição de classe. Os interesses que nela circulam apresentam-se como universais, abstraindo-lhes o caráter de classe.

O conceito de sociedade civil em Gramsci tem uma dimensão claramente política, enquanto espaço de luta de classe pela hegemonia e pela conquista do poder político por parte das classes subalternas (Cf. COUTINHO, 2002). As interpretações equivocadas do conceito de sociedade civil em Gramsci têm sido atribuídas por alguns autores⁶ às leituras das obras de Bobbio, que identifica uma dicotomia⁷ entre sociedade civil e Estado no pensamento gramsciano. Segundo Liguori (2000, p. 11), Bobbio coloca

organização de massa da classe trabalhadora e pelo desenvolvimento das instituições e da cultura da classe operária. É a luta pela consciência da classe operária (Cf. CARNOY, 1990, p. 110-111).

5 Nesta perspectiva, o Estado corresponde ao espaço público e aparece como instância neutra de manutenção da ordem através do uso das leis e como árbitro dos conflitos sociais, garantindo assim as condições para o livre mercado aprovisionando apenas os serviços que não interessam ao mesmo. A sociedade civil corresponde ao espaço privado e tem como centro a propriedade privada, “aparece como um conjunto de relações sociais diversificadas entre classes e grupos sociais [...] Nela existem as relações econômicas de produção, distribuição, acumulação de riqueza e consumo de produtos que circulam através do mercado” (CHAUÍ, 1995, p. 405). O centro do Estado é a garantia da referida propriedade (idem, ibidem). Esta função do Estado tem suas raízes em Locke: preservar o direito natural à propriedade.

6 Semeraro (1999); Liguori (2000); Montañó (2001); Durante (2001) e Bianchi (2002).

7 Ver Bobbio (1997, p. 49).

esta dicotomia no centro do pensamento de Gramsci, “negando assim justamente aquilo que em Gramsci é mais importante: a não-separação, a unidade dialética entre política e sociedade, entre economia e Estado”.

O pensamento de Gramsci tem como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade em que subverte os princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, e estabelece uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura - economia, política e cultura - concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações.

A partir desta articulação pode-se afirmar que na perspectiva de Gramsci, não existe neutralidade no Estado, pois, “a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos grupos de Estados” (GRAMSCI, 2002, p. 139). A articulação dialética entre estrutura e superestrutura se expressa na sua afirmação “de que não pode existir igualdade política completa e perfeita sem igualdade econômica [...]”, e que “o Estado-classe não podia ser a sociedade regulada”⁸ (GRAMSCI, 2000, p. 224).

A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Por isso, concebê-la sem o corte classista, como não contraditória, homogênea e articuladora de instituições indiferenciadas, “tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” (DIAS, 1996, p. 114). Segundo Dias, essa visão só é correta do ponto de vista liberal, pensá-la na perspectiva dos trabalhadores, requer sua articulação com os movimentos sociais organizados apreendendo toda a sua contradição. E, ao colocá-los no centro da luta social percebe-se o alcance real da sociedade civil. Dias (1996, p.115) afirma que a sociedade civil desmistificada:

se revela espaço de luta e não mais cenário de pactos sociais. Ela se apresenta, agora no pleno das suas contradições. Não cabe mais a ilusão de que ela é necessariamente progressista [...] também não se está autorizado a falar em debilidade da sociedade civil. Débeis, erráticos e fragmentários são os instrumentos de intervenção classista das classes subalternas nela (DIAS, 1996, p. 115).

⁸ Gramsci (2000, p. 224) faz estas afirmações ao analisar a crítica que os utopistas faziam da sociedade existente em seu tempo, colocando que “nisto eles não eram utopistas, mas cientistas concretos da política e críticos coerentes”.

Montaño (2001) chama a atenção para a diferenciação da noção ideológica do termo “lutas da sociedade civil” – em que essa é considerada como sujeito das lutas, representante do trabalhador, oponente ao Estado e ao mercado - da conceituação do real processo de “lutas na sociedade civil”, em que essa é considerada como espaço de lutas. Os defensores dessa primeira expressão incorrem no erro de homogeneizar os setores diversos e antagônicos presentes na sociedade civil como as “organizações tanto dos trabalhadores, de ‘excluídos’, das chamadas ‘minorias’, dos defensores de direitos humanos, da mulher, da criança e do adolescente, do meio ambiente” como as:

organizações representantes do capital (SESC, SESI, Fundação Bradesco) e ainda mais, organizações fascistoídes (Tradição Família e Propriedade, grupos neonazistas, p.ex.) instituições fanático-religiosas (diversas seitas que pregam o “fim do mundo”, entre outras) ou até fundamentalistas (MONTANO, 2001, p. 304).

A sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica”.

A partir da análise da relação Estado/sociedade civil em Gramsci, pode-se afirmar que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder. É a partir desta concepção de Estado – com a função de manter o consenso além da sua função coercitiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

Nesta concepção, conclui-se que o controle social poderá ser uma realidade via políticas públicas. De certo modo, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

A partir do referencial teórico de Gramsci constata-se que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – está balizado pela referida correlação de forças. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico-corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante.

Perante a conjuntura de crise do capital em que a classe dominante, para o seu enfrentamento, tem buscado o “consentimento ativo” das classes subalternas através da propagação da “cultura política da crise” (MOTA, 1995), se faz necessário resgatar o conceito original de sociedade civil em Gramsci, para subsidiar o debate e as práticas sociais e políticas em torno do controle social. Principalmente, no Brasil, após a institucionalização de mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos a elas destinados, para que esses não se tornem mecanismos de

formação de “consentimento ativo” das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante. O controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

Vários autores brasileiros vêm trabalhando este tema no eixo das políticas sociais. Para Carvalho (1995, p. 8),⁹ “Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Para este autor, a ideia de controle social inspira os Conselhos de saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (p. 28). Ao analisar os Conselhos, considera que eles “têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o (referindo-se ao Conselho) inspirou” (CARVALHO, 1995, p. 108).

Ainda, segundo Carvalho (1995), os Conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Pela possibilidade que os Conselhos apresentam de exercer poderes governamentais ou estatais, ele os caracteriza como “espaços contra hegemônicos [...], distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil” (p. 111). E os vê como “uma proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado”.

Também, do ponto de vista da democratização, Valla (1993) inscreveu o controle social dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos. Com base

9 Carvalho (1995) na primeira parte do seu livro *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*, apresenta quatro momentos históricos da participação e controle social: o controle social do Estado sobre a sociedade; a sociedade complementando o Estado através da participação comunitária; a sociedade combatendo o Estado através da participação popular; e a sociedade controlando o Estado através da participação social.

nas ideias de Poulantzas¹⁰, afirma que “a proposta de controle social dos serviços contida na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) implica o reconhecimento de que o Estado [...] é a condensação material das relações de forças sociais”.

Na mesma direção, Barros (1998) trata o controle social sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Destaca que “ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade” (BARROS, 1998, p. 31). Neste sentido é que houve a “privatização do Estado”. Em contraponto a esta realidade, afirma que a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade.

Raichelis (2000, p. 09) considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. Neste sentido,

implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.

Defende a possibilidade de construção da esfera pública - espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto de projetos sociais e de luta pela hegemonia - no âmbito das políticas sociais, que envolve a participação ativa da sociedade civil na sua definição, implementação e controle. Para esta autora:

Conselhos de gestão setorial são novos mecanismos que dinamizam a participação social. Insere o debate sobre “as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas” (RAICHELIS, 1998, p. 09)¹¹.

10 Poulantzas escreveu dois importantes trabalhos sobre o Estado: *As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje*, em que aborda o Estado numa perspectiva estruturalista, e *O Estado, o Poder e o Socialismo*, em que confere ao Estado um caráter de classe.

11 Raichelis (1998) desenvolve uma análise das possibilidades de construção da esfera pública no âmbito da Assistência Social, através de um estudo do Conselho Nacional de Assistência Social, enquanto espaço de representação da sociedade política e da sociedade civil, na definição e no controle social da política de assistência social.

Cohn (2000)¹² afirma que o termo “controle social” vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS. Seu exercício caberia aos Conselhos de Saúde através da deliberação “sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação” (p. 45).

Bravo (2002, p. 45), igualmente partindo do aspecto legal, considera que o sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Considera os Conselhos de saúde “como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática” (p. 41-43). Inscreve o controle social dentro do processo de democratização do Estado via participação na gestão das políticas públicas, e considera os Conselhos como espaços de tensão entre interesses contraditórios¹³.

Em outro trabalho, Bravo e Souza (2002), fazem uma análise das quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate sobre os Conselhos de Saúde e o controle social. A primeira, baseada no aparato teórico de Gramsci, parte da contradição de classe, visualizando os conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa. Nesta perspectiva o consenso implica em dissenso e contradição. A segunda baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os conselhos como espaço consensual, em que grupos com diferentes interesses convergem, através de pactuações, para o interesse de todos. A terceira é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nesta perspectiva, os conselhos são concebidos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo

12 Para esta autora o conceito de “controle social” se refere “ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade [...] traz consigo exatamente a ideia de ‘fiscalização’ e ‘punição’ dos indivíduos quando não se comportam segundo as normas vigentes prescritas e sancionadas” (p. 45).

13 Trabalha com a categoria democracia de massas - baseada em NETTO, José Paulo. Democracia e transição socialista: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990. E em INGRAO, Pietro. As massas e o poder. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1980 - na perspectiva de sua ampliação, articulando a democracia direta com a representativa.

poder público e a saída das entidades deste espaço é recomendada. A quarta posição, é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa defendendo apenas a democracia representativa. Rejeita os conselhos, por considerá-los canais de participação incompatíveis com esta última.

Abreu (1999) analisa, a partir da categoria gramsciana de Estado ampliado (relação orgânica entre sociedade política e sociedade civil), a dimensão política dos “Conselhos de Direitos”¹⁴, e tem como hipótese central que com o formato atual, “se identificam muito mais com as estratégias do controle do capital do que com a luta da classe trabalhadora no sentido da transformação da correlação das forças, tendo em vista a sua emancipação econômica, política e social” (p. 56). Destaca a contradição dos interesses de classes que os conformam, a qual, por um lado, “apresentam-se como possibilidade de se constituir espaços de expressão política da classe trabalhadora, na luta pela garantia de meios à própria reprodução material e subjetiva” (p. 57) e, por outro lado, “podem desenvolver-se como mecanismos privilegiados de manifestação dos interesses dominantes, e do exercício do controle social do capital” (p. 72). Entretanto, entende que a participação da classe trabalhadora na construção dos “Conselhos de direitos”, supõe uma postura de contraposição aos interesses dominantes, no sentido de transformar estes espaços em instância de defesa e conquista de direitos e de pressão política e controle social por essa classe.

Apresenta como o desafio para estes Conselhos se tornarem mecanismos “de formulação de novos princípios éticos para a gestão e controle dos recursos públicos, para além da institucionalidade estatal burguesa”, a condução da participação da classe trabalhadora nesses Conselhos no sentido da utilização do fundo público para o atendimento das suas necessidades sociais, podendo assim “constituir-se em instâncias de luta pela democratização das relações sociais e transformação da práxis, supondo para tanto, a inscrição desta luta no horizonte societário da citada classe” (ABREU, 1999, p. 72).

¹⁴ Abreu (1999, p. 68) situa os Conselhos de direitos como conquistas no campo da democratização do Estado e da sociedade civil, considerando-as como “prevalência dos interesses e necessidades da classe trabalhadora nas decisões políticas e encaminhamentos dos processos práticos”. Ressalta, porém, os desafios para o avanço desse movimento frente às estratégias do capital de passivação no contexto atual de ofensiva neoliberal e reestruturação produtiva.

Correia (2003), também parte do conceito gramsciano de Estado e considera o campo das políticas sociais como contraditório, pois, através delas o Estado controla a sociedade, ao tempo que apreende algumas de suas demandas. É neste campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito para o controle social: atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o fundo público.

É neste espaço contraditório que se inserem os Conselhos gestores - instâncias de participação institucionalizada¹⁵ - projetando a possibilidade de as classes subalternas, neles representadas, defenderem seus interesses no sentido de influenciar e controlar, de alguma forma, os rumos das políticas estatais. Afirma que, contraditoriamente, estes Conselhos podem se constituir em mecanismos de consenso em torno das mudanças nas políticas públicas de acordo com as orientações neoliberais, na direção de realizar cortes nos gastos sociais e privatizar e focalizar tais políticas.

Observa-se que os autores supracitados, apesar de utilizarem referenciais teóricos diferentes nas suas análises, têm em comum tratar o controle social dentro da relação Estado e sociedade civil, apresentando os Conselhos “gestores”, ou “de gestão setorial”, ou “de direitos”, como instâncias participativas, resultado do processo de democratização do Estado brasileiro. As três últimas autoras deixam clara a opção por uma análise desta temática a partir de um nítido viés classista problematizando o controle social dentro das contradições da sociedade de classes.

Na segunda metade da década de 1970, com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo, ressurgem os movimentos populares como o movimento de mulheres, o movimento pela anistia e o

15 De acordo com Carvalho (1995, p. 26) a participação institucionalizada é o “processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo”.

movimento contra a carestia, além das greves no ABC¹⁶, o novo sindicalismo e o fim do bipartidarismo. Estes movimentos tinham uma característica antiestatal, ou seja, uma postura de “autonomismo e independência popular” (COSTA, 1989) ou de “de costas para o Estado¹⁷”, em que este é considerado um instrumento da classe dominante e suas instituições como instrumentos de repressão, de cooptação e de controle dos movimentos sociais (Cf. CORREIA, 2003).

A relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando na década de 1980. De um lado o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas e de outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil admitem negociar com o Estado rompendo a posição “de costas para o Estado”. Nesta perspectiva dos movimentos populares que admitem uma interação com o Estado, este é considerado permeado por contradições das lutas políticas entre as classes sociais, podendo incorporar, assim, as demandas das classes populares ao implementar políticas públicas.

Durante o período da ditadura militar o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão. Na realidade, durante esse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudohomogeneização dessa última como se ela fosse

16 Abreviação das cidades operárias paulistas: Santo André, São Bernardo e São Caetano.

17 Termo de Ruth Cardoso (1983) usado no texto *Movimentos Sociais Urbanos: balanço crítico*. In: SORJ, B. & ALMEIDA, M. H. T. (Orgs.) *Sociedade e política no Brasil pós-64*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas. A sociedade civil era tratada como a condensação dos setores progressistas contra um Estado autoritário e ditatorial, tornando-se comum falar da necessidade do controle da sociedade civil sobre o Estado.

Foi no período de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, principalmente, na segunda metade da década de 80, que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado¹⁸.

O Movimento de Reforma Sanitária com a proposta do Sistema Único de Saúde como alternativa ao Sistema de Saúde em vigor, foi legitimado em nível nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nesta Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não existente nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores.

A participação no Sistema Único de Saúde na perspectiva do Controle Social foi um dos eixos dos debates desta Conferência. A participação em Saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986 p. 6). O Controle Social do sistema é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via imprescindível para a sua democratização.

Em 1988, articulam-se no Movimento Nacional de Reforma Sanitária os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares e fazem pressões na

18 Coutinho (2002) chama a atenção para o deslize conceitual de dicotomizar sociedade civil e Estado que vem sendo apresentado como a verdadeira teoria gramsciana. Aponta como raiz deste equívoco entre os intelectuais brasileiros, o contexto da ditadura em que sociedade civil tornou-se sinônimo de tudo aquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial. O que era facilitado pelo fato do termo “civil” significar o contrário de “militar”. Assim, tudo que vinha da sociedade civil era visto de forma positiva, e tudo que vinha do Estado era visto de forma negativa. Neste sentido, afirma Coutinho (2002) que nem tudo o que faz parte da sociedade civil é “bom”, já que ela pode ser hegemônica pela direita, e nem tudo que provém do Estado é “mau”, já que ele pode expressar demandas universalistas que se originam nas lutas das classes subalternas. “Somente uma concreta análise histórica da correlação de forças presente em cada momento pode definir, do ângulo das classes subalternas, a função e as potencialidades positivas ou negativas da sociedade civil como do Estado” (p. 81).

Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a conquista do SUS. Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena que são formados apenas pelos indígenas, ou seja, composto apenas por usuários, têm caráter apenas consultivo - planos, programas e projetos -, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle.

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:

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. 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 (BRASIL, 2018).

E para dar um suporte maior à questão, foi criada em 1990 a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena-CISI – com a função de assessorar o Conselho Nacional de Saúde nas questões relativas à saúde indígena. A mesma continua ativa e é constituída por representantes indígenas de Universidades, da Associação Brasileira de antropólogos, da SESAI, da CNBB, da Pastoral da Criança, da União Nacional dos Estudantes, do Conselho Federal de Psicologia, da Associação Brasileira de Enfermagem e da FUNAI.

Criou-se também na época o Comitê Consultivo da Política de Atenção à saúde dos Povos Indígenas 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 CONASEMS, 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.

E há também o Fórum dos Presidentes dos CONDISI – que 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 à Saúde Indígena. Existe uma coordenação composta por coordenador geral, coordenador adjunto, secretário e secretário adjunto. Ou seja, é um colegiado formado por todos os 34 presidentes dos CONDISI's de todo Brasil, elevando assim o nível de participação nas reuniões dos colegiados em seus respectivos DSEI's uma vez que previamente são discutidos os assuntos que serão pautados em cada estrutura regional atendendo assim as suas especificidades.

2.2 Mecanismos de controle social: as Conferências Nacionais de Saúde

A história das Conferências Nacionais de Saúde da 8ª à 12ª, é a história de luta pela construção e conquista da consolidação do SUS. A participação efetiva dos segmentos da sociedade civil se deu a partir da 8ª CNS realizada em 1986, em pleno processo de democratização social brasileiro. Foi o marco para a legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde. A 9ª CNS aconteceu em agosto de 1992, numa conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor e de boicote ao SUS, foi palco de fortes manifestações pelo impeachment do então presidente. Adiada por quatro vezes, teve como tema Saúde: municipalização é o caminho, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social.

A 10ª CNS foi realizada em setembro de 1996 tendo como tema *Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida*. Nas suas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e apresentaram-se experiências concretas em que o SUS estava dando certo, com o objetivo de reafirmá-lo. A tônica dos debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso e o consequente desmoronamento do SUS. A ausência da equipe econômica e dos demais representantes do governo federal nas mesas programadas e a permanente presença do então Ministro da Saúde, Adib Jatene, evidenciou a luta que se travava entre a área econômica e o Ministério em torno da alocação de mais recursos para a saúde.

A 11ª CNS, realizada em dezembro de 2000, teve como tema Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com o controle social. Relacionou o agravamento da falta de qualidade de vida e saúde da população ao projeto social e econômico do governo FHC, de rigoroso ajuste fiscal, que privilegiava a lógica econômica em detrimento das políticas sociais. Os participantes propuseram o combate à mercantilização da saúde e a promoção dos valores em defesa da vida. Reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado definida na Constituição Federal, e se colocando contra a privatização do setor público, através das Agências Executivas e Organizações

Sociais. O controle social foi um dos eixos centrais do debate, considerado a peça fundamental para a efetivação do SUS.

O tema da 12ª CNS foi Saúde: um direito de todos e dever do Estado – *A saúde que temos o SUS que queremos*. Estava prevista para o ano de 2004, mas foi antecipada pelo Ministério da Saúde e pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde para dezembro de 2003, com o objetivo de discutir as propostas que orientariam a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo, dando legitimidade ao mesmo pela participação social no processo. Uma das novidades desta Conferência foi o aproveitamento dos relatórios das Conferências estaduais na consolidação do relatório final, conferindo agilidade na organização das propostas dos grupos de trabalho. Outra novidade, foi a votação dos delegados pós-conferência e em domicílio, de 81 questões pendentes. As propostas foram organizadas em dez eixos temáticos, os quais reafirmam princípios e definem diretrizes para o rumo do SUS.

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Muitos desses foram criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação de gestões. São manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores até a sua atuação ser reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos.

O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contra restando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde. Este espaço não é neutro, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos. Os interesses dos diversos segmentos sociais nele representados nem sempre são consensuais, pois nas entrelinhas revelam direções antagônicas para os caminhos da saúde nas esferas de governo correspondentes. Os representantes de setores organizados na sociedade civil que compõem um Conselho

podem defender os interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada ou aprovada em torno da direção da política de saúde. O segmento que representa as classes subalternas pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado.

Nos Conselhos existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classes que cada conselheiro representa, para dar o rumo das políticas públicas. Não são espaços neutros e nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas lá representados. Isso quer dizer que o controle social é uma possibilidade neste espaço a depender da correlação de forças dentro dos mesmos que, por sua vez, é resultante da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil. Um fator determinante para que, no âmbito dos Conselhos, haja algum controle social na perspectiva das classes subalternas é a articulação dos segmentos que a compõem em torno de um projeto comum para a sociedade a partir da construção de uma “vontade coletiva”, obtendo desta forma um posicionamento em bloco mais efetivo dentro dos mesmos, ampliando seu poder de intervenção.

O processo de democratização do Estado é importante para aprofundar o controle social na perspectiva de Gramsci, no que tange as demandas das classes subalternas, ao mesmo tempo em que este processo é fruto das lutas dessas classes.

Ao analisar historicamente a relação entre capitalismo e democracia, Borón (1994), considera que a progressiva democratização do Estado capitalista foi resultado da mobilização política das classes subalternas. Neste sentido:

[...] sem as mobilizações populares e as lutas operárias, suas conquistas democráticas não teriam sido possíveis e o Estado burguês teria se cristalizado como simples dominação oligárquica, remoçada com certos traços formais de conteúdo liberalizante (BORON, 1994, p. 97).

Situamos os Conselhos Setoriais das Políticas Sociais, especialmente o Conselho de Saúde como resultado do processo de democratização da sociedade brasileira. Este foi concebido como espaço institucional de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, à medida que setores organizados na sociedade

civil estão representados em sua composição e esse tem legalmente caráter deliberativo sobre a política de saúde e sobre seus recursos.

Ressaltamos a importância de esclarecer de qual sociedade civil está se tratando, pois, esta não é homogênea e estão presentes interesses das classes antagônicas, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e da União Democrática Ruralista que representam interesses opostos. Na concepção liberal de sociedade civil, esta é considerada homogênea e portadora de interesses universais implicando em práticas sociais que visam superar os antagonismos de classes, estabelecendo-se negociações e parcerias entre Estado e sociedade para resolver problemas que se apresentam como universais, formando-se novas relações colaboracionistas baseadas em consensos interclasses. Só para exemplificar, foi nesta perspectiva que aconteceu o discurso participacionista e de controle social do governo FHC, na busca das parcerias com a sociedade para enfrentar os problemas sociais solidariamente, controlando os gastos que deveriam ser mínimos, racionalizados e eficazes, repassando serviços para um “terceiro setor” que estaria além do Estado e do mercado e “refilantropizando” a assistência. A sociedade civil toma vulto como produtora de bens e serviços, antes de responsabilidade do Estado. Este é o controle social máximo que interessa às classes dominantes e é funcional à preservação do seu domínio.

No entanto, o controle social interpretado a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci, requer desmistificar a aparente homogeneização desta como portadora de interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de classe que a atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista.

Em termos de concepção, estes canais institucionais de participação abrem à possibilidade de os setores organizados na sociedade civil que representam os interesses das classes subalternas obterem algum controle sobre as políticas sociais, a depender do seu poder de organização, mobilização, informação e articulação. A transparência na gestão poderá ser exigida, e as deliberações poderão ser cobradas. O controle social, ou seja, o controle dos segmentos que representam as classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se

um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

Desta forma, Correia (2006) afirma que a efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido.

Os entraves para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas também estão em nível macroeconômico e político, dada a predeterminação das definições em torno dos orçamentos públicos, especialmente, no que tange aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais em torno das bases para o refinanciamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos. Este limite tem sido determinado pela dinâmica própria da sociedade do capital, que no seu estágio de crise atual, necessita que os recursos públicos subsidiem cada vez mais a reprodução ampliada do capital, em detrimento da reprodução do trabalho. É dentro deste limite maior da sociedade do capital que está situado o controle social em sua contraditoriedade – o controle da classe dominante para manter o seu domínio e as estratégias de controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia (id).

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 Polos 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-UNAIS. Dentre as instituições convidadas deveriam ser escolhidas as que teriam assento no CONDISI/MAO.

Nesta primeira reunião a pauta foi a 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 Polos 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 Polo 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 Polos 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. Neste sentido:

Em Autazes os membros das organizações de base, em todas as reuniões eles sempre participavam. Sempre se negocia no conselho e a partir do momento que não é mais possível negociar, o próprio conselho tem a ajuda dessas organizações para tá 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 iniciou suas atividades sem Regimento Interno. Na segunda reunião, realizada em maio de 2000, foi apresentada pelos conselheiros dos Polos 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 então aprovado na V reunião do Conselho Distrital e segue o modelo formal de outros regimentos internos de instituições e organizações afins.

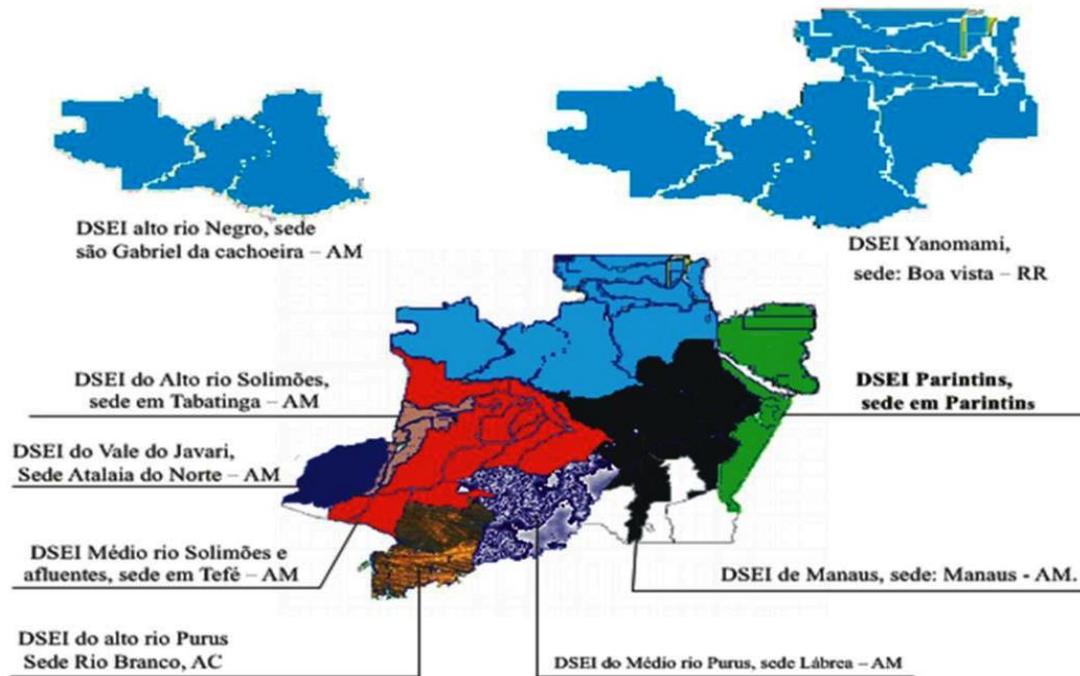
Art. 4º Na composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena-CONDISI aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% dos usuários, representando os povos indígenas do DSEI Manaus, 25% de entidades e dos trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos, conforme dispõe a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e Portaria Ministerial GM-MS nº 755, de 18 de abril de 2012, composto por 48 (quarenta e oito) membros titulares, os quais encontram-se listados no anexo.

Os conselheiros representantes da FUNAI e da FEI e o presidente são indígenas. Por consenso, o presidente do colegiado é sempre um indígena, respeitando o caráter cultural e interétnico e, desta forma totaliza a expressiva quantidade de 32 conselheiros indígenas compondo atualmente o CONDISI do DSEI Manaus.

Importante também ressaltar os meandros de como foi a organização DSEI/MAO, instituição que abriga o referido CONDISI. Neste sentido, registra-se que 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 4
Mapa dos DSEI's no Amazonas



Fonte: Google mapas, 2016.

Quando tudo começou, a política de saúde indígena definia 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 eram firmados diretamente entre o nível central da FUNASA, através do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) e as conveniadas, “resultando em baixa subordinação das entidades conveniadas aos gerentes dos DSEI's, integrantes das unidades regionais desconcentradas da FUNASA” (MARQUES, 2008, p. 47).

Outro ponto importante a salientar é que 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 (2008, p. 12), 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 (GARNELO, 2008, p. 12).

Alguns autores (MAGALHÃES, 2000; GARNELO, 2002) avaliam 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.

Ainda neste contexto, Magalhães (2000) 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, 2008).

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 (2001, p. 05) 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.

Nesse sentido vale aqui ressaltar algumas reflexões inspiradas na sociologia do trabalho sobre a terceirização no serviço público, a partir da implantação das organizações sociais (OS's) - Lei nº 9.637/1998 -, que se tornou forte realidade na saúde pública nos últimos quinze anos. E que a partir de 2015, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), foi validada como constitucional negando-se o pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) e sendo liberado, dessa forma, a terceirização para todos os serviços essenciais sob responsabilidade do Estado: saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente.

Na realidade, o que se observa é que o serviço público no país vem sendo gravemente prejudicado pela falta de investimento e valorização do funcionalismo, expressa nas reformulações dos planos de carreira e nas reformas da previdência social, nos salários defasados (especialmente nas áreas de educação e saúde), na falta de políticas de qualificação e treinamento, e na ausência de incentivos morais e materiais, que ao lado da prática da terceirização – uma das formas mais precárias de trabalho –, fragiliza a função e a identidade do ‘servidor público’, atingindo diretamente o conjunto da sociedade brasileira.

A saúde indígena também passou por transformações como consequência dessa Lei da Terceirização. Para se adaptar à nova legislação a Secretaria Especial de Saúde Indígena teve que cancelar os contratos vigentes com as três entidades que prestavam o serviço nas aldeias dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) do país à época. Cerca de 10 mil servidores não concursados, entre indígenas e não-indígenas, tiveram que ser demitidos.

Em meio à vários encontros discutindo o tema governo e Movimento Indígena chegaram ao consenso de que os 10 mil demitidos deveriam ser recontratados pelas novas entidades terceirizadas celebradas pelos chamamentos públicos – estimados para a partir de outubro daquele ano. O movimento indígena, reivindica ainda a

“constituição de grupo de trabalho, para traçar uma proposta de um modelo de atenção à saúde indígena” (CIMI, 2017, p. 1).

Na prática, a execução da política pública já é terceirizada para os indígenas, e continuará da mesma forma. No entanto, hoje o monopólio está com a Missão Caiuá, administradora de 19 DSEI's, com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), que cuidam dos demais distritos. O desejo da Sesai é que mais entidades façam parte do quadro de terceirizadas ampliando também o espectro da iniciativa de terceirização nos novos contratos.

Lembrando que umas das propostas aprovadas na 5ª Conferencia Nacional de Saúde Indígena no eixo temático Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo foi: “Promover a fixação dos técnicos nas aldeias, a fim de fortalecer o vínculo com a comunidade” (BRASIL, 2015, p. 21), configurando assim a não rotatividade de profissionais e este foi um dos argumentos utilizados pelas lideranças para que não houvesse concurso público para a área da saúde indígena, evitando assim que os aprovados no suposto concurso substituiriam a equipe que já gozavam de um vínculo muito forte com a comunidade o que teria que ser reconstruído com os novos profissionais.

A rede de serviços do DSEI Manaus é organizada de forma que o primeiro atendimento à população indígena é realizado na própria aldeia contando com a presença do Agente Indígena de Saúde-AIS, Agente Indígena de Saneamento-AISAN e o Agente Indígena Microscopista-AIM - quando realizam visitas domiciliares e palestras educativas. Dados da DIASI (2018) indicam a existência de duzentos e oitenta AIS; quarenta e oito AISAN e trinta e seis 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 não entrada das EMSI's, apenas ficam restritos por falta de insumos e equipamentos necessários para o desenvolvimento de suas atividades.

Em cada polo existe uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, odontólogo, técnico de laboratório, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, AIS, AISAN, AIM e algumas equipes contam com a inclusão de médico, contratado pela

conveniada e/ou através do Programa Mais Médicos (PMM) do Governo Federal. Já existe a indicação de que nos próximos anos cada polo terá um médico. 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.

Além da oferta organizada dos serviços, também ocorrem atendimentos à demanda espontânea, nas aldeias e no Polo 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).

Como se pode perceber o CONDISI do DSEI/MAO, tem sido realmente um instrumento de lutas e conquistas através de seus representantes junto à gestão do DSEI. Apesar de faltar-lhes ainda alguns ingredientes como a proatividade e o melhor domínio e leitura da PNASP, para assim avançarem ainda mais, é consenso entre o colegiado que lhes falta mais apoio por parte da gestão e acima de tudo mais capacitações aos mesmos para assim melhor atuarem. Uma das pautas de reivindicação para a próxima reunião está exatamente o fechamento do calendário de capacitações para o ano de 2019, ensejando melhorias.

Conforme já assinalamos neste trabalho os indígenas desta área de estudo possuem 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.

Foi possível observar que ocorreram no decorrer deste processo intensos conflitos de interesses entre os indígenas de etnias diferentes e até mesmo de uma mesma etnia que, demonstraram a existência de divisões internas no interior de um

mesmo grupo. 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. No entanto, nos momentos de conflitos, principalmente os que envolvem indígenas e os não indígenas - prestadores de serviços, gestores e trabalhadores de saúde - os representantes das diversas etnias tenderam a se unirem.

Os indígenas apesar de apresentarem posições diferentes sobre determinadas questões, tenderam a negociar esses interesses e se mantiveram coesos na luta por questões de interesses comuns. Nas deliberações rotineiras do conselho foi possível observar posicionamentos e votos diferentes entre eles. No entanto, nas questões mais polêmicas envolvendo índios e não índios foi comum à união destes para um posicionamento único, inclusive com a realização de reuniões entre eles, nos intervalos das reuniões, para firmar um posicionamento único dos indígenas. 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 que era trazido para a reunião como nome de consenso que era referendado na reunião, independente da argumentação e do voto 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, 2000), 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 veem 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 (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. Lembrando que por deliberação o cargo de presidente do Conselho será sempre exercido por um indígena escolhido entre os conselheiros.

Ao discutir sobre a formação do indivíduo, Janet (1929) focaliza as transformações na infância e na idade adulta, mas ressalta a importância de considerarmos os indicadores da história social (dos acontecimentos dos séculos e das populações) e da evolução da espécie. De forma consonante a essa perspectiva, suas formulações sobre a ontogênese privilegiam a dimensão social dos processos humanos. Quanto à relação individual-social, as análises que interessam são especialmente aquelas que se reportam à formação da personalidade e à individuação, que se entrelaçam nas elaborações do autor.

Para esta autora, na origem da vida estabelece-se a percepção do corpo próprio, enquanto algo separado dos objetos e enquanto um corpo que existe entre outros corpos vivos. A partir dessa percepção, constrói-se o mim e se desdobra a formação do indivíduo. Esses processos ocorrem no encontro com outros homens, e, por isso, “o mim, é uma invenção da humanidade [...] a humanidade criou o indivíduo” (JANET, 1929, p. 422). Pode-se falar de uma inter-relação da personalidade corporal, portanto, que se distingue do mundo e da personalidade social, que se constitui nas relações com o grupo. Outro ângulo de consideração da personalidade aponta para seu caráter temporal, pois ela se transforma e se organiza ao longo da vida.

Focalizando a ideia de personalidade, Janet aborda ainda as concepções que admitem uma unidade e uma identidade do ser, alertando para o equívoco e a ilusão dessas concepções. Erroneamente supõe-se uma unidade, que seria essencial e apreendida pelos sentidos e uma identidade a qual corresponderia, por sua vez, a uma unidade preservada no curso do tempo, frente à multiplicidade dos acontecimentos. O autor contra argumenta que a personalidade se encontra em constante mudança e se apresenta com faces múltiplas. O próprio mundo no qual o indivíduo atual é múltiplo.

Além disso, a personalidade se faz pela sociedade, ou na vida social, em um processo que implica também o trabalho interno do ser humano para se unificar aos outros e deles se distinguir, assumindo papéis mais ou menos diversos daqueles desempenhados pelos demais membros do grupo. “O indivíduo psicológico é uma criação particularmente social. Nós nos inventamos graças à sociedade que nos fez e que pode igualmente nos desfazer” (JANET, 1929, p. 266).

Nas relações do indivíduo com o grupo social a linguagem é fundamental. A palavra veio, num nível mais geral, a caracterizar a condição humana. Em termos mais específicos, na ontogênese, a linguagem tem a função de regular as ações e de propiciar a conduta intencional humana. Através da linguagem, o indivíduo prepara um ato a ser consumado. Como exemplo, na elaboração das pinturas rupestres, há uma “representação verbal, imaginada”, que antecede ao que é executado na parede da gruta. Embora, em algumas análises, a linguagem seja definida por Janet como função representativa, ele atribui a ela, ao mesmo tempo, um estatuto mais forte, ao afirmar sua distintividade frente a outras ações e ao destacar sua participação nas relações sociais ou no planejamento das ações individuais.

Outro fundamento das relações do indivíduo com os outros está nos atos de comando e obediência, termos que não devem ser tomados em um sentido estrito, pois compõem uma concepção abrangente dos movimentos pelos quais os membros de um grupo social afetam-se mutuamente. O grupo social abrange outros que são os amigos, os inimigos, os associados entre outros, enquanto figuras específicas, mas é preciso considerar também os outros como “uma personalidade em geral”, da humanidade. Eles sempre acompanham o indivíduo. Por isso, mesmo quando se está só, afastado e isolado dos outros, “carrega-se qualquer coisa do grupo, o pensamento desse grupo” (JANET, 1929, p. 26).

Coerente com essa forma de expressão acima descrita, a chefia política indígena não costuma gozar de poder de mando. Conforme assinala a literatura (CLASTRES, 1978; RIVIÈRE, 1984), o chefe indígena caracteriza-se como um mediador de conflitos e distribuidor de bens, cuja capacidade de intervenção é fundada no diálogo, no convencimento dos liderados e no cumprimento das regras de reciprocidade entre grupos de parentesco. A legitimidade do poder político da liderança é garantida pela

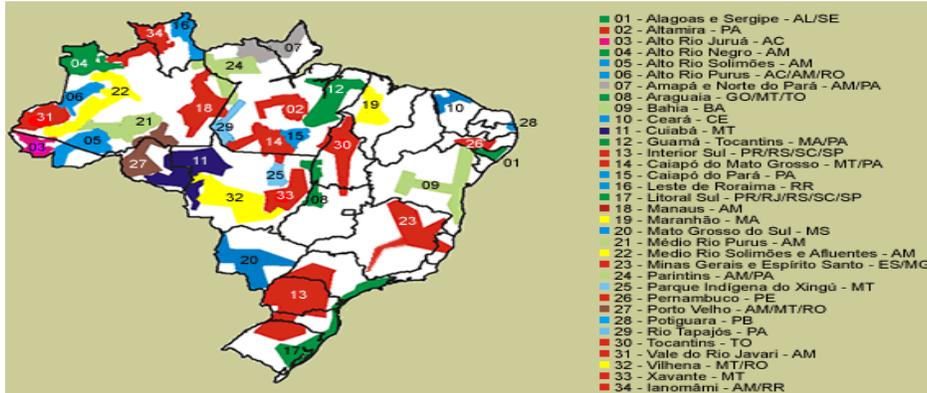
filiação a esse tipo de grupo social e o exercício da solidariedade é direcionado pelas regras de consanguinidade e/ou de afinidade. Além disso, na Amazônia indígena, muitos grupos também concretizam sua organização social no controle de gênero e de geração.

A história do contato gerou um redimensionamento destes princípios, ao possibilitar a ampliação do espaço de poder da chefatura por meio do controle de bens e serviços auferidos em negociação com os não-índios. As transformações engendradas pelo processo colonizatório propiciaram o surgimento de mediadores das relações Inter étnicas, cujos papéis sociais são distintos daqueles desempenhados pelas chefias de aldeia, mas cuja legitimidade, ainda que mesclada a parâmetros como a escolaridade e conhecimento do mundo dos não-índios, também obedece aos princípios gerais que orientam o poder político local. Essas características da organização social das sociedades indígenas têm importantes reflexos no desenvolvimento do controle social em saúde indígena. Assim sendo, destaca-se as formas indígenas de conceber a doença e a saúde definem boa parte das reivindicações levadas aos conselhos. Tais concepções não giram apenas em torno de ideias geradas na cosmologia específica de cada grupo, mas também daquelas incorporadas ao longo do processo colonizatório, que produziu diversos modelos de atenção à saúde, tais como o modelo campanhista, veiculado pelos missionários e pela FUNAI (Fundação Nacional do Índio), o modelo de atenção médica curativa centrado na demanda espontânea individual e, mais recentemente, as propostas preventivistas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

As populações indígenas, assim como outros grupos sociais não-índios, aprenderam a conhecer e a valorizar a medicina curativa. Tal valorização se expressa segundo demandas sempre crescentes de medicamentos, hospitais, laboratórios e outros meios tecnológicos que são encaminhados às organizações indígenas e aos conselhos de saúde, onde se chocam com as prioridades estabelecidas nos planos distritais, que valorizam ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. As propostas dos diferentes modelos geram uma gama de discursos sanitários conflitantes entre si, gerando grande dificuldade para os mediadores interétnicos em tornar inteligíveis, para suas bases políticas, as características e diferenças de cada um. O

mais comum é a geração de um hiato entre as informações detidas pelos dirigentes e a população comum da aldeia, o que também influi no aporte de apoio político para os mesmos.

Figura 5
Mapa do Brasil com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: <https://www.saude.gov.br>

Verifica-se, portanto, que a área de atuação de um CONDISI não corresponde necessariamente à área de atuação de um conselho de saúde municipal ou estadual. No entanto, inevitavelmente, todos esses conselhos, indígenas e municipais, apresentarão questões referentes ao mesmo território e isso implica a necessidade de articulação entre eles. Essa situação evidencia a complexidade do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

É o caso, por exemplo, do estabelecimento da rede de referência de média e de alta complexidade. A rede de serviços do DSEI limita-se à atenção primária, e para garantir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas é necessário definir e acessar a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade presentes nos municípios.

Dessa forma, os conselhos de saúde indígena ampliam seu campo de atuação e devem estabelecer uma interface de articulação com os municípios. Além disso, ao CONDISI cabe acompanhar a aplicação dos recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas, repassados diretamente pelo Ministério da Saúde aos municípios.

A Portaria 2.656, de 17 de outubro de 2007, estabelece os termos em que deverão se dar a elaboração dos Pactos de Saúde no âmbito dos DSEI's, com o

envolvimento de gestores municipais e estaduais. Porém, diferentes grupos indígenas se manifestaram publicamente a favor da revogação da portaria. Eles consideraram que ela não foi suficientemente discutida com os usuários. Também verificaram nela uma forte tendência à municipalização dos serviços de saúde indígena. A proposta contra a municipalização da saúde indígena foi aprovada na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2006.

Essas características, associadas às questões já descritas indicam que a relação entre os indígenas e a sociedade nacional é historicamente caracterizada por lados opostos, com interesses e objetivos divergentes. Por isso, constitui-se um dos maiores desafios para o subsistema da saúde. Nesse contexto, perspectivas de avanço nessa relação surgem ancoradas no exercício do controle social.

Assim, a forma de organização e o funcionamento dos espaços formais de controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena interessam para análise. Destaca-se, sobretudo, o potencial para inclusão dos povos indígenas tradicionalmente excluídos dos debates sobre as ações governamentais. Portanto, esse tema suscita a reflexão sobre a concretização do diálogo intercultural nesses espaços.

Por isso, no nosso entendimento, passados 25 anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, tida como o grande marco do Estado Democrático de Direito, não é novidade que a relação entre a sociedade brasileira e os povos indígenas continua delicada. Embora a temática que mais venha a público seja a complexa questão das terras indígenas, fez-se necessário aqui dar maior enfoque em torno das constantes violações à dignidade dos índios, especialmente no que tange ao tratamento dispensado pelo governo à saúde indígena, situação-problema aqui enfocada.

Assim, por meio da elucubração em torno deste trabalho, pode-se perceber (i) que os mecanismos de controle social do subsistema, criados nos moldes do SUS, são suficientes para a interlocução entre os índios e o Estado e (ii) conhecer a avaliação dos representantes indígenas sobre a relação estabelecida entre eles e o Estado nesses espaços. E no dizer dos conselheiros do CONDISI do DSEI/MAO, esse tem sido um canal de diálogo que em muito tem contribuído pra o avanço das ações de saúde indígena nos 18 municípios que compõem esse imenso DSEI.

SEÇÃO III

3 CONTROLE SOCIAL: Percepção dos Conselheiros indígenas

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso me alegra, montão (GUIMARÃES ROSA, *Grande Sertão: Veredas*).

Este capítulo trata da análise das informações obtidas a partir das entrevistas realizadas com nove pessoas, sendo 07 (sete) conselheiros indígenas do CONDISI do DSEI MANAUS e 02 (dois) coordenadores do DSEI que responderam ao questionário que desenhou questões e temas sobre a política de saúde desenvolvida pelo órgão. Procuramos apresentar estas análises a partir de gráficos com suas respectivas análises.

Como já mencionado na parte introdutória deste trabalho, o instrumento de coleta dos dados utilizado foi o questionário semiestruturado, o qual serviu para identificar e descrever a compreensão dos conselheiros envolvidos na ação direta da gestão da saúde indígena, como desempenham o seu papel no órgão, sua visão sobre o funcionamento do Conselho, assim como as suas críticas sobre o mesmo - os pontos de conflito e os aspectos que possam orientar para uma melhoria do desempenho do CONDISI e do próprio papel dos conselheiros indígenas. Foi elaborado um questionário para os sujeitos indígenas e outro aos não indígenas confrontando com a opinião dos representantes dos usuários. Assim, os dados a seguir se referem a um conjunto específico dos representantes dos usuários, conforme o título de cada gráfico.

Foram então analisados os depoimentos, os quais foram anotados e gravados durante as entrevistas, sistematizando as áreas temáticas que mais se destacaram dentro da nossa proposta de pesquisa, a saber:

- Como está organizado e articulado o Conselho de Saúde Indígena do DSEI/MAO?
- Quais são os impasses atuais e as propostas apresentadas para superar esses impasses?

Os Conselheiros indígenas estão realmente cientes de suas limitações e possibilidades de atuação enquanto controle social?

Assim, abordaremos um panorama da política de saúde indígena que é desenvolvida no âmbito do DSEI em questão: os problemas de saúde na população indígena; a assimetria das estruturas de poder das esferas federal, estadual e municipal; as questões polêmicas, os conflitos e os avanços do CONDISI do DSEI/MAO.

A importância dos dados é que expõem o envolvimento, a responsabilidade e a qualidade da participação dos representantes no exercício de sua função e evidenciam a força, o peso e a importância que o CONDISI tem (ou não) na gestão pública da saúde indígena em foco. A análise desses dados foi distribuída em cinco tópicos detalhados a seguir.

3.1 O perfil dos conselheiros.

Primeiramente, faz-se necessário prestar alguns breves esclarecimentos a respeito do perfil dos conselheiros sujeitos desta pesquisa. Foram entrevistados sete dos mesmos, todos representantes dos usuários dos serviços de saúde indígena, com uma faixa etária que varia entre 38 a 55 anos. Em relação à escolarização dos entrevistados, um tem formação superior, dois têm nível médio e quatro com o ensino fundamental incompleto. O que possui nível superior, é seu atual presidente, cuja graduação é em Gestão Pública com pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas de Saúde, ou seja, tem a formação propícia para ocupar o lugar que hoje está. Há também no grupo dos que possuem o ensino médio um vereador, sendo este do povo Mura representante do município de Manicoré no rio madeira, e deste se pode esperar uma atuação mais consistente pois está acostumado a fazer este ofício na Câmara de vereadores do seu município. Os demais são lideranças indicados por seus caciques para fazer o papel de representatividade no colegiado de conselheiros e atuam nas suas próprias aldeias, ora como lideranças, ora como conselheiros.

Foram também entrevistados dois coordenadores do DSEI/MAO, para assim contrapor às falas dos conselheiros ajustando assim as ideias defendidas pelo trabalho. Foram estes os sujeitos da pesquisa :

- 1) Ronaldo Barros, do povo Maraguá, natural do município de Nova Olinda do Norte, 42 anos e na ocasião da entrevista (realizada em 23/10/2017), exercia a função de presidente do CONDISI;
- 2) Zé Almir Mura, do povo Mura, natural do município de Manicoré, 50 anos, vice-presidente do CONDISI;
- 3) Erasto Hexcaryana, do povo Hexcaryana, natural do município de Nhamundá, 38 anos, conselheiro representante do município de Beruri;
- 4) Francisco Kambeba, do povo Kambeba, natural do município de São Paulo de Olivença, 34 anos, conselheiro representante do município de Manacapuru, aldeia Curicuruari;
- 5) Germilson Dias Chaves, do povo Mura, natural do município de Manicoré, 49 anos, Conselheiro do citado município;
- 6) Levy Paes de Oliveira, do povo Munduruku, natural do município de Borba, 45 anos, conselheiro representando a aldeia Cuatá-Laranjal;
- 7) Warley Oliveira da Silva, do povo Mura, natural do município de Autazes, 40 anos, conselheiro representante da aldeia Pantaleão;
- 8) Narciso Cardoso de Souza, 54 anos, natural de Manaus, coordenador do DSEI/MAO, no período de novembro de 2017 a setembro de 2018;
- 9) Mario Ruy Lacerda de Freitas Júnior, 45 anos, natural do município de Manicoré, atual coordenador do DSEI/MAO.

Justifica-se a entrevista com dois gestores do DSEI/MAO, pelo fato de no período em que durou a pesquisa ter havido a alternância na gestão do referido órgão e fez-se então necessário ouvir os que ocupavam o cargo no período em que foi realizado o trabalho de campo.

No gráfico abaixo apresentamos o panorama do nível de escolaridade dos conselheiros indígenas na sua totalidade e, desta forma, fazemos uma análise de como isso causa impacto em suas ações junto ao CONDISI.

Figura 6
Nível de escolarização dos conselheiros indígenas do CONDISI do DSEI/MAO



Fonte: Silva, A.M., 2017.

Como observado no gráfico, a grande maioria dos conselheiros indígenas do CONDISI do DSEI/MAO possui o ensino médio (55%), correspondendo a 13 pessoas e em segundo temos o grupo com o ensino fundamental completo (25%), correspondendo a 6 pessoas, já o grupo que possui o ensino fundamental incompleto são de 4 pessoas, correspondendo a 16% da totalidade e por fim, temos apenas uma pessoa com a formação de nível superior, correspondendo a 4%.

Observando estes quatro grupos que se formaram entre os conselheiros do CONDISI, veremos que os mesmos possuem um valor em comum: a leitura como ferramenta importante para desenvolver o pensamento a linguagem o raciocínio e a personalidade. É consenso entre nós que tanto o modelo brasileiro como o americano e o asiático, usam intensamente a leitura e concordam que quem lê terá mais facilidade para interpretar textos, coordenar e expressar ideias e desenvolver suas habilidades em qualquer momento da vida.

No entanto, ao observar o histórico de vida escolar dos nossos conselheiros iremos nos deparar com a seguinte situação: hoje o contato com a população não indígena está mais acentuada e há um grupo de indígenas que cada vez mais se

aproximam deste contato e, muitos inclusive, já moram em áreas urbanas e falam e dominam muito bem o nosso português, não gramaticalmente falando, dizemos isso nos referindo à ação comunicativa. Há outro grupo, porém, que prefere ficar lá na sua aldeia, falando ainda a sua língua materna e estes tem muita dificuldade de leitura e também de comunicabilidade com o mundo dos não indígenas.

Na entrevista com o atual coordenador do DSEI, que ocorreu no dia 24 de outubro de 2018 em duas sessões, conforme protocolo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo deu a seguinte declaração em relação ao preparo dos conselheiros:

[...] bem, sobre a situação da atuação do controle social, eu vejo o controle social representado nas aldeias. Por que? Porque ele é constituído democraticamente, primeiro, lá nas aldeias elegem o Conselho local, os locais se reúnem, elegem o distrital e o distrital se reúne e elege o presidente, então existe um processo democrático construído nessa situação, o que eu vejo então é que há a fiscalização, há a participação do controle social, o que eu vejo é o problema da falta de comunicação entre os conselheiros até chegar na gestão as demandas, tanto vindo quanto retornando porque o grande problema que eu vejo da insatisfação, é porque tem muitas demandas que vem ao DSEI e elas não retornam a quem provocou de maneira mais rápida e quando chega às vezes lá, essa informação não é disseminada. Então esse preparo acredito que ele deve existir, um preparo para os conselheiros né, repassar aos locais, os locais repassar a aldeia como um todo. Esse preparo deve existir (M.R.L.F.J).

Sobre a falta de comunicação apontada por M.R.L.F.J, destacamos ser ela um grande entrave para o bom andamento das relações interpessoais e está entre os grandes desafios de qualquer profissional, principalmente dos líderes, que precisam gerir equipes numerosas, às vezes distantes fisicamente e com características, talentos e propósitos diversos. No caso do CONDISI, as reuniões são sempre conduzidas por seu presidente que divide a responsabilidade com seu vice e as reuniões tem duração geralmente de dois ou três dias.

Uma comunicação clara e empática proporciona conexão genuína entre as pessoas, abrindo espaço para o diálogo e a negociação sobre caminhos mais sustentáveis de se relacionar. O mundo do trabalho hoje valoriza, dentre diversas competências, três muito importantes:

- Facilidade de se comunicar;
- Adaptação a mudanças;

- Empatia e transparência na resolução de problemas complexos.

Hoje o mundo corporativo tem trabalhado em torno daquilo que chamam de Comunicação Não Violenta (CNV), sistematizada pelo psicólogo norte-americano Marshall Rosenberg, comunicação esta que proporciona a percepção que todo comportamento é uma tentativa de satisfazer necessidades humanas universais e atenuar problemas pessoais e profissionais (SENAC, 2018).

E, se alguém faz algo que nos prejudica, é importante estabelecer limites e expressar o incômodo a partir de quatro recomendações:

- Separar fatos de julgamentos;
- Reconhecer as emoções desconfortáveis;
- Revelar necessidades que não estão sendo atendidas;
- Firmar um acordo que viabilize a convivência futura.

E é sempre bom lembrar que problemas complexos não se resolvem com respostas individuais. É preciso cuidar da confiança na equipe para que todos possam expressar incômodos, sem ofensas. E, a partir daí propor novos caminhos mais sustentáveis para todos.

Isso tudo nos faz lembrar certa vez quando participava de uma das edições do “Abril Indígena” em Brasília, no ano de 2006 e na ocasião a comissão executiva do Ministério da Saúde estava participando de uma rodada de debates com as lideranças indígenas e quando chegou a hora de franquear a fala para a plateia, surge um parente do povo Nambiquara do estado de Rondônia que fez a seguinte colocação:

“Olha, quero dizer pra vocês o seguinte, eu já acompanho essa saúde indígena há muito tempo e desde lá eu nunca vi melhorar em nada essa saúde indígena, mas eu vou dizer uma coisa olhando bem nos olhos de vocês, se daqui pra frente essa saúde indígena não melhorar, eu “vou matar” todos vocês, vou matar de um por um, vocês vão morrer bem devagarinho, porque como eu sou pajé, eu vou preparar um veneno bem especial pra fazer esse trabalho com vocês” [...] (Nota do autor).

Ao término desse acalorado discurso ele largou o microfone e saiu com seu arco e flecha para a sua tenda e ficou lá até que aquela sessão com o Ministério da Saúde encerrasse. Os representantes do Ministério ficaram boquiabertos e preferiram não tecer comentários sobre a fala, evitando assim outros desdobramentos.

Nesse sentido, a CNV tem o objetivo de fortalecer vínculos, e não os romper. Por isso, nas entrelinhas, é preciso estar explícito o valor das relações. Uma escuta respeitosa requer abertura e uma vontade real de compreender o que é indispensável para todos conviverem, produzirem e inovarem juntos no cotidiano e nos processos estabelecidos de trabalho.

Situações nesse sentido também são percebidas no âmbito comunicacional entre DSEI e Condisi os quais necessitam um reordenamento que busque a união de ideias em torno do melhor andamento da política de saúde indígena.

Verifica-se então dessa forma que nessa dinâmica funcional do Conselho uma nova institucionalidade, onde a colaboração entre grupos específicos e o Estado estabelece uma conjunção maior entre cidadãos e governo, com ênfase no poder local. Isto permite que a ideia de democracia se vincule à prática da participação, onde as decisões também podem vir de “baixo”. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que os usuários do sistema de saúde participam (relativamente) da elaboração da política pública (definir problemas, prioridades e decidir) como também do regime no qual o poder público encontra-se distribuído entre os membros da comunidade (UGARTE, 2004). Assim, conforme Heller (1998), a participação endossa a ideia de justiça e igualdade, sempre associada hoje à noção de um direito igual de oportunidades e de participação, com a possibilidade de fazer aquilo que a lei regulamenta e intervindo, portanto, no ponto de interseção entre justiça e injustiça ou entre valores gerais e particulares, tal como uma relação equilibrada entre o que existe e o que está por vir a acontecer. Na participação, em busca de mais justiça e igualdade, é possível equilibrar o sentimento de indignação moral capaz de mobilizar os atores quando as bases sociais se sentem excluídas ou sem voz para influenciar as ações governamentais e as agências especializadas (LANIADO, 2001).

Fizemos essa observação porque no grupo que estamos aqui analisando possui quatro pessoas que sequer concluíram o ensino fundamental dos quais ao serem abordados sobre esta situação foram unânimes em dizer que não querem mais ir pra sala de aula porque o tempo deles já passou e que agora é o momento de cuidar dos seus filhos para que eles se formem e sejam boas lideranças. Sobre este assunto, foi perguntado se eles sabiam o significado da sigla PNASP e se já haviam feito a leitura

do que propõe esta política e a resposta foi não. Observando essas respostas, podemos então tirar algumas conclusões que tem efeito direto na consecução da política de saúde indígena do DSEI/MAO. Suas participações nas reuniões correspondem às expectativas de suas comunidades que os indicou? São também capazes de discutir assuntos mais complexos, tais como planilha orçamentária, análise de documentos que precisem de leitura e interpretação para posterior encaminhamentos? Ou ainda, redigir algum documento em nome da comunidade que representam solicitando providências para essa ou aquela situação? A resposta será não. Mas isso tem impacto de maneira geral no andamento das ações do CONDISI? A resposta também é não, pois com o apoio das entidades e do grupo de assessoramento que sempre a gestão do DSEI disponibiliza para acompanhamento das reuniões ordinárias e extraordinárias minimiza a situação da não participação efetiva dos indígenas.

Como dito anteriormente o CONDISI do DSEI/MAO tem uma enorme rede de instituições com assento em seu colegiado que abordaremos em um tópico específico e isso tem facilitado o andamento das discussões, dos encaminhamentos e sobretudo fazer valer o dispositivo da Lei que efetivou essa participação de forma paritária? Perguntado ao representante do polo base Beruri sobre como ele se sente estando conselheiro e se ele consegue acompanhar todas as discussões e se participa ativamente, ele declarou:

[...] quando eu morava lá no Humaitá no aldeia Cassauá, não tinha escola e nós pedimos do prefeitura que colocasse escola e ela não colocou, por isso não estudei. Depois o SEDUC implantou o curso de formação de professores e eu comecei a estudar com o professor que foi formado lá mesmo no comunidade, mas não gostei muito porque não entendia bem os assuntos e então parei. Depois me mudei pra Beruri e não estudei mais, só terminei mesmo até a 3ª série. Aqui no Condisi eu não consigo ajudar muito porque não sei nem falar bem e nem escrever também, então quando pedem pra votar pelas melhorias nas nossas aldeias eu sempre voto a favor, mas participar mesmo eu quase não faço. Eu não quero mais estudar, tenho que cuidar da minha comunidade, lá eles precisam de mim pra pescar e caçar e fazer reunião da saúde. Minha esposa tá estudando lá. Ela vai terminar o médio. Ela disse que depois quer ir até pro faculdade. Nosso conselho está bem, só falta mesmo mais recurso pra nossa comunidade, queremos comprar um barco com motor de 15 hp e o DSEI tem que ajudar. Eu já pedi pra um parente escrever esse pedido pra mim entregar pro presidente do CONDISI lê lá reunião (E. I. F).

Esta é uma atitude que tende a ser levada ao ostracismo e ainda à cooptação, uma prática muito comum nas instituições onde a gestão não tem compromisso com a coisa pública e muito menos com os seus usuários e, como diz a máxima: a educação liberta o homem. Neste sentido:

A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, as pessoas se libertam em comunhão (FREIRE, 1987, p. 23).

Como bem menciona Paulo Freire (1987): “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, as pessoas se libertam em comunhão”. Isso reflete bem o trabalho que é feito pelos indígenas em comunhão com as demais instituições que sempre abraçaram a causa indígena vislumbrando sempre melhorias que reflitam na sua qualidade de vida.

Ainda nesse aspecto, podemos citar as participações da FUNAI e da FEI, que possuem em seus quadros de coordenação e Diretor-presidente, respectivamente, a figura de um indígena e esta também é uma conquista do Movimento Indígena que reflete na saúde indígena, quando os conselheiros desses dois órgãos estão sempre alinhados com as questões num âmbito mais institucional e não medem esforços para estarem sempre ao lado do colegiado de representantes dos usuários em suas decisões. À FUNAI cabe ainda a corresponsabilidade de cobrar do Ministério Público o acompanhamento das ações desenvolvidas no DSEI/MAO e ainda participar ativamente das decisões junto ao órgão, uma vez que sempre são consultados quando o assunto é saúde indígena.

Já a FEI, enquanto instância de representatividade política nas questões indígenas no Estado do Amazonas, também tem atuado nesta parceria e só pra exemplificar em julho de 2017 ela criou o movimento SOS Pirahã, com o intuito de ajudar os indígenas Mura Pirahã no município de Manicoré a melhorar a sua condição de vida, uma vez que foi detectado uma situação alarmante de desnutrição entre esse povo que por ser semi-nômade torna difícil o atendimento aos mesmos por parte do DSEI. Através desta ação foi construído um posto de saúde com a finalidade de fixa-los

na localidade onde se encontravam, além de roupas, alimentos e instrumentos de caça e pesca a fim de que os mesmos possam aos poucos sair da situação mencionada.

3.2 O Nível de Entendimento dos Conselheiros Quanto ao Funcionamento do DSEI/MAO

Figura 7

Gráfico do entendimento dos conselheiros sobre o funcionamento do DSEI/MAO.



Fonte: SILVA, A.M., 2018.

De modo geral, os dados da Figura 4 indicam que a maioria (70%) dos conselheiros tem compreensão da política de saúde indígena e da sua organização na forma de DSEI e a define como uma “saúde diferenciada/atendimento especial”. Entendem que a organização é feita de modo hierarquizado com 18 polos base e que cada polo agrega aldeias, e em algumas aldeias também funcionam os Conselhos Locais e que a prestação do serviço é realizada em parceria com os municípios de sua área de abrangência quando necessitam, sobretudo da média e alta complexidade. No entanto, desse total, 20% criticam a operacionalização do subsistema, pois acham que ele não funciona de forma regular e 10% afirmam não ter entendimento sobre o DSEI, isso porque são conselheiros usuários recém empossados.

Aos recém empossados, fomos informados que a diretoria executiva do CONDISI tem procurado lhes assegurar uma capacitação que segundo a conselheira indígena abordada sobre tema nos relatou:

[...] já estamos aqui há mais de cinco meses e até agora não passamos por nenhuma capacitação, falaram pra nós que esse ano (2018) ocorreria, mas até agora nada. Lá na minha aldeia meus parentes perguntam como está indo minha participação no conselho e digo que está boa, mas sinto que falta essa capacitação porque muitas vezes me sinto perdida no meio de tanto assunto que eles discutem. Fiquei sabendo que já tem projeto aprovado pra isso só falta o recurso ser liberado. Já conversei com alguns conselheiros mais antigos eles disseram que é muito boa a capacitação que eles já fizeram. Então eu vou ter que aguardar pra não fazer feio aqui no conselho (M. M. S).

Na fala do presidente de R.M. sobre este assunto, ele relatou:

[...] Já em relação aos usuários, a minha preocupação, a gente tem tentado fazer aqui as capacitações, a gente está aqui desde 2016 e desde quando assumimos eu e Zé Almir do povo Mura lá do polo Pantaleão município de Autazes, a gente tem tentado fazer as capacitações e tem conseguido, com muita dificuldade porque conforme aquele fator que já falei anteriormente de a gente não ter assim aquele apoio da gestão e isso traz dificuldade pra realizar as capacitações mas na medida do possível a gente percebeu que essas capacitações contribui bastante, hoje a gente já percebe que os conselheiros tem uma outra percepção de qual é o seu papel enquanto conselheiro e então ele já sabe separar qual é o papel dele enquanto conselheiro e qual é o papel da gestão porque às vezes enquanto eles não tem esse entendimento atuam mais como gestores do que conselheiros mas a gente tem conseguido mesmo que pouco ainda no meu ponto de vista, transmitir esse conhecimento (R. B.)

Quando Ronaldo explicita sua percepção frente ao colegiado de conselheiros relacionado a essa postura de diferenciar os papéis (conselho e gestão do DSEI), remete a tempos passados quando muitos conselheiros indígenas tinham um comportamento mais direcionado àquilo que era posto pela gestão, deixando claro que não havia ainda uma conectividade entre os representantes dos usuários. A esse respeito F. Kambeba ainda acrescenta:

[...] olha em meu ponto de vista se funcionar e fazer funcionar, isso é direito, mas nós temos que usar nossos deveres. Se funcionar 40% do que está escrito em Regimento Interno do Conselho, na própria legislação mesmo, se funcionar, 40% de cada um desses itens citados, é conselho, a Funai, o estado, o município, eu creio que nós temos aí uma potencialidade de 70% na saúde indígena, mas infelizmente isso não tá acontecendo, muitas das coisas são

embaçadas, os conselheiros eles não tem ainda essa mentalidade de ler e fazer acontecer o que tá dentro da nossa constituição do Regimento interno do Conselho (F. K.).

Quando ele afirma “os *conselheiros não tem ainda essa mentalidade de ler e fazer acontecer o que tá dentro da nossa constituição do Regimento Interno*”, reflete exatamente àquilo que o presidente do colegiado disse em sua fala (a falta de recursos para a capacitação dos conselheiros) que é um eficaz instrumento que ajudará os conselheiros a terem uma melhor leitura da estrutura e funcionalidade do Conselho, do DSEI e da política de saúde como um todo.

Já para Narciso, um dos coordenadores que passou pela gestão do DSEI no período em que durou a pesquisa, este assunto é tratado da seguinte maneira:

[...] bom, a respeito do controle social, é um instrumento bastante importante né, de controle social, que é o papel dos conselheiros, quando ele devidamente capacitado, instruído e de posse do seu papel eles são uma força muito importante no processo de fiscalização da aplicação dos recursos. E aí pra isso eles precisam estarem capacitados, instrumentalizados, pra que eles possam exercer de forma satisfatória a questão da aplicação dos recursos e, sobretudo a entender a questão da política nacional de atenção à saúde aos povos indígenas (N. C.)

Fica então muito clara a conectividade entre essas falas no tocante ao aspecto da capacitação que deve ser o instrumento basilar na condução dos trabalhos dos conselheiros. E fechando as opiniões em torno desse assunto, M.R.L.F.J, deu a seguinte versão:

[...] bem, sobre a situação da atuação do controle social, eu vejo o controle social representado nas aldeias. Por que? Porque ele é constituído democraticamente, primeiro, lá nas aldeias elegem o Conselho local, os locais se reúnem, elegem o distrital e o distrital se reúne e elege o presidente, então existe um processo democrático construído nessa situação, o que eu vejo então é que há a fiscalização, há a participação do controle social, o que eu vejo é o problema da falta de comunicação entre os conselheiros até chegar na gestão as demandas, tanto vindo quanto retornando porque o grande problema que eu vejo da insatisfação, é porque tem muitas demandas que vem ao DSEI e elas não retornam a quem provocou de maneira mais rápida e quando chega às vezes lá, essa informação não é disseminada. Então esse preparo acredito que ele deve existir, um preparo para os conselheiros né, repassar aos locais, os locais repassar a aldeia como um todo. Esse preparo deve existir (M. R.L.F.J.).

Nesta fala do coordenador, um aspecto chama a atenção que é o fato de as informações não serem disseminadas entre os vários conselheiros locais que por sua vez não tem como informar à aldeia sobre o que não fora informado. São instrumentos como esse que necessitam dia após dia estar presente nos trabalhos dos conselheiros e serve como exemplo para todo DSEI a começar pelas EMSI.

Dos nove entrevistados, apenas dois afirmaram que não contribuem efetivamente para a formulação de propostas para serem encaminhadas à plenária do CONDISI para apreciação, isso porque não sabem redigir seus textos e sempre solicitam ajuda de outros colegas conselheiros para tal. Os demais informaram que as propostas encaminhadas para o Conselho são elaboradas na comunidade e em seguida encaminhadas para o órgão e nas reuniões são cobradas as devidas providencias. Há também indicação de que muitas questões são formuladas por lideranças locais e por meio de articulação com a equipe multidisciplinar e apenas sempre contando com a participação do conselho local. Esses dados sinalizam, conforme a análise de Bava (2002, p. 07), que:

algumas experiências de participação em conselhos têm possibilitado uma nova forma de governar, com descentralização decisória, por meio de ações compartilhadas de gestão entre governo, minorias e sociedade, de forma a organizar a sociedade e a garantir o encaminhamento de reivindicações e a viabilização dos direitos sociais.

Rua (2009, p. 35) enfatiza que para se obter resultados satisfatórios na implementação de um trabalho da ordem que é o DSEI/MAO, deve-se obedecer a alguns preceitos, a saber: “ter clareza quanto a formulação da agenda, pois quando há o reconhecimento de um problema político, este entra na agenda”. Nas pautas de discussão sempre estão os principais problemas que afligem a população indígena no campo da saúde, porém a falta de uma estrutura mais sólida que possibilite a atuação mais consistente dos conselheiros, sobretudo dos indígenas porque representam os usuários e é onde recai a maior responsabilidade, não se percebe, havendo a falta de insumos por exemplo ocasionando a não visitação das aldeias e até mesmo a falta de interesse por parte dos próprios conselheiros.

Diz também que “consiste também em um conjunto de decisões sobre as rotinas

executivas das diversas organizações envolvidas em uma política, para que as decisões tomadas deixem de ser intenções e passam a intervir na realidade” (IBIDEM). Na saúde indígena assim como nas demais áreas de atuação das políticas sociais, é imperativo a participação de outros atores (parceiros) e aí entra o município, e estado, o governo Federal, a iniciativa privada, o terceiro setor e principalmente o Movimento Indígena que deve ser o suporte necessário para o CONDISI. Nesse caso é percebido um enfraquecimento do Movimento Indígena, tenho em vista seu principal representante na luta pela saúde indígena que sempre influenciou de forma positiva o DSEI/MAO, que é a COIAB, a mesma encontra-se em situação precária que sequer consegue reunir seu colegiado para tomadas de decisões, por outro lado uma parceria que tem dado bastante certo é o Ministério Público Federal que sempre atende aos apelos do CONDISI e cobra a execução das ações tal qual pactuado nos Planos Distritais.

E, por fim, enfatiza: “outro ponto importante é quanto ao monitoramento das ações, principal instrumento de gestão das políticas públicas e o seu objetivo é facilitar a consecução dos objetivos esperados”. Como já mencionado pelo presidente do colegiado, o condisi enfrenta dificuldades para realizar este monitoramento no que diz respeito ao acompanhamento das atividades nas aldeias, porém quando na realização das reuniões ordinárias e extraordinárias há sempre discussões calorosas em relação aos temas ali debatidos. Participando destas reuniões na condição de pesquisador foi verificado que sempre haverá a necessidade de um acompanhamento mais *in loco* dessas ações, e sempre fica a promessa de melhorar sem, no entanto, verificar tais melhorias.

E nesse sentido, estamos entrando num campo muito particular, uma categoria que parece suscitar unanimidade nas discussões entre os diferentes atores políticos que podemos observar no campo das políticas públicas brasileiras para a saúde indígena, que é a autonomia.

Se há uma categoria que parece suscitar unanimidade nas discussões entre os diferentes atores políticos que podemos observar no campo das políticas públicas brasileiras para a saúde indígena, esta categoria é a de autonomia (TEIXEIRA, 2009, p. 98).

Assim, encontramos o elogio da autonomia nas palavras do diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai/Funasa) Wanderley Guenka (à época da Funasa), quando ao término de sua apresentação sobre o novo modelo organizacional da saúde indígena em discussão, afirmou:

Eu sempre digo que nós estamos com todas estas dificuldades porque começou errado, começou sem autonomia, começou sem unidade gestora, começou sem pessoal (Reunião da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena em 26/08/2008).

Para Teixeira (2009), a autonomia também surgiu, com referências distintas, na fala da indígena Cristiane Pankararu quando buscava consolidar as propostas para a criação da Secretaria Especial para a saúde indígena no Ministério da Saúde, após uma sequência de falas críticas de vários “parentes” à atuação da Funasa, nos seguintes termos:

Cada povo tem sua forma de viver e de trabalhar a medicina tradicional e é importantíssimo que a gente procure também conciliar o novo, que é o conhecimento acadêmico com o conhecimento tradicional. É isso que vai fortalecer nossa saúde, vai dar base e fortalecer a criação [da Secretaria] e termos argumentos... de estar consolidando como vai funcionar esta Secretaria Especial e esta autonomia dos DSEIs [Distritos Sanitários Especiais Indígenas]. O momento agora é realmente de nos unirmos e de fazer valer [a autonomia] em todos os segmentos e em todos os espaços. Seja na política partidária... na política como um todo. [...] Existe a Constituição Federal e acordos internacionais que nos garantem esta autonomia (Plenária do I Seminário Nacional Desafios da Saúde Indígena: gestão e controle social, organizado pela CISI, Brasília, 26/11/2008).

Na transcrição destas duas falas públicas, dentre tantas outras, proferidas em momentos distintos, mas integrantes de um mesmo processo de redefinição da gestão da saúde indígena, o aparente consenso revela de forma contundente sua superficialidade por tornar opaca a diversidade de níveis aos quais a autonomia está referenciada. Melhor dizendo, a polissemia da categoria autonomia explicita-se desafiando e exigindo a compreensão tanto dos atores envolvidos, quanto daqueles que se dedicam a estudar as possibilidades e os constrangimentos da construção da política de saúde indígena brasileira. Assim, contribuir para o mapeamento da capacidade de transformação dos sentidos da autonomia em seus usos estratégicos,

sua metamorfose enquanto arma política capaz de criar um campo comum de significado e a partir deste expressar e constituir relevâncias distintas e por vezes antagônicas foi o que se discutiu ao longo desse trabalho (TEIXEIRA, 2009).

A demanda dos povos indígenas por autonomia nas políticas públicas relativas à saúde indígena no Brasil colocou-se já na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (assim chamada), realizada em 1986. Na Introdução de seu texto final podemos ler:

[...] que a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos.

Passados cerca de quatro anos, os desafios haviam mudado em 1993, ano em que se realizou a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Havia já cinco anos da nova Constituição Federal e vivia-se a possibilidade política de uma revisão constitucional, o que era interpretado pelos diferentes movimentos sociais como uma ameaça aos direitos conquistados. No que diz respeito especificamente à saúde indígena, por um lado, fazia dois anos que fora criada a Fundação Nacional da Saúde/FNS, à qual havia sido atribuída a responsabilidade pela gestão da saúde indígena e vivia-se, deste modo, o processo de assunção da saúde indígena pelo Ministério da Saúde – enfrentando simultaneamente resistências da Fundação Nacional do Índio/Funai e dificuldades por parte dos gestores e dos profissionais de saúde do ministério que, em sua larga maioria, não tinham experiência e nem detinham conhecimento em saúde indígena.

Por outro lado, já havia sido aprovada a criação de um subsistema para a saúde indígena na lei 8080/90 (a chamada Lei Orgânica da Saúde) e encontrava-se em funcionamento, desde 1991, a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena para dar assessoria ao Conselho Nacional de Saúde – órgão máximo de controle da sociedade no que se refere às políticas de saúde brasileira. Neste horizonte e tendo sido precedida pelo que se considerou na época “um amplo processo de conferências locais, estaduais e regionais, em que foi garantida a participação indígena com

paridade desde o nível local” (VERANI, 1999, p. 65), a II Conferência em seu relatório final veio a expressar a prioridade do delineamento formal de um subsistema diferenciado para a saúde indígena, buscando detalhar os objetivos, as estratégias e a gestão deste subsistema no âmbito do SUS.

Assim, é na caracterização da criação dos DSEIs que a autonomia na saúde indígena irá primeiro aparecer nos termos de: “autonomia administrativa e financeira através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais”. É importante destacar aqui que na caracterização do DSEI encontramos também a ênfase no “controle social” ao qual se atribui também a responsabilidade de designar o “comando único técnico e/ou executivo” do Distrito. A autonomia reaparecerá no texto novamente na definição dos recursos humanos, sua seleção, formação e carreira, no que se refere especificamente aos Agentes Indígenas de Saúde/AIS (o correspondente no subsistema aos agentes comunitários de saúde no SUS) e ao seu papel político. No dizer de muitos, o papel dos AIS’s é sem dúvida nenhuma um dos mais importantes dentro da estruturação das EMSI e nesse caso, a autonomia é muito presente tendo em vista que o primeiro diagnóstico saúde/doença são eles que tem a incumbência de o fazer.

Também é percebido na leitura dos documentos finais das III e IV Conferências Nacionais de Saúde Indígena, respectivamente em 2001 e 2006, a confirmação à tendência de focalização das demandas por autonomia indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e no chamado controle social. Ou seja, em toda trajetória de conquistas nos espaços formais, há sempre a predominância da tal conquista pela autonomia, e esta por sua vez entra na leitura que se faz nesse trabalho também no conjunto de ações individuais dos conselheiros indígenas que se traduzem para o coletivo quando se trata do controle social.

Touraine (1995, p. 09) enfatiza que a questão do espaço público é fundamental para entender a democracia. É impossível buscar uma relação direta entre Estado e atores sociais, pois isso requer um sistema político autônomo em que a democracia aparece como uma forma desenvolvida e coerente. Quando há falta de instituições políticas livres, freia-se a formação de atores sociais e há o controle repressivo através

do aparelho do Estado sobre as demandas e mobilizações sociais. Atualmente, a defesa dos direitos fundamentais está associada ao campo das indústrias culturais (saúde e educação) e através do comportamento moral e pessoal. Nesse sentido, torna-se relevante a capacidade de expressão e o reconhecimento dos atores sociais pela ação dos próprios interessados. Abre-se o campo social e político para uma visão de sociedade de produção e de redistribuição, criando a possibilidade de inserção de novos atores sociais e políticos, promovendo uma política que reduza as desigualdades e que dê uma nova vida aos debates políticos.

Ainda para o autor, é do lado da cultura e não das instituições que se deve buscar o fundamento da democracia. A cultura democrática é a concepção do ser humano que contrapõe a resistência mais forte ao poder absoluto e que pode permitir a vontade de criação e preservação das condições institucionais da liberdade pessoal através de dois princípios elementares de uma cultura democrática: a liberdade do sujeito pessoal e a consciência das condições públicas dessa liberdade privada, através do reconhecimento do outro. Contudo, antes de ser um ator de uma vida social o indivíduo é um agente de uma obra coletiva. O indivíduo é a unidade particular em que se misturam a vida, o pensamento, a experiência e a consciência. O ator é aquele que modifica o meio ambiente material e social no qual está colocado, modificando a divisão do trabalho e as formas de decisão bem como as relações de dominação ou as orientações culturais. Sujeito e ator são noções inseparáveis e resistem conjuntamente a um individualismo egoísta.

Portanto, para Touraine (1995), a ação coletiva de um movimento social é o esforço de um ator coletivo que busca a conquista dos valores e das orientações culturais de uma sociedade, opondo-se à ação de um adversário ao qual está ligado por relações de poder. Por isso, na defesa do sujeito, as orientações de cultura política de uma sociedade são inseparáveis da forma dos conflitos sociais ou forma com que os interesses da classe dirigente conseguem uma autonomia extrema. As grandes mudanças em curso na sociedade industrial e de uma nova economia mostram uma nova sociedade e novos atores históricos moldados pela cidadania ativa, participativa e presente.

Se de fato a autonomia indígena, em sentido amplo, tem sido o entendimento

predominante no campo, inclusive para a própria SESAI, isto não significou e não significa que ao longo do processo de implantação dos DSEI's, em especial no que se refere à dimensão financeiro-administrativa, tal entendimento estivesse garantido ou tenha sido concretizado. Por outro lado, imaginemos que esta parte tão complexa da gestão que muitas das vezes tira o sono até dos próprios técnicos que a priori deveriam ter o total domínio dos seus processos, imaginem então para o grupo de conselheiros indígenas que na sua maioria, exceto seu presidente, possui formação de nível médio e fundamental com casos de membros com sérias dificuldade de leitura e compreensão de textos e ter que analisar documentos importantes e matérias que merecem ser apreciadas, poderão ter domínio deste instrumento? Olhando então a situação por este ângulo entendemos que a autonomia dos conselheiros fica comprometida e como o mandato do CONDISI é de dois anos, há também a rotatividade de conselheiros o que também tem sua interferência no processo. Um dos coordenadores em sua fala retrata sobre este assunto e vem explicitar o seguinte:

[...] com a criação da SESAI né, a partir de outubro de 2010, a SESAI começou a dar autonomia né, e a partir de 2011 os distritos passaram a ter autonomia de gestão orçamentária e financeira, orçamento próprio e execução orçamentária e financeira, isso melhorou bastante na questão da gestão né, da gestão de pessoal, da gestão de recursos. A gente precisa buscar a gestão plena, dar autonomia pra que não haja interferência é, (pausa) políticas partidárias que possam de certa forma comprometer, é preciso que se busque e se construa para a saúde indígena mecanismos que possam assegurar como critérios técnicos a escolha de gestores e sair do patamar dessa questão de indicações de políticas partidárias (né) que em muito enfraquece a qualidade da gestão e com reflexo direto na qualidade da prestação da saúde que é prestada (N. C.)

- d) A autora ainda trata da, a avaliação sendo necessária como conjunto de procedimentos resultantes da política aplicada (RUA, 2009). E, sobre esta questão abordaremos no tópico a seguir:

3.3 A avaliação da Gestão do DSEI/MAO pelo CONDISI

O termo “avaliação” é amplamente usado em muitos e diversos contextos, sempre referindo-se a julgamentos. Por exemplo, se vamos ao cinema ou ao teatro formamos uma opinião pessoal sobre o que vimos, considerando satisfatório ou não. Se

assistimos a um jogo de futebol, formamos opinião sobre as habilidades dos jogadores. E assim por diante. Estes são julgamentos informais que efetuamos cotidianamente sobre todos os aspectos das nossas vidas.

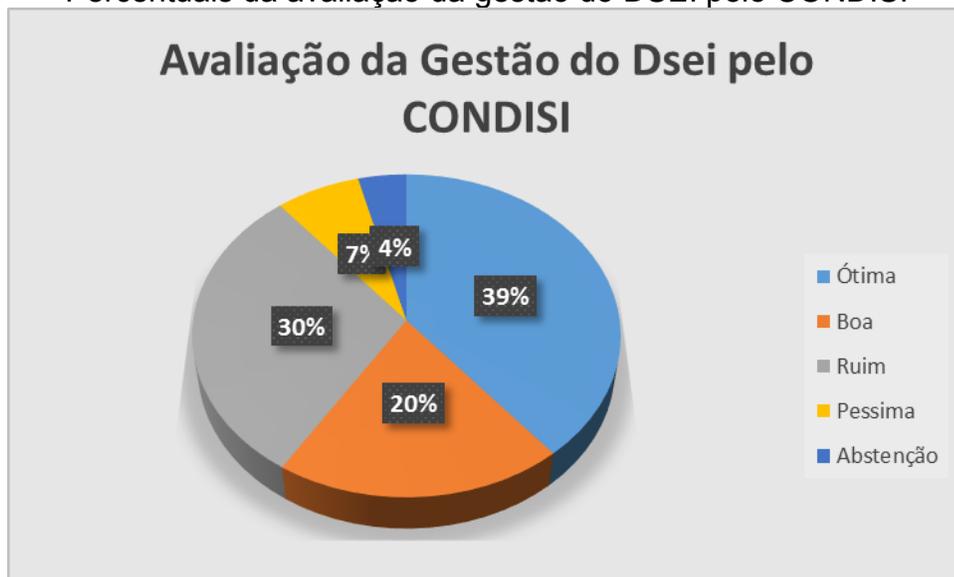
Porém, há avaliações muito mais rigorosas e formais, envolvendo julgamentos detalhados e criteriosos sobre a consecução de metas, por exemplo, em programas de redução da exclusão social, melhoria da saúde dos idosos, prevenção da delinquência juvenil ou diminuição de infecções hospitalares. Para isso adota-se a avaliação formal, que é o exame sistemático de certos objetos, baseado em procedimentos científicos de coleta e análise de informação sobre o conteúdo, estrutura, processo, resultados e/ou impactos de políticas, programas, projetos ou quaisquer intervenções planejadas na realidade.

Muitos dos princípios da avaliação formal foram desenvolvidos nos EUA no final dos anos 1960 e início da década de 1970, especialmente a partir do desenvolvimento das avaliações de impacto ambiental (AIA). Em 1969 observou-se que, embora fosse possível prever as mudanças físicas no meio ambiente, resultantes da construção de um oleoduto no Alaska, não foram previstas as mudanças sociais trazidas por tais mudanças físicas e nem o modo como as mudanças sociais provocariam novas mudanças físicas. A construção do oleoduto não somente provocou mudanças que afetaram os animais da região e, portanto, afetou a atividade de caça dos nativos, alterando seus modos de vida e sua cultura. As construtoras do oleoduto levaram seus trabalhadores para realizar as obras, e estes tinham cultura, língua e modos de vida diferentes. Além disso, muitos nativos acabaram precisando trabalhar na construção do oleoduto para sobreviver, já que a caça tinha se tornado escassa. Tudo isso gerou novas mudanças ambientais e sociais. Em 1973, pela primeira vez, foi usado o termo “impacto social” para relatar as mudanças na cultura indígena nativa do Alaska devido ao oleoduto. Em 1981 foi criada a Associação Internacional de Avaliação de Impacto, reunindo os interessados em avaliar impactos ambientais, sociais, tecnológicos, bem como outros tipos de avaliação. O desenvolvimento da avaliação formal, inclusive da avaliação de impacto, mudou a maneira pela qual os governantes e a sociedade encaravam o planejamento e o desenvolvimento em geral, introduzindo a ideia-chave de que, em grande parte as mudanças podem ser antevistas, acompanhadas e

conduzidas.

Assim sendo, é possível reconhecer que a avaliação contém duas dimensões. A primeira é técnica e caracteriza-se por produzir ou coletar, segundo procedimentos reconhecidos, informações que poderão ser utilizadas nas decisões relativas a qualquer política, programa ou projeto. A segunda é valorativa, consistindo na ponderação das informações obtidas com a finalidade de extrair conclusões acerca do valor da política, programa ou projeto. Ainda assim, a finalidade da avaliação não é necessariamente distinguir as intervenções de qualquer natureza segundo sejam “boas” ou “más”, “exitosas” ou “fracassadas”. Muito mais importante e proveitoso é apropriar-se da avaliação como um processo de apoio a um aprendizado contínuo de busca de melhores decisões e de amadurecimento da gestão.

Figura 8
Percentuais da avaliação da gestão do DSEI pelo CONDISI



Fonte: SILVA, A.M., 2018.

A avaliação de políticas públicas, programas e projetos governamentais tem finalidades bastante precisas: (1) accountability¹⁹, significando estabelecer elementos para julgar e aprovar decisões, ações e seus resultados. (2) desenvolver e melhorar

¹⁹ É um termo da língua inglesa que pode ser traduzido para o português como responsabilidade com ética e remete à obrigação, à transparência, de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

estratégias de intervenção na realidade, ou seja, a avaliação tem que ser capaz de propor algo a respeito da política que está sendo avaliada. (3) empoderamento, promoção social e desenvolvimento institucional, significando que a avaliação deve ser capaz de abrir espaço para a democratização da atividade pública para a incorporação de grupos sociais excluídos, para o aprendizado institucional e fortalecimento das instituições envolvidas.

Conforme demonstrado no gráfico acima, a maioria dos conselheiros (39%), considera positiva a gestão do DSEI, já 30% considera ruim e 20% considera boa a administração, sendo que 7% ainda a considera. É claro, que as respostas foram dadas não levando em consideração os três pontos acima mencionados, até porque não se percebe esses instrumentos de gestão como de domínio pelos conselheiros indígenas. Todavia, muito que na base do “achismo” eles consideram de uma forma geral como sendo boa a gestão, o que não encontra amparo na fala do presidente do colegiado de conselheiros:

[...] bem, na prática eu vejo que não, ainda não. Nós temos muitas dificuldades pra realizar as atividades do controle social desde administrativamente na execução da parte administrativa aqui do condisi como das atividades de visita em área e também do conselho local que eu acho que é parte fundamental nesse contexto tendo em vista que são eles que acompanham o desenvolvimento das ações lá em área, sentimos também a falta de estrutura, de materiais, de equipamentos, falta de insumos para o controle social fazer as visitas né, como por exemplo, combustível (R. B.).

Sobre essa questão da falta de insumos ressaltada pelo presidente, dentre outros fatores, o coordenador rebate respondendo a nossa indagação da falta de instrumentos de avaliação no trabalho desenvolvido no DSEI, afirmando:

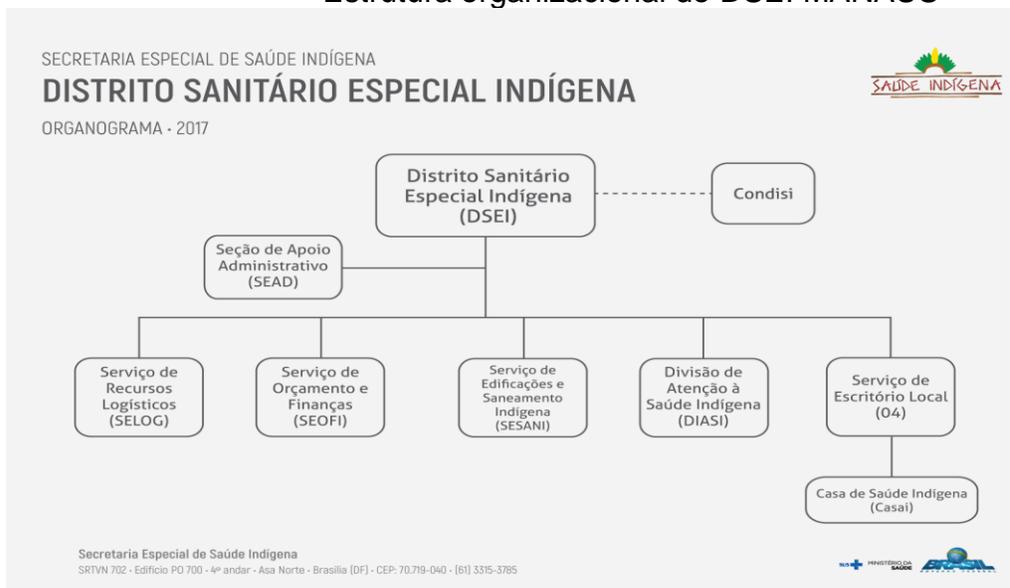
[...] olha, melhoraria muito, primeiro porque pra gente conhecer o que temos e aonde queremos chegar, se a gente ser avaliado, a gente tá vendo onde foi a nossa deficiência, vai transparecer a nossa deficiência e aí nós vamos atacar pra que agente melhore aquele indicador, nós estamos aqui no DSEI desde o dia 04 de agosto, pouco mais de dois meses nós estamos aqui, mas quando nós chegamos, procuramos fazer um relatório situacional pra ver o que nós estamos recebendo que a nossa missão aqui enquanto coordenador do DSEI, eu sei que esse cargo ele muda rapidamente e a nossa missão é simplesmente entregar melhor do que recebemos, só isso. Então nós temos nos esforçado pra que a política de saúde chegue com mais frequência e qualidade nas pontas, é claro, que nós temos realmente muitos desafios que nos impedem e a questão do combustível é o maior deles porque a nossa cota não é em litro é uma cota em Reais e ao subir o preço da gasolina como está subindo agora a nossa ação

tende a diminuir, quando estabeleceram essa cota da gasolina para o DSEI Manaus, a gasolina ainda tava 3,50 Reais e hoje já passou dos 5,00 e a gente tá se apertando pra tentar segurar as ações em área. Então veja, essa avaliação de gestão ela é muito importante eu vejo com muito bons olhos, vamos dizer essa avaliação, agora vamos saber os mecanismos que vão utilizar para realizar, agora eu acharia excelente se houvesse esse mecanismo de avaliação (M. R.L.F.J.).

Sobre esta preocupação do coordenador, ressalta-se que desde a década de 1980 foram feitos significativos avanços na área de avaliação, tornando-se os conceitos mais precisos, as estratégias e as técnicas mais adequadas e os instrumentos de coleta mais acurados. Além disso, passou-se a distinguir os diversos tipos de avaliação que se pode efetuar. Hoje é possível discriminar as avaliações segundo o foco ou objeto, a lógica que orienta sua concepção, a ênfase metodológica, entre outros.

3.3.1 O organograma do DSEI Manaus

Figura 9
Estrutura organizacional do DSEI MANAUS



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>

Como se percebe no organograma acima, são distintos os setores que fazem o funcionamento da política de saúde no âmbito do DSEI/MAO, porém todos com um único objetivo e o controle social ocupa lugar privilegiado, vindo logo abaixo da coordenação do DSEI, configurando assim a priori, estar sempre a par de tudo que é

desenvolvido dentro das atribuições do órgão (administrativa e financeiramente, bem como também nas atividades fim). Percebe-se também que desde 2016, mais precisamente 11/11/2016, o serviço de gestão de pessoas deixa de ficar sob a responsabilidade do DSEI, passando para a conveniada, hoje representada pela Missão Evangélica Caiuá que tem sede em Dourados/MS, mas estruturou escritório na cidade de Manaus para desenvolver o convênio com a saúde indígena. Até o ano de 2015, seu escritório funcionava anexo ao prédio do DSEI, mas a pedido do CONDISI, alegando que tal ocupação era objeto de certos privilégios à gestão do órgão por parte da conveniada e tiveram que mudar de endereço.

Atualmente segundo informado pelo CONDISI, são destinados para o DSEI/MAO anualmente através da SESAI, via convênio com a Missão Evangélica Caiuá, a quantia de 25.470.000,00 (vinte e cinco milhões, quatrocentos e setenta mil Reais), para desenvolver os programas de saúde. Desse valor, 1% é destinado ao controle social, o que corresponde a 254.700 o que ainda é dividido com o Programa de educação permanente para realização as capacitações das EMSI.

E, na fala do atual presidente é notório a falta de comunicação sobre este assunto do montante de repasse, o condisi informa um valor e a gestão do órgão, outro valor:

[...] ó, é assim, o contrato nosso de recursos humanos o qual o condisi tá dentro que é com a conveniada que é de aproximadamente + ou - 27 milhões e dentro desse percentual tem o percentual da gestão, tem o percentual do condisi que ninguém pode mexer, é específico para as ações do condisi [...] (M. R.L.F.J.).

Apesar das diferenças de valores informada por ambos, percebe-se que o valor é mínimo e, talvez por conta disso, resida aí a questão de constantes reclamações do colegiado do CONDISI por falta de recursos, o que é rechaçado pela coordenação do órgão:

[...] agora veja a construção da real necessidade ela deve vir em forma de estudos, esse estudo deve ser feito, como nós também temos a necessidade de fazer o nosso plano de transporte pra que? pra gente entender e explicar melhor a nível central a nossa real necessidade da quantidade de combustível que nós precisamos para nossas ações, né. Da mesma forma, assim o condisi deve fazer o seu plano de trabalho ou construir uma agenda anual de suas ações, calcular quanto isso vai custar e aí sim vai chegar a resposta se é

necessário mais aporte de recursos, se isso é suficiente para fazer as ações ...se existe algum descontentamento é porque tá faltando recurso, mas ele precisa justificar de maneira convincente e palpável a nível central qual é o tamanho da necessidade né? Onde é que tá faltando, o que poderia ser melhorado? em que será utilizado? Então são perguntas e respostas que a gente precisa e os conselheiros tem que buscar e (pausa) pra poder subsidiar as suas informações pra que a gente possa ter essa ampliação desse recurso (M. R.L.F.J.).

Questões como as apontadas são ainda presentes no DSEI/MAO necessitando, portanto, de um alinhamento entre os vários setores que desenvolvem as ações de saúde indígena convergindo para um único objetivo: a prestação de serviços de qualidade.

Quando o assunto é a gestão do DSEI há muita controvérsia e isso é também percebido na fala do coordenador, que não está havendo um alinhamento de informações, pois a gestão diz uma coisa, conselheiros outra e a presidência do colegiado também tem sua maneira de avaliar a questão, como já mencionado anteriormente:

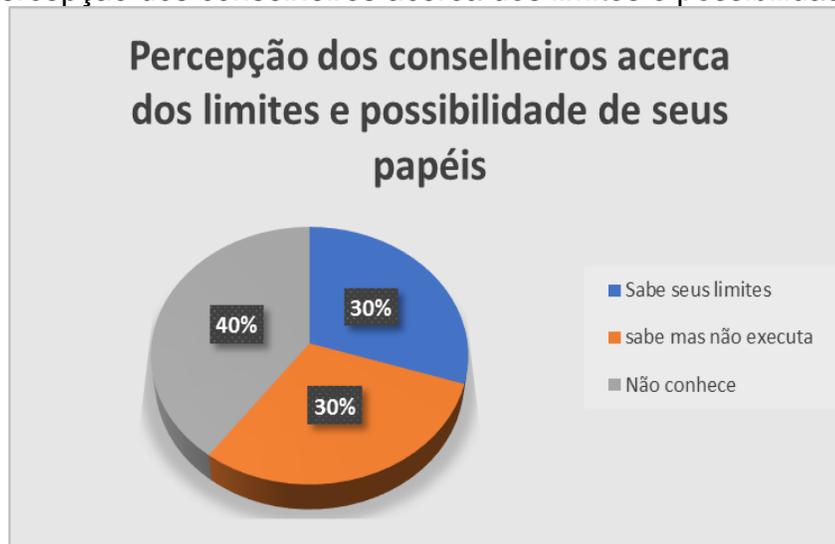
[...] a gente percebe que ainda há uma certa limitação né, de recursos humanos, de recursos financeiros. Fazer saúde indígena dentro da especificidade da saúde indígena que é atuar no território, (né) é extremamente complicado porque o polo base abrange uma cobertura de diversas aldeias, diversas comunidades, calha de rios, igarapés, então as equipes tem que se fazer presentes em todas essas aldeias pra trabalhar a atenção primária na linha da promoção, da prevenção, mas assim, a gente reduziu bastante os indicadores porque a atenção básica é a que você vai realmente atuar de forma a prevenir e a promover a saúde, mas assim, eu acho que a questão de recursos a gente sempre tá querendo buscar mais né, e a gente sempre tem um déficit por exemplo, infraestrutura, edificações por exemplo, nós temos um déficit de saneamento básico né, nem todas as nossas aldeias tem sistema de abastecimento de água potável, que possa possibilitar água potável que aí tem as suas implicações nas doenças de veiculação hídrica, mais assim, no tempo, no time, não é na velocidade que a gente gostaria que tivesse, mas a SESAI ela tem aumentado o orçamento, o ministério da saúde aumentou o orçamento da sessai em valores que melhoram muito, mas se tivesse mais recursos a gente conseguiria fazer um enfrentamento muito melhor, pra essa questão da infraestrutura, de saneamento básico e aí reduzir nossos indicadores, melhorar nossos indicadores de saúde (N. C.).

Ainda sobre a tomada de decisão, que é considerada uma das fases do ciclo da política, pode-se dizer que os indígenas estão autorizados a atuarem no controle social pela legislação da política de atenção à saúde indígena. No entanto, pela falta de

clareza da política por parte de alguns acaba por inibir a sua eficácia quando o assunto é o monitoramento. Se não há entendimento dos Programas de Saúde desenvolvidos junto aos indígenas, como então monitorá-los com a devida eficácia que os mesmos necessitam?

3.4 A Percepção dos conselheiros acerca dos limites e possibilidades de seus papéis

Figura 10
Percepção dos conselheiros acerca dos limites e possibilidades de seus papéis



Fonte: SILVA, A.M., 2018.

Conforme demonstrado no gráfico, a maioria (40%) dos conselheiros não tiveram a segurança de dizer que conhecem os seus limites e possibilidades de atuação junto ao CONDISI o que sugere uma fragilidade quando na consecução e do acompanhamento das ações da política da saúde indígena. Mas os 30% que tem plena convicção de seus papéis estão ocupando papéis de destaque, na coordenação executiva, o que é muito importante porque desta forma podem conhecer com mais propriedade os bastidores da política e assim tornar-se-ão referência, capacitando-os inclusive.

Na esteira dessas discussões pelos atores que compõem o colegiado de conselheiros, tivemos um relato bem generalista vindo do presidente do colegiado, que como mencionado anteriormente é um indígena:

[...] Bem é outro fator bem complexo né, primeiro quando a gente fala de domínio e conhecimento da PNASP, nós temos aqui bons conselheiros na categoria de profissionais né que as vezes eles se levantam em favor daquilo que é correto, mas eu me preocupo quando eu vejo que há essa fragilidade na hora da votação porque alguns parentes mesmo sem participar das discussões, levantam o crachá e então participam das votações das matérias mesmo sem entender da situação a fundo(R. B.).

Percebe-se em sua fala que há então essa fragilidade e dessa forma a saúde indígena do DSEI Manaus fica condicionada à participação efetiva de alguns conselheiros que toma para si o problema e enfrentam com maestria a questão da representatividade. Na continuidade de sua fala ele ainda declara seu ponto de vista em relação aos representantes da gestão:

[...] Com relação aos representantes da gestão e prestador de serviço é a participação que no meu ponto de vista é assim muito inibida, eles vêm, participam, ouvem e até fazem algum apontamento mas não tem um posicionamento muito incisivo, sobretudo quando isso é de interesse da gestão. Quem eu vejo assim muito atuante é por exemplo o representante da UFAM e da FIOCRUZ que a gente sabe que são instituições que realmente estão muito ligadas através do estudo e da pesquisa sobre as questões indígenas, mas dos demais eu vejo assim que eles não compreendem direito como é que funciona todo esse sistema que também é muito complexo né, porque tem a questão de cultura, cultural do povo e tudo mais e a interferência a votação do parente indígena parece que inibe também um pouco em eles não quererem ir contra o que a categoria de usuários decidiram (R. B.).

E por fim, R.B. dá também seu ponto de vista em relação aos conselheiros locais na parceria com os distritais:

[...] o conselheiro local e distrital eles não dispõem de meio para que ele vá fazer visitas nas aldeias. A ideia aqui no DSEI/MAO é que eles pelo menos acompanhem pelo menos as equipes, só que a partir do momento que as equipes entram em área, parece que não há o interesse que o conselheiro atue juntamente com a equipe. E também o desinteresse do próprio parente conselheiro né, a gente vê que eles não demonstram muito interesse em acompanhar as equipes pra ver o desenvolvimento das ações. Então, de um modo geral, eu vejo que a gente muito a melhorar ainda, principalmente nessa questão do apoio do desenvolvimento das atividades nossa (R.B.).

Na busca de respostas para essa situação junto as EMSI, verificou-se em conversas informais que as equipes tem “certo receio” de que os conselheiros do

CONDISI os acompanhe em área, porque eles são muito intolerantes com os profissionais, pois qualquer coisa que eles percebam nas ações da equipe que não os agrade já é motivo de solicitar carta da liderança local solicitando a troca do profissional ou em casos mais extremos, a própria demissão. Isso é um transtorno muito grande porque se configura com assédio moral e pode levar a alguns desdobramentos não muito salutar.

[...] Eu tenho visto assim entre os conselheiros duas dificuldades: uma é a compreensão na prática de como é que ele deve fiscalizar o programa, o entendimento dos programas de saúde. E segundo é que ele não consegue acompanhar ele não tem meios nenhum como eu falei no início, então como é que ele vai saber como é que estão sendo desenvolvidos os programas nas aldeias se ele não estava presente lá e quando ele pergunta do parente por exemplo, o parente não sabe discriminar se foi desenvolvido por exemplo, o máximo que eles conseguem perceber é a “hiperdia” que é o programa de diabetes, agora a consulta com o médico se tava verificando questão de tuberculose por exemplo, ele não vai conseguir fazer esse discernimento através da conversa com os parentes, ele já consegue entender bem se a consulta era pra diagnosticar por exemplo a tuberculose porque ele não sabe como é que o médico examina pra saber se o paciente tá com esse problema e muito menos ainda quando ele não vai acompanhar aí ele tem que perguntar do paciente, aí é que ele não sabe dizer mesmo se o paciente estava sendo consultado ali pra diagnosticar a tuberculose o outra patologia, então é bem complicado, eu entendo assim que a gente tem muito trabalho a fazer, a gente precisa muito de apoio e vejo que o Ministério Público tem sido um parceiro no sentido do fortalecimento do controle social obrigando com que a gestão viabilize esses meios pra que a gente possa compreender como o que que são esses programas de saúde, então acho que é por aí (R. B.).

Já nesse trecho da fala de R.B., percebe-se claramente a falta de coesão entre gestão, conselho local, distrital, EMSI e até mesmo a própria comunidade e aí pode residir o grande problema que discutimos: o domínio das questões estruturantes que predominam nas ações de saúde por parte dos conselheiros. É com esse instrumento em mãos que ele fará as suas ponderações objetivando o melhor andamento da causa da saúde indígena.

Corroborando ainda com este assunto, trazemos a fala do cacique F. K., que em nossa opinião é um resgate histórico e como isso reflete nos dias atuais caracterizados pela chegada de toda tecnologia e de novas instituições, novas categorias profissionais, indígenas com estudo mais elevado, DSEI com “autonomia” administrativo-financeira. Isto tudo reflete mesmo em um grande avanço?

[...] bom, eu vou começar lembrando quando tudo começou e também no tempo da nossa COIAB, uma pequena história aí espremida, ainda nos anos 1991, 1999 então antigamente não tinha totalmente essa inteligência e essas

tecnologias que tem hoje né e alguns conselheiros sequer sabiam ler e escrever, eles apenas se expressavam por palavras e o que eles expressavam era bem mais forte que hoje, já com alguns professores, já alguns agentes de saúde, alguns já são formados em técnico em enfermagem, doutor, enfermeiro. Então isso parece que enfraqueceu, parece bem fraco em frente do que nós conquistamos antes quando nós não entendia muita coisa, quando nós queríamos, nós pedia pra alguém escrever e aquilo era válido, então vendo hoje do que foi no passado, realmente vejo que nós tivemos um grande avanço, na questão de equipamentos, na questão física mesmo, é a estrutura, o conhecimento e então hoje eu enxergo dessa forma, que precisamos aprender mais, precisamos falar menos e agir mais e então nós vemos que a mudança não está apenas em falar, mas em fazer também e junto com as instituições aqui melhor ainda (F. K.).

Se analisarmos esta fala e a confrontarmos com tudo aquilo que já foi aqui exposto, perceberemos que realmente é preciso sair do discurso e partir para uma prática onde a participação efetiva através de capacitações programadas e com orçamento sejam prioridade.

A visão de N.C. em seu depoimento transcrito abaixo sintetiza todo o sentimento de bons serviços prestados à comunidade.

[...] vejo que o controle social é um espaço onde existem dois poderes divididos de forma paritária. Temos o governo através de seus representantes, prestadores de serviço e os representantes da sociedade com os usuários indígenas. O Governo com sua estrutura em relação à realidade das comunidades gera problemas que são completamente diferentes daquilo que o governo quer fazer; diante disso essa estrutura se mostra fora da realidade. Controle Social é um espaço onde o governo recebe informações sobre os problemas enfrentados pela sociedade indígena e disponibiliza recursos para resolvê-las. Daí tem sentido do controle social, porque somente assim os representantes têm possibilidade de acompanhar, monitorar os trabalhos de serviços prestados para ajudar a propor mudanças na forma de fazer as coisas, com mais resultados positivos. Não é só acompanhar, não é só fiscalizar, tem que estar junto para definir o que fazer. Porque o que me parece é que, ainda hoje, as pessoas não buscam este entendimento. Dizer que é do controle social é muito simples, mas se as pessoas não compreendem a profundidade do que é fazer controle social não têm como provocar uma mudança necessária em favor da sociedade que representam; isso porque quem está no controle social é representante, não pode falar só em seu nome. O mais comum é que sejam pessoas escolhidas para representar os interesses das comunidades. Muitos desses representantes não estão fazendo isso; não conseguem efetivar o objetivo de fazer controle social. Não é qualquer pessoa que consegue isso. Só é possível fazer isso quando você consegue enxergar exatamente as forças políticas dentro deste espaço do controle social e como elas atuam (N. C.).

Faz mesmo muito sentido essa fala por parte da gestão, o que só aumenta o grau de responsabilidade, pois dizer que muitos representantes não conseguem efetivar

os objetivos do controle social é assumir a *mea culpa* diante dos fatos em que é muito perceptível certa assimetria quando deveria ser o contrário.

SEÇÃO IV

4 PERMANÊNCIA E RESISTÊNCIA INDÍGENA

4.1 O protagonismo indígena em meio a essa construção política

Protagonizar significa tornar-se o ator mais importante de algum acontecimento, ato ou fato. Pode-se protagonizar também uma peça de teatro, uma telenovela, um filme ou um livro. O termo protagonismo originou-se da palavra protagonista, que surgiu na Grécia Antiga e, segundo Darci Secchi, “é composta pelas raízes das palavras proto, que se traduz como “o principal” e agonistes, que significa “lutador” (SECCHI, 2007 p.14-15). As inconstâncias históricas inerentes ao sentido e ao significado dessa palavra começaram a ser percebidas ainda na Grécia, quando o protagonista poderia ser o “lutador principal de um torneio” (GOHN, 2008, p. 9), ou ainda os atores principais de obras literárias ou tramas teatrais.

O termo protagonismo foi, neste sentido, adotado pelas ciências humanas após as mudanças trazidas pela modernização capitalista da sociedade contemporânea, impulsionadas pela Globalização da economia e dos meios de comunicação, quando organizações e movimentos da sociedade civil tornaram-se mais autônomos, assim como os sujeitos outrora olvidados foram adquirindo sucessivamente posições de protagonistas de suas lutas e histórias.

Nessa perspectiva, segundo Gohn (2008), as palavras ator e protagonista passaram a ser utilizadas pelas ciências humanas para referir-se aos “atores que configuram as ações de um movimento social” (GOHN, 2008 p. 9), à medida que os estudos histórico-sociológicos evidenciaram a importância de personagens/sujeitos históricos por muito tempo ignorados pela historiografia.

Desse modo, o significado do termo protagonismo foi estendido aos atores sociais e políticos atuantes em diversos setores da sociedade civil - ONGs, movimentos sociais, organizações, instituições, etc. - que surgiram com o desafio de evidenciar setores marginalizados em razão de sua condição econômica, social, racial e cultural.

A partir da década de 1970, percebe-se que a ação de indivíduos organizados social e politicamente reivindicando os seus direitos pode ser compreendida como uma

forma de expressão da própria sociedade civil. Nesse sentido, Fernandes (1995, p. 29) observou que “Expressões como autonomia, autogestão ou independência indicavam o status adequado dos elementos (indivíduos, movimentos, instituições) que compõem a sociedade civil”.

O protagonismo indígena na luta por reconhecimento e pela garantia de seus direitos é uma característica do Movimento Indígena no Brasil o qual se tornou mais evidente durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte de 1987. O desfecho positivo desses trabalhos, quanto aos direitos indígenas, contribuiu para que a atuação destes povos como protagonistas de sua própria história se apresentem na atualidade como especificidade do Movimento, experienciada em diferentes aspectos: organizações indígenas; representatividade das lideranças; elaboração de projetos e políticas públicas; diálogo mais direto com diferentes instâncias do Estado e da sociedade civil, entre outros. De modo que, para pensar a luta social indígena por reconhecimento recorreu-se às contribuições teóricas de Axel Honneth e, nesta perspectiva de análise, observou-se o processo de formação deste Movimento a partir de 1970, década na qual se realizaram as primeiras Assembleias Indígenas, inicialmente idealizadas e projetadas pelo Conselho Indigenista Missionário-CIMI, mas que aos poucos destacaram a condição de sujeito dos indígenas na luta social que preconiza esse Movimento.

Outros importantes momentos, além das Assembleias Indígenas, a Constituinte de 1987 e a Constituição de 1988, foram observados e analisados como acontecimentos fundadores do Movimento Indígena no Brasil, a partir das contribuições de Paul Ricoeur, como o Decreto de Emancipação dos Índios de 1978; as comemorações dos 500 anos do Brasil e as reuniões do Abril Indígena/ Acampamento Terra Livre.

Partindo do princípio de que “toda memória é seletiva” e que “toda narrativa seleciona entre os acontecimentos aqueles que parecem significativos ou importantes para a história que se conta” (RICOEUR, 1990, p. 240), entende-se que esses dois momentos da história do Brasil são essenciais para compreender o processo de luta e organização dos povos indígenas nesse país.

Nessa perspectiva, compartilha-se da ideia já apresentada por Sérgio Leitão em debate sobre os direitos indígenas, a qual se transcreve na íntegra logo abaixo.

O processo Constituinte de 1988 foi uma união de forças da sociedade civil. Ali se uniram índios, o movimento ambientalista (que naquele momento começava a despontar), o movimento de luta pela reforma agrária, movimento das mulheres, entre outros que contribuíram para que tivéssemos uma Constituição bastante positiva do ponto de vista dos novos direitos sociais. E essa nova Constituição, que trouxe um capítulo integralmente dedicado aos índios, abria a possibilidade de que eles tivessem respeitados sua organização social, costumes, línguas, crenças, tradições, tornava possível a educação bilíngue, enfim, tornava bem mais favorável o ambiente de convivência entre os índios e a sociedade envolvente. Há, como se depreende da leitura do trecho citado, de fato, um enorme avanço do Direito no que se refere à legislação indigenista no Brasil com a promulgação da Constituição de 1988. No entanto, não se deve ignorar a árdua e longa tarefa empreendida pelos indígenas (representados por suas lideranças e suas organizações) e por uma diversidade de entidades de apoio aos mesmos, através da atuação singular da sociedade civil organizada durante o processo Constituinte (LEITÃO, 2004, p. 248).

Bicalho (2010, p. 249), cita no escopo de sua tese duas falas que considero importante inserir nesta discussão:

a grande mudança é no protagonismo mesmo, como disse, eu acho que essa conquista do Direito, de ter voz própria, de poder participar diretamente das tomadas das decisões, não precisa mais de intermediário, de porta-voz, de tutor. Acho que isso revolucionou completamente (GERSEN BANIWA).

Nestas palavras do indígena Baniwa da região do Alto Rio Negro/Am, que é doutro em sociologia, pela Universidade de Brasília (UnB), remete às lutas e conquistas alcançadas pelo movimento indígena nesse processo todo de implementação de políticas sociais que viessem contemplar suas demandas, como a que estamos aqui retratando, que é a saúde indígena:

Eles são os protagonistas, eles são aqueles que decidem, que pensam com a própria cabeça e decidem com a sua própria vontade, e agem com as suas próprias pernas. Isso é grandioso (D. TOMÁS BALDUINO).

Como já mencionado anteriormente o CONDISI do DSEI/MAO não é um espaço de representação do movimento indígena, ou seja, seus representantes conselheiros, como também já dito, não são representantes de organizações indígenas, mas

indicações de suas lideranças e, por conseguinte, sem muita experiência nessa correlação de lutas travadas entre o Movimento Indígena e o Estado Brasileiro.

[...] Eu vejo o seguinte, que de algum pouco tempo pra cá, nós temos sim tomado esse protagonismo, mas meio que, meio que forçado, a gente percebe que hoje nós temos muitos conselheiros que já conseguem compreender o processo, já temos vários indígenas formados na área de saúde e de gestão e eu vejo que essas pessoas tem se levantado contra alguns descasos. E, paralelo a isso, ocupado algumas atividades importantes dentro desse sistema, ou melhor do subsistema de saúde indígena, então, se você me perguntasse a uns dois anos atrás eu tenho certeza que a minha resposta seria outra, mas eu vejo que hoje, mesmo sabendo que que gente ainda não tem o protagonismo numa forma bem ampla, total, mas eu vejo que a gente tem conseguido de certo modo participar mais ativamente do processo e conseqüentemente o protagonismo eu vejo que é uma consequência que virá logo a frente eu tenho esperança que a coisa venha funcionar, esse subsistema funcione da forma pensamos lá no início. Por exemplo agora a frente teremos a 6ª Conferência de Saúde Indígena a qual vai trabalhar prioritariamente a Política Nacional de Saúde Indígena é a primeira Conferencia que está sendo organizada, trabalhada, desde o seu documento orientador, passando pelo seus regimentos, construídos né, com quase a totalidade de indígenas pois quem vai organizar a conferencia são indígenas que estão envolvidos dentro desse processo então eu acho que a partir daí o protagonismo ficará bem mais claro (R. B.).

Observando esta última parte da fala do presidente, percebemos que na realidade há sim uma correlação entre o controle social e o Movimento Indígena. Nas reuniões do Fórum de Presidentes de condisi, tem um assento para a APIB que representa o Movimento Indígena a nível nacional e, desta maneira o protagonismo indígena está sim presente nas questões se saúde indígena e não lembra que o presidente desse fórum é um indígena e os demais presidentes dos condisi's são também indígena, ou seja, a maioria. Se observarmos nas cinco edições das Conferências de Saúde Indígena, todas sempre remetem a ideia de que tudo aquilo que foi demanda pela população indígena ao Estado brasileiro é a legitimação de sua voz na condução das lutas como elemento propulsor de tudo que hoje está posto. Então se na edição da 6ª Conferência está havendo esse reconhecimento por parte do governo em deixar que os indígenas tomem a dianteira na organização, ponto para o protagonismo que se configura em todas essas instâncias.

O DSEI/MAO se faz representado nacionalmente por seu presidente e na composição paritária em que 50% é representado pela categoria de representantes dos

usuários e o representante da FUNAI e da FEI são indígenas, além de outros da categoria dos profissionais, só configura uma ampla maioria de indígenas fazendo a roda da saúde indígena rodar.

Comentando sobre a construção da história na saúde indígena e essa convivência com o não indígena, o cacique kambeba nos faz uma observação de riquíssima importância quando indagado se ele percebe o protagonismo indígena no condisi:

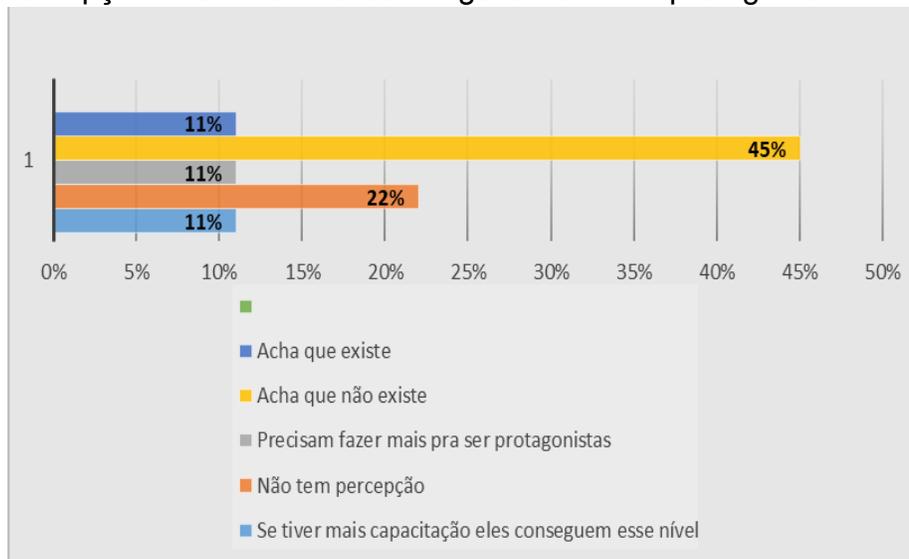
[...] então, bem pouco. Eu acho que de 1 a 10, é 3%, porque eu digo esses três por cento, porque quando nós se capacitamos, nós estudamos a gente vai para as universidades e bem pouco dessas pessoas voltam a fazer o trabalho das suas aldeias de onde foram, né? Professores, doutores, enfermeiros, então bem pouco volta, quando eles estão indo, eles vão com intuito de aprender e voltar, mas quando tão lá dificilmente esse trabalho ser devolvido da onde esse indivíduo, onde esse parente cresceu né, onde esse parente teve essa mentalidade de estudar aí mas infelizmente é muito difícil voltar (F. K.).

O cacique kambeba é um entusiasta da escolarização como forma de melhor participar com demandas e encaminhamentos no conselho, para isso além de exercer a função de conselheiro é também professor em sua comunidade com formação no pelo magistério indígena oferecido pela Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Qualidade de Vida -SEDUC e esta condição o deixa como um grande articulador tanto com a gestão quanto aos colegas de conselho. Sua preocupação é que no atual momento em que os indígenas têm muitas oportunidade de se escolarizar através da grande quantidade de escolas e até mesmo nas aldeias onde tem chegado o ensino. Ele também vê na escolarização a grande possibilidade de através da participação mais intelectual outras possibilidades de realização dos indígenas enquanto conselheiros.

[...] então, eu vejo que ainda falta muita coisa... vejo que ainda falta muita coisa a ser aprofundado na questão realmente política no que se diz respeito a todos os regimentos que cabem a nós né, tanto faz municipal, estadual, federal, é digamos que nós hoje estamos falando em saúde em percentual de saúde mas muitas das vezes eu enxergo dessa forma é que falta mais credibilidade dos próprios interesses de quem tá em frente de buscar alternativas aqueles indígenas que realmente não sabem o que é crescer, o que é desenvolvimento, né sustentabilidade, o povo migra pra outro lugar então em busca de outra alternativa em vez de ele ter terra, em vez de ele ter espaço, eu acho que isso é uma resposta bem ampla mesmo (F. K.).

Na nossa observação e na percepção das falas dos conselheiros verificou-se que a falta de intercâmbio entre os membros do colegiado (usuários, prestadores de serviço e representantes das categorias profissionais) é um assunto que precisa ser melhor trabalhado, uma vez que estes só se encontram durante as reuniões do colegiado. Outro fator que também percebeu-se é que em nenhum momento relatou-se que algum conselheiro das citadas categorias esteve em alguma aldeia acompanhando *in loco* o trabalho desenvolvido pelas equipes, o que deve ser também desenvolvido pela categoria de usuários. Tudo bem que na fala do coordenador do órgão ele diga que o conselho se faz representar nas aldeias através dos conselheiros locais mas havendo esse entrosamento há de perceber melhorias.

Figura 11
Percepção dos conselheiros indígenas sobre o protagonismo no DSEI/MAO



Fonte: SILVA, A.M., 2018.

Observando a ótica dos conselheiros sobre este assunto apresentado nesse gráfico observamos que não há unanimidade em torno do assunto, até porque a maioria (45%) acha que não existe o protagonismo indígena no DSEI Manaus, reconhecendo inclusive que para serem protagonistas precisam necessariamente fazer muito mais do que tem feito e melhor, ainda, precisam de capacitação para chegar ao nível de protagonistas.

Na dimensão instrumental do controle social, até agora argumentamos no sentido de destacar a capacidade das representações indígenas construir políticas de governo de seu interesse. A questão que gostaríamos de propor para finalizar este estudo de caso é relativa à tradução do sucesso político normativo (políticas de governo) na melhoria das condições de vida de homens e mulheres indígenas nas aldeias.

Os resultados são reduzidos. Segundo depoimento de diferentes representantes indígenas em várias instâncias de discussão, os problemas de saneamento e de água potável permanecem e por vezes se agravaram, como entre todos os cantos desse país. Numa recente experiência que tivemos no Alto Solimões, região a que pertencemos, como apoiador pedagógico do Programa de Capacitação dos AIS e AISAN's lançado pelo Ministério da Saúde, através da SESAI, passando por três municípios (Tabatinga, Benjamim Constant e São Paulo de Olivença e o que presenciei é fato: comunidades com mais de 4 mil moradores sem água potável, ainda bebendo água barrenta do Rio Solimões. Em todas as comunidades visitadas existe o paliativo de uma bomba que leva água às casas, porém esta água não passa por nenhum processo de tratamento. Por isso os indicadores da diarreia nunca baixam naquela região. Por outro lado, também já estivemos em outros locais (aldeias) com toda estrutura de água advinda de poço artesiano, energia elétrica geradas a partir de placas de energia solar, internet e em contraponto as crianças todas andam descalças ocasionando assim uma ponte para a entrada de doenças em seus organismos.

Contextualizamos a região do Alto Solimões para poder também comentar que situações similares ocorrem também nos municípios de abrangência do DSEI Manaus, com casas sem uma estrutura sanitária adequada, sem também um sistema de água potável para o consumo diário. Ao indagarmos o coordenador do DSEI, sobre esta problemática obtivemos essa resposta:

[...] nós temos as nossas dificuldades que o processo burocrático impõe né, a construção de um projeto, a busca por recursos, isso é uma coisa que a gente precisa explicar melhor porque o que acontece, o indígena tá querendo um sistema de água na aldeia dele né, ele te provoca, só que pra gente chegar até o dia em que a gente realmente vai ligar a torneira e ter a água existe um processo longo a ser percorrido, mas o indígena não sabe disso então ele precisa conhecer todos esses passos que serão dados pra ele tenha consciência que aquela provocação não será resolvida de maneira imediata,

então em todas as atividades que o DSEI desenvolve como manutenção de motores, aquisição de novos motores, sistema de água, UBS's, as equipes (M. R.L.F.J.).

E é através desse processo burocrático que os problemas da saúde indígena vão sempre sendo empurrados lá pra frente. Quem elabora um projeto para construção de um poço artesiano nas comunidades não é o Condisi, pois esse não é o seu papel, hoje existe o SESANI a quem compete essa responsabilidade. Em um tom de provocação sadia o coordenador do DSEI em outra fala nos disse que o Condisi precisa ser mais atuante porque se ele não for vai continuar ocorrendo situações como esta em que o coeficiente de mortalidade infantil em indígenas caiu entre os anos 2000 e 2006 de 74,6 para 48,6 (por mil vivos), permanecendo, contudo quase duas vezes maior do que o coeficiente nacional que foi estimado em 25,1 para 2006 (BASTA, ORELLANA e ARANTES, 2012).

Nessa disjunção entre reconhecimento político e desconsideração cívica na efetivação dos direitos, surge a indagação sobre se a eficácia política das lideranças indígenas nas instâncias estatais irá manter-se sem impactar positivamente na vida cotidiana daqueles a quem representam. Neste sentido, vale destacar o que preceitua a PNASP:

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Cientes disso, as articulações políticas indígenas têm intensificado outros tipos de ação política além das previstas na governança democrática a fim de garantir que o sucesso do protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde e em outras, torne-se uma realidade imediata e duradoura na jovem democracia brasileira. São as estratégias políticas combinadas que pudemos ver, com expressão espetacular, este ano no Abril Indígena com a ocupação da Câmara dos Deputados em Brasília e

várias Câmaras Municipais em todo país; e na Semana de Mobilização Nacional Indígena com audiência pública no Senado, agenda com os ministros do Supremo Tribunal Federal, manifestação que, em sua caminhada pelos Três Poderes, incluiu um único ministério: o da Saúde. Se estes exemplos tiveram como temática central os direitos territoriais indígenas - sua manutenção e expansão, esse tipo de atuação tem se mostrado central também nas políticas de governo setoriais.

Assim, na política de saúde indígena verificamos somente no último mês de setembro a ocupação da sede do DSEI do Médio Purus (AM) em Lábrea - na busca por melhorar o atendimento, mudar o coordenador do DSEI e barrar as interferências partidárias no DSEI - e também da sede do DSEI Mato Grosso em Campo Grande, com objetivos similares. Longe de ser novidade, estas ocupações de sedes de DSEI vêm ocorrendo com frequência há muitos anos, por vezes, com detenção de funcionários, tendo sido o próprio secretário Antonio Alves (ex- secretário da SESAI) detido em Barra do Corda (MA) quando fazia a entrega de viaturas ao DSEI em julho deste ano. O DSEI/MAO não fica atrás, pois sendo um DSEI estratégico no estado do Amazonas, todas as discussões políticas em torno da política de saúde ocorrem na cidade de Manaus com desdobramentos muitas vezes na ocupação do órgão. O atual secretário da SESAI durante seu exercício frente ao órgão, já esteve em Manaus por diversas vezes, mas dado o histórico de ocupações da sede do DSEI ele evita adentrar no prédio onde funciona tal órgão.

Mas também urge considerar a eficácia dessas ações políticas não institucionalizadas na especificidade do conjunto do controle social, ou seja, não apenas na proposição de políticas públicas, mas, sobretudo, na gestão cotidiana dos serviços prestados a partir das políticas de governo conquistadas. Afinal, tais serviços são fundamentais justamente na alteração das condições de saúde nas comunidades indígenas, uma realidade que, como destacamos, tem se modificado muito lentamente em um processo marcado por avanços e retrocessos.

Como atuar no cotidiano da saúde indígena? Este parece ser o desafio sobre o qual várias lideranças com experiência nos CONDISI, espaço por excelência do exercício do controle social nas comunidades indígenas, os quais têm refletido. A complexidade da indagação tem suscitado uma abordagem que considera múltiplas

causalidades. As reflexões apontam desde a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da “burocracia” estatal até o reconhecimento de que é preciso que o movimento indígena promova a reprodução de lideranças que detêm mais experiência nesta atuação, passando pela crítica às normas legais do controle social que controlariam mais a representação indígena do que permitiriam que este controlasse as ações de governo. Tais análises revelam densidade política quando as lideranças indígenas as inserem na compreensão de que o controle social é um campo de forças, no qual têm de fazer valer a perspectiva indígena.

Mas como privilegiar a perspectiva indígena em um modelo de controle social que foi instituído sem considerar as especificidades de sua organização política? São notáveis as dificuldades encontradas pelas organizações indígenas para se enquadrarem nas definições de representação legítima definidas oficialmente.

Teixeira (2009) já havia chamado atenção para o fato de que o reconhecimento político das autoridades indígenas e de suas formas próprias de organização, historicamente ignoradas, ainda é incipiente. Ainda hoje, as relações entre Estado e povos indígenas fundamentam-se no reconhecimento da capacidade processual de seus indivíduos e organizações (ou seja, sua capacidade de acionar o Estado para pleitear interesses) em detrimento do reconhecimento propriamente político dessas organizações, muitas das quais são deslegitimadas por agências do governo que não reconhecem em seus arranjos a representação da totalidade dos povos indígenas. Tais dificuldades podem ser observadas até mesmo no Conselho Nacional de Saúde, cujo regimento restringe a participação de entidades e articulações que não atuam em pelo menos um terço dos estados e três das regiões do país. Ora, é sabido que a distribuição demográfica dos grupos e reservas indígenas não se harmoniza com essa divisão oficial, assim como o próprio subsistema de saúde indígena, organizado em DSEI, os quais nem sempre respeitaram as afinidades étnicas.

Observa-se também que a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social – para os quais autonomia das organizações indígenas é uma ideia valor consensual entre todos os atores envolvidos (TEIXEIRA, 2009) – dissona de sua realização prática. Tal descompasso redundava na dificuldade de se concretizar um diálogo efetivamente intercultural entre organizações políticas indígenas e as instancias

estatais. Ainda que desde as primeiras discussões sobre a implementação de um subsistema diferenciado, as políticas públicas para a saúde.

Na teoria apresentada por Honneth (2003), o indivíduo que se reconhece como sujeito tende a alcançar autoconfiança ainda na “experiência do amor” que se realiza na esfera emotiva, nos âmbitos familiares e comunitários o autorrespeito na “experiência do reconhecimento jurídico”, na esfera jurídico moral, e autoestima na “experiência da solidariedade”, que se realiza na esfera da estima social.

Nesse momento, o “padrão de reconhecimento de uma solidariedade social” é a meta a ser alcançada por indígenas socialmente estimados, conscientes e autoconfiantes, capazes de falar por eles mesmos e de lutar para que, como “cidadãos juridicamente autônomos” (IBIDEM), possam alcançar num futuro próximo o respeito e a “estima simétrica” entre os demais cidadãos brasileiros. Esse é o caminho rumo à legitimação social dos direitos dos povos indígenas no Brasil.

Por fim, se o domínio do funcionamento burocrático é importante, é porque sem este não se consegue transformar o princípio geral do direito adquirido em prática específica administrativa. Assim, trata-se de um instrumento e não de um fim em si mesmo, pois como declarou Warley Mura, que foi conselheiro do CONDISI do DSEI/MAO, ainda no início desta pesquisa (2015/2016):

Então, eu acho que o controle social é, para nós indígenas o local onde nós exercemos a nossa autonomia frente ao governo através de nossas falas, de nossos encaminhamentos, de nossas discussões, das nossas articulações aqui com os parceiros, da nossa boa relação com a gestão do DSEI e com os demais conselheiros. Assim nosso DSEI pode e deve ser exemplo para os demais, nós conseguimos aqui reunir uma enorme quantidade de instituições que não soubemos ainda aproveitar o potencial e ajuda de cada um. No dia em que 20% desse Conselho tiver a mesma postura que eu tenho em cobrar, ir pra cima, fiscalizar, denunciar, chamar o Ministério Público, invadir e fazer esses caras entenderem que isso aqui é nosso, foi nossa conquista, então eles tem que nos respeitar e se isso não acontecer temos que nos pintar, pegar nosso arco e flecha e ir pra cima desses “homens”. Esse é o potencial que temos, agora ficar calado só olhando em nada vai adiantar vir pra cá e não participar. Então, esses meus parentes precisam acordar, participar mais efetivamente, senão vão sair por aí dizendo que os indígenas são dominados e se eles acharem isso mesmo estão muito equivocados. Quantas vezes for preciso invadir isso aqui pra melhorar n’s vamos fazer, agora de maneira consciente, com o interesse único de ver isso aqui melhor e os nossos parentes lá nas bases ser melhor atendidos (W. O.).

Essa é sem sombra de dúvidas a fala de um conselheiro que reúne as características que se espera em todos os conselheiros, sejam eles indígenas ou não. Em minha opinião, trata-se do mais atuante conselheiro que conheci durante todo o

processo da pesquisa, por sua postura sempre propositiva e encarando de frente o sistema, dando voz ao protagonismo que é próprio daqueles que são os atores principais de todo esse processo: os usuários da saúde indígena. Talvez a resposta refletida no gráfico aqui mostrado onde a maioria dos indígenas já não conseguem perceber-se “protagonistas” dessa história de lutas, seja pelo fato de os mesmos reconhecerem o *mea culpa* de não estarem fazendo o verdadeiro papel de um conselheiro.

As oportunidades em participar de um conselho é única e histórica, para um indígena, histórica. Na luta pelo protagonismo indígena no DSEI/MAO, tivemos (digo tivemos porque participei do momento) a oportunidade de colocar à frente da gestão um indígena, a exemplo da conquista através de lutas e reivindicações, fazer com que os contratos das conveniadas da saúde indígena fossem firmados com as organizações indígenas e apesar de muita comemoração a experiência foi muito negativa.

No DSEI Manaus quem assumiu o convênio foi a COIAB, que findou com uma dívida trabalhista que até os dias atuais não foi sanada e a mesma está inadimplente sem poder assumir outros convênios. Quanto ao fato de um indígena assumir a gestão do DSEI, a barreira da falta de experiência administrativa-financeira pesou sobre os ombros do mesmo que não soube utilizar o cargo em benefício da população indígena. Só para citar um de seus feitos: ele autorizou a compra de uma lancha de luxo que seria utilizada pela coordenação do CONDISI para fiscalização das aldeias que recebem as equipes de saúde. A coisa foi tão desastrosa que o Ministério Público teve que intervir solicitando o cancelamento de tal compra e tiveram que devolver a lancha com pouco dias de uso. E logo depois o próprio Condisi teve que pedir a sua saída da gestão do DSEI/MAO, o que para o Movimento Indígena foi um momento de muita tristeza ter que admitir a culpa da “incompetência” e ouvir do governo poucas e boas e ter que aceitar. Desta forma, o governo se fortalece em não oportunizar ao indígena o direito de exercer funções de gestão na saúde indígena, mas ainda assim, tem um indígena como gestor no DSEI Vale do Javari que tem dado certo.

Desta forma, o protagonismo indígena vai ganhando cada vez mais espaço nas instancias de governo e relembrando a fala do Ronaldo Maraguá, que em meio às incertezas largou a presidência do CONDISI e articulou sua entrada no quadro de

servidores do DSEI/MAO, como apoiador da saúde indígena, cargo este na faixa salarial acima de 8 mil Reais: “daqui a mais ou menos uns dois anos teremos muitos parentes com boas formações universitárias que elevarão o nome e a qualidade do nosso protagonismo”. Ou seja, o Maraguá aponta neste ato para um futuro bem próximo para os indígenas, que uma gama de novas lideranças surjam no cenário das lutas pela efetivação dos direitos indígenas, com qualificações diversas ensejando assim um melhor aparelhamento das lutas indígenas e talvez a tão sonhada autonomia e desvencilhamento de órgãos que por décadas atuam no “assessoramento” das comunidades e/ou associações indígenas, sem, no entanto, leva-las a lugar nenhum. Talvez esta seja a saída do ponto de vista profissional que venha mudar esse panorama na questão indígena.

4.2 Enquanto houver persistência, haverá resistência até o último índio

Figura 12

Participação indígena na ATL, 2017



Fonte: @conselhoindigena.cir

A justificativa que torna este tópico parte integrante deste trabalho são os meus andamentos em meio à luta pela efetivação de direitos dos povos indígenas já preconizados na Constituição Federal de 1988, leia-se Artigos 231 e 232. E, foi na edição 2017 do Acampamento Terra Livre (ATL), movimento que ocorre em Brasília anualmente como marco na defesa dos direitos e cidadania indígena, que a delegação do Estado de Roraima surgiu no evento conduzindo uma faixa com esta frase. O impacto foi tão grande que a mesma se tornou símbolo desse movimento anual e serve de reflexão para este momento.

Em pleno século 21, o Estado Brasileiro ainda não saiu do discurso de que “deve muito aos Povos indígenas” e essa conta cada vez mais vai aumentando sem que haja uma definição de uma política assistencialista desejável aos mesmos. A FUNAI que já vinha há anos caminhando a passos de tartaruga, no atual governo retrocedeu ainda mais, dividindo suas ações com outros ministérios suscitando interesses que não coadunam com os das comunidades e lideranças indígenas.

Por outro lado, a SESAI sofre duríssimas ameaças de ser extinta ou também ser incorporada a outra pasta, retrocedendo mais essa conquista do Movimento Indígena Nacional. Em nove anos de existência da referida secretaria especial, surge um Ministro que percebeu uma certa “estranheza” na execução do montante de recursos destinados à saúde indígena e como consequência se estuda a possibilidade de municipalizar todo o sistema, nas regiões Sul, Nordeste e Sudeste e nas demais estadualizar. Para o ministro Mandetta, as mudanças vão melhorar e qualificar a prestação dos serviços de saúde às populações indígenas, na cidade e nas aldeias, atualmente realizada por organizações da sociedade civil através de convênios com o Ministério da Saúde, intermediados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Cumpre-se uma espécie de protocolo: no início de cada novo governo são discutidas mudanças relativas aos povos indígenas, em especial às políticas públicas dedicadas à atenção em saúde.

De Norte a Sul do país, a reação dos indígenas foi unânime em não aceitar as propostas de mudanças e uma acirrada disputa entre lideranças indígenas e o ministro da saúde, capitaneadas pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), juntamente com os presidentes de CONDISI's ambos com assento no Conselho Nacional de Saúde, instancia deliberativa sobre a situação em nível nacional, além das organizações indígenas em todos os cantos do Brasil, como é caso de COIAB falando pela Amazônia, FOIRN, pelo Rio Negro, COPIME, por Manaus e entorno, FOCCITT, pelo povo Tikuna (o mais numeroso do Brasil) do Alto Solimões, CGTSM, pelo povo Saterê-Mawé de todo baixo Amazonas e também todos as aldeias localizadas nos municípios que compõem o DSEI Manaus.

Em uma análise preliminar, vamos perceber que a ótica do ministro está correta quando aponta que são gastos anualmente 1,4 bilhão de reais com a saúde indígena e

desse montante 650 milhões são repassados às ONG's para execução das atividades-fim e somente uma delas fica com 490 milhões do montante, ou seja, alguém está sendo favorecido. O mais alarmante disso tudo é que os casos de mortalidade infantil entre os indígenas são três vezes superiores à média nacional, configurando assim um desserviço. Portanto, toda ideia que vise melhorias na atual conjuntura é sempre bem-vinda, desde que discutida com os usuários que sabem realmente como deve ser essa política.

O resultado de toda essa situação foi imediato, pois todos os DSEIs estão anunciando atraso no pagamento de seus servidores devido ao atraso no repasse do recurso do convênio, ou seja, haverá em primeira instância o descontentamento dos servidores da saúde indígena e isso pode acarretar problemas maiores pois em anos anteriores já houve paralização dos serviços por conta do atraso no pagamento de salários e as consequências poderão desastrosas.

Quando se fala na possível possibilidade de municipalização/estadualização, vale lembrar que ao longo dos últimos 30 anos, a política de assistência passou por equipes volantes ligadas à Fundação Nacional do Índio (Funai), depois se estruturou um departamento dentro do órgão indigenista e, durante o governo de Fernando Collor se descentralizou a assistência aos povos indígenas. As políticas de atenção em saúde passaram então a ser de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), organismo do Ministério da Saúde que em 2010 viu a gestão da saúde indígena ser entregue à Sesai. No governo de Fernando Henrique Cardoso se estruturou o modelo específico de atenção, cuja gestão se dava por meio de distritos, quando foram criados 34 DSEI's (Distrito Sanitário Especial Indígena). Neste contexto, se inicia a política de terceirização da assistência (CIMI, 2019).

Assim, mais adiante, nos governos Lula e Dilma, manteve-se a terceirização, mas o modelo foi redefinido, diminuindo a quantidade de terceirizadas prestadoras de serviços, chegando-se à criação da Sesai. Já entre 2014 e 2015, durante o governo Dilma, formulou-se um Projeto de Lei (PL) para estabelecer uma política de privatização da assistência através da criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). A pressão do movimento indígena fez com que o PL não fosse adiante. Durante todos

estes anos, passando pelos cinco governos oriundos da Constituição de 1988, a municipalização, de uma forma ou de outra, sempre esteve em pauta.

No âmbito das mudanças no modelo de prestação de serviços, a política de municipalização foi considerada em diversas ocasiões pelo fato do SUS ter como uma de suas lógicas de funcionamento a descentralização da assistência nos municípios, mas sempre foi combatida pelos povos indígenas e suas organizações, que se articulavam para evitar a sua concretização. O principal argumento dos povos indígenas é de que precisam de uma atenção específica e diferenciada, conforme prevê o texto constitucional. Por outro lado, estados e municípios já carregam a responsabilidade de cuidar da saúde dos não indígenas e fica a pergunta: dariam conta de cuidar da população indígena nos moldes que os mesmos requerem, já que neste momento, passados quase 20 anos da publicação da lei Arouca, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os povos indígenas seguem na incerteza e insegurança quanto ao modo como se assegurará a atenção à saúde no atual governo?

É sempre bom lembrar que a Constituição Federal assegura aos povos indígenas o direito de viverem de acordo com suas culturas, costumes, crenças suas cosmovisões e suas organizações sociais. A legislação existente atribui à União a responsabilidade pela execução das políticas a serem desenvolvidas junto aos povos e comunidades respeitando tais diferenças e especificidades. Complementa ainda essa ideia o fato de o Brasil ser signatário do Convenção 169 da (Organização Internacional do Trabalho, convenção esta que apresenta importantes avanços no reconhecimento dos direitos indígenas coletivos e em pleno feriado de carnaval o Governo Federal através do ministério das Minas e Energia, abre a possibilidade da exploração mineral em terras indígenas por empresas estrangeiras, combatendo todos esses anos de luta na defesa dos territórios. Então uma insegurança instaurou-se entre os indígenas de todos os lados. E isso tudo tem reflexos na saúde desses povos.

Estamos no ano de 2019 e o Estado Brasileiro tem demonstrado total incapacidade de conviver pacificamente com a população indígena e agora como se fosse a única alternativa, ameaça os territórios, a cultura, a segurança, a saúde com o discurso que isso vai gerar riquezas ao país e por conseguinte à população indígena. É notório que em meio aos indígenas existam algumas correntes que são favoráveis à

ideia e já começam a comemorar a possibilidade de virem fazer a exploração. Eu, enquanto indígena e defensor da causa, defendo a ideia de que o Estado brasileiro deve criar políticas públicas consistentes que venha garantir a sobrevivência física e a integridade de cada povo. Porque até hoje não se pensou em estruturar projetos de Arranjos Produtivos Locais (APL), aproveitando o potencial e vocação de cada povo e região. Não se vê as instituições pensando em fazer um plano de manejo madeireiro e não madeireiro nas áreas indígenas, e muito menos explorando comercialmente os recursos na área de fármacos e óleos vegetais (copaíba, andiroba e outros). Há um inestimável potencial nas áreas indígenas, mas como se percebe, vivem somente no encanto das floretas sem que nenhum governante o perceba.

Ser indígena no Brasil parece sempre viver no mundo paliativo em que nada vem pra ficar como permanente. Só pra ilustrar apresento essa situação na figura abaixo em que o indígena é atendido numa sessão odontológica em pleno barco sem estrutura alguma. Isso tudo nos faz lembrar Boaventura Santos quando salienta que o indígena vive na modernidade e reivindica direitos que são próprios da modernidade, não se admite mais que situações como essa tornem-se corriqueiras. Não há recursos para a aquisição de um barco estruturado para esse tipo de atendimento? A resposta está aí na imprensa todos os dias e nós sabemos que uma boa vontade política resolveria esse e outros problemas.

Figura 13
Atendimento odontológico nas aldeias



Fonte: SILVA, A.M.

Outro aspecto que está em xeque é a questão cultural. Há um discurso novo em nome dos povos indígenas: estão apregoando uma forma de viver nunca antes pensada, que o indígena quer viver igual aos demais brasileiros com acesso à tecnologia, à indústria, ao comércio, mas esquecem os autores do discurso do aspecto sociocultural em torno dessa questão e então o indígena tem que lutar pela sua cultura e se preciso for lutarão até o último índio. Em primeiro lugar, é preciso esclarecer que em nenhum momento os indígenas foram consultados a esse respeito. É a política integracionista querendo tomar lugar novamente entre os povos indígenas. Hoje a política indigenista que está posta respeita as peculiaridades, oferecendo uma educação diferenciada, com um sistema de saúde que atende, ainda que de maneira ínfima, mas procura respeitar o aspecto cultural. Então a questão perpassa por uma falta de diálogo, saindo assim de um monólogo em que o governo dita as suas leis.

Afinal e contas o que torna o indígena moderno? Usar os bens que o não indígena usa, tais como internet, informática, celular, TV por assinatura e outras tecnologias de ponta? Comer alimentos industrializados também é modernidade? Penso que modernidade para os indígenas é continuar no seu cantinho pescando, caçando, alimentando-se de sua gastronomia exótica, praticando suas danças, seus rituais, sua pintura e o melhor de tudo convivendo harmonicamente com a natureza sem agredi-la nem degradá-la. Eles não vivem a ideia preconizada no contrato social que desprezou a natureza elevando o homem, mas vivem a máxima de que homem e natureza devem viver harmonicamente.

Agora o aparelhamento estatal deveria ser mais sensível para com os povos indígenas e garantir que seus direitos constitucionais sejam mantidos e não o contrário. Não custa nada lembrar o texto constitucional:

§ 3º - O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei. E ainda: "§ 4º - As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis (CF, 1988).

Isso são direitos assegurados na Carta Magna e querer usurpá-los além de ferir a nossa Constituição Federal é também uma afronta a dignidade dos indígenas.

Em entrevista à revista *Época* (2012), Bauman afirma que “Vivemos o Fim do futuro” e que perdemos as referências políticas, culturais e morais da civilização e aponta que os jovens com sua indignação, poderão resistir à banalização. Os nossos antepassados não se preocuparam com o futuro, mas uma coisa podemos assegurar: as terras indígenas na Amazônia estão preservadas tal qual eram nos tempos de lutas por suas demarcações e isso é garantia de futuro, futuro das gerações indígenas que vem por aí. Geração esta que precisa continuar preservando e defendendo seus territórios a fim de que a sobrevivência seja pautada pelo respeito e dignidade da pessoa humana.

Ser indígena a algum tempo era vergonha, hoje não! Eu mesmo passei 18 anos de minha juventude negando minha identidade étnica e hoje além de me identificar faço questão de elevar o nome e a causa indígena aos quatro cantos, pois bem sei que muito mais que reivindicar direitos os povos indígenas querem manter sua identidade e sua tradição.

Neste sentido, é preciso que o movimento indígena, em nível nacional e local, estejam unificados para imprimirem a ideia de que a terra é do indígena, foi uma conquista sangrenta e não se pode permitir que ameacem a cultura indígena da forma como está sendo pensada pelo novo governo que acaba de assumir o comando do país. Uma coisa é certa, o povo indígena é guerreiro e aguerrido e como bem enfatiza o título desta seção: “Enquanto houver persistência, haverá resistência até o último índio”.

Este estudo de caso sobre o controle social da saúde indígena no âmbito do DSEI/MAO veio mostrar o conjunto de relações que são (ou que deveriam ser) construídas nas relações interinstitucionais, mola propulsora, no desenvolvimento das ações do colegiado frente ao DSEI. Permitiu também que se perceba que nesse jogo de poder (governo e sociedade civil), não deve haver ganhador e sim convergências. O governo achará sempre uma resposta ou desculpa para suas omissões, em contrapartida os indígenas através de suas representatividades devem também encontrar mecanismos para sanar tais omissões.

É consenso de que o som melódico que deve ser ouvido na saúde indígena na relação com seus parceiros seja uníssono, pois quando todos entendem que devem falar a mesma voz, no mesmo tom, no mesmo sincronismo, aí sim a melodia há de ser

bem cantada. E é isso que se espera nesse mosaico que é a saúde indígena, que todos se entendam e esse entendimento seja convergido para a melhoria da qualidade de vida da população indígena. Mas não se pode deixar de mencionar que nesse complexo mundo de relações, existe a questão interétnica, o mundo da cultura dos indígenas que a seu modo vai se adaptando ao mundo do não indígena e assimilando a melhor maneira de conviver com este tirando proveito para o seu. E desta forma, encerramos este estudo com a poesia da indígena da etnia Kambeba, Márcia Wayne, que pertence à comunidade Tururuca Curuca, na estrada AM-70, no município de Manacapuru que é uma das muitas que são atendidas pela saúde indígena ensejando que a construção das relações do CONDISI do DSEI/MAO seja assim, uma poesia, com lindas estrofes a serem recitados:

No território indígena,
O silêncio é sabedoria milenar,
Aprendemos com os mais velhos
A ouvir, mais que falar.

No silêncio da minha flecha,
Resisti, não fui vencido,
Fiz do silêncio a minha arma
Pra lutar contra o inimigo.

Silenciar é preciso,
Para ouvir com o coração,
A voz da natureza,
O choro do nosso chão,

O canto da mãe d'água
Que na dança com o vento,
Pede que a respeite,
Pois é fonte de sustento.

É preciso silenciar,
Para pensar na solução,
De frear o homem branco,
Defendendo nosso lar,
Fonte de vida e beleza,
Para nós, para a nação!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena proporcionou o surgimento de um novo canal de comunicação entre a população indígena e o Estado brasileiro. Implicou mudanças que afetaram a forma de organização e representação dos povos indígenas, cujas demandas anteriormente eram traduzidas por organizações indígenas e indigenistas ou diretamente por lideranças tradicionais da comunidade.

Dessa forma, surgiram novos atores e novos espaços de interação entre as comunidades e os governos. E na medida em que as instâncias de controle social do subsistema aprofundaram a discussão sobre a Política de Saúde Indígena, ganharam o respeito do movimento indígena.

A luta pelos direitos dos povos indígenas continua na pauta do movimento indígena e foi estendida para o subsistema. Nesse âmbito, é evidente a importância dada pelos representantes indígenas às suas conquistas, pela constante reafirmação da necessidade de garantir o espaço para eles participarem das decisões sobre os serviços de saúde. No entanto, existe um descompasso entre a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social e realização prática desse controle. Ou seja, se reconhece a importância e se defende a constituição das instâncias de controle social da saúde indígena, mas o exercício desse controle social ainda se apresenta frágil diante da dificuldade para consolidar sua estrutura e para concretizar o diálogo intercultural.

A falta de condições materiais impede o exercício do controle social nos distritos, onde sejam executadas as ações de saúde e, portanto, onde é possível adequar os serviços de modo a considerar as características sociais e culturais dos povos que ali residem, partindo da necessidade identificada e manifestada pelos próprios usuários dos serviços de saúde.

A distância entre os processos decisivos e os locais em que ocorrem as práticas de saúde potencializa o peso da argumentação técnica e política. Essa argumentação é impregnada de uma cultura institucional pouco reflexiva: incapaz de enxergar a diversidade dos povos indígenas e de estabelecer um diálogo no qual esses povos sejam efetivamente considerados interlocutores.

Portanto, não há como se avançar no controle social exercido pelos povos indígenas, sem a garantia de realização das reuniões dos conselhos locais. É nesses conselhos que a população indígena participa mais amplamente das discussões sobre a saúde da comunidade. Neles, são identificadas as principais demandas para os serviços de saúde e é por meio deles que as equipes de saúde e os índios estabelecem uma relação mais direta. Desse modo nos conselhos locais poder-se-ia, inclusive, identificar as melhores formas de interação entre a prática médica ocidental e as práticas tradicionais dos povos indígenas. Os conselhos locais são também fundamentais para a solução de questões relacionadas à representação, pois seus membros são responsáveis por indicar os conselheiros distritais.

A implementação de um subsistema que ofereça atenção integral para as populações indígenas é ainda um desafio. Apesar da recente criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a sua formulação ainda está fortemente baseada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002 e demais diretrizes formuladas ainda pela Funasa. Entendemos que a diretriz da atenção diferenciada da Pnaspi é fundamental para a garantia da qualidade desse subsistema, pois os sistemas médicos oficiais podem ter efeitos negativos naqueles que não compartilham os valores hegemônicos da sociedade.

Passados mais de vinte e oito anos da aprovação e regulamentação 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 dezenove 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 Polos base, verdadeiros 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, pois hoje a contratação da equipe multidisciplinar é terceirizada, não existindo desta maneira um plano de cargos, carreira e salários, ocasionando insatisfações, as ingerências político-partidárias na instituição gestora do sistema (SESAI) a indefinição dos mecanismos de gestão e financiamento, dentre outros problemas.

A título de exemplo, quando iniciamos o processo de pesquisa sobre o controle social do DSEI Manaus em 2014, até a sua conclusão em 2018, passaram pela gestão nada mais nada menos que seis, coordenadores, ocasionando desta forma uma descontinuidade nas ações porque cada um que chega vai querer levar à sua maneira e assim quem sai perdendo são os usuários indígenas. Um sinal de mudança começa a surgir em relação à chefia da Divisão de Assistência à Saúde Indígena (DIASI), importante setor que cuida da atividade-fim, que a partir de 2018, passam a ser ocupadas por profissionais de nível superior concursados, mudando o panorama de anos anteriores que sempre foi através de indicação política.

Mas a SESAI, atual gestora da política de saúde indígena, cujas competências mais fortemente ligadas à sua atuação são: a) desenvolver as ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; b) Planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena; c) Articular com estados, municípios e organizações não-governamentais, as ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo e d) Promover o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tem procurado cumprir seu papel equipando os DSEI's com estruturas capazes de dar respostas as inquietações dos indígenas. Não

obstante a isso, o DSEI Manaus é tido como modelo aos demais no Estado do Amazonas e é o que possui o maior número de contratos com o Ministério da Saúde e isso acarreta em melhoria no atendimento na ponta.

No que diz respeito ao planejamento e coordenação das ações de saneamento e edificações de saúde nas áreas indígenas, hoje no DSEI/MAO e em outros DSEI's no Brasil já se pode contar com a existência do SESANI – Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental, estruturado com equipe formada por engenheiro ambiental, técnico em edificações, técnico em química e até farmacêutico-bioquímico, com a missão de cuidar da qualidade da água que é consumida pelas famílias indígenas nas aldeias. Ou seja, muda-se o panorama, já se pode contar com mais esse ingrediente como elemento estruturante da saúde do indígena.

Em relação ao Controle Social, nas palavras de seu presidente faltam ainda recursos para capacitar melhor o colegiado, sobretudo o indígena, para assim haver uma participação mais efetiva destes nas reuniões do colegiado quando nas tomadas de decisões. Afinal, estamos diante de um conselho ímpar, pois com seu colegiado muito representativo, pode-se dizer que sua atuação tem sido um tanto quanto eficaz, sobretudo no encaminhamento e aprovação de propostas de tamanha relevância para os anseios do DSEI. Pode-se ilustrar melhor a participação deste colegiado com a participação do coordenador Regional da FUNAI, do Diretor-Presidente da Fundação Estadual do Índio – FEI, do representante da UFAM, da FIOCRUZ, da SUSAM, da SEMED e outras tanto quanto significativas que contribuem com suas ideias e encaminhamentos que só engrandecem a importância do CONDISI. Pode-se dizer que não há de fato o protagonismo unicamente dos conselheiros indígenas, mas uma soma de participação interinstitucional que elevam o nome do colegiado como um todo transformando assim as ações do DSEI Manaus em eficácia dentro do seu campo de atuação.

Resta dizer que o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como macroprocesso finalístico refere-se a um conjunto de ações implementadas que visam consolidar e garantir a participação da população indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento, avaliação e fiscalização do cumprimento das políticas públicas de saneamento, edificações e atenção à saúde

indígena executadas pela SESAI, por meio dos Conselhos de Saúde Indígena. Esse macroprocesso apresenta particularidades e especificidades que devem ser levadas em consideração desde o momento do planejamento das ações até a análise de dados, bem como quando da execução das ações. Sabe-se que para esta tarefa exige-se alto grau de conhecimento de causa e domínio das questões burocráticas que envolvem as políticas de Estado, e para tanto, os conselhos devem estar aparelhados para este enfrentamento, algo que ainda é uma busca no CONDISI do DSEI/MAO, conforme relatado por seu presidente e confirmado por seu vice.

Por outro lado, pode dizer que a SESAI entende que as peculiaridades de atuação do controle social da saúde indígena apresentam-se como dificuldade de acesso às aldeias, grandes distâncias entre aldeias de um mesmo DSEI, áreas geográficas de DSEI envolvendo diversos estados ou parte deles (e no caso de DSEI Manaus isso é muito evidente), diversidades culturais e linguísticas, processos de representação política diferente entre os povos indígenas, aspectos esses distintos daqueles com os quais os gestores da administração pública estão acostumados a lidar. Esses fatores são partes essenciais no processo de construção de uma gestão democrática e participativa que respeite as especificidades culturais e realidades distintas dos povos indígenas. Desta foram, estão estruturados basicamente por dois principais macroprocessos finalísticos, conduzidos pela Assessoria de Controle Social junto ao Gabinete da SESAI, que são: a) Fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e b) Implantação das Ouvidorias da Saúde Indígena, os quais conjuntamente atuarão na solidificação da política de saúde.

A partir do exame dos documentos produzidos a nível nacional e dos relatos das duas primeiras Conferências de Saúde Indígena realizadas neste período de implementação da política, é possível afirmar que boa parte dos problemas vivenciados nos Distritos era 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 acabavam refletindo (e algumas ainda refletem) de forma negativa nas condições de

saúde destes povos.

Na quinta conferência, os próprios indígenas entenderam e aprovaram quase por unanimidade que não deveria haver concurso público na saúde indígena, pois segundo os mesmos, ocorreria um prejuízo de ordem sentimental. Os profissionais que já atuam nas equipes multidisciplinares criaram um vínculo com os moradores das aldeias, sobretudo com as lideranças, que no entender deles, demorará um certo tempo para se criar novos vínculos com eventuais aprovados em concurso público e desta forma, haveria uma certa descontinuidade dos trabalhos nas aldeias. Isso é saúde indígena seus aspectos socioculturais.

Outro ponto que não avançou, diz respeito à referência e contra referência no SUS. A CASAI Manaus, vive superlotada por conta de pacientes terem que passar cerca de 6 meses e até um ano aguardando por uma consulta, dado os trâmites que hoje os SISREG implica quanto a sua efetivação. Dois pontos aqui são discutidos: por que não criar um sistema de marcação específico para os indígenas dado as suas condições etnoculturais? E, porque não se implanta um hospital em Manaus que atenda a média e alta complexidade para a população indígena advinda de toda o Amazonas e ainda de outros estados da região Norte, ocasionando sempre a superlotação de pacientes e acompanhantes na CASAI? As respostas são simples: não se pode privilegiar apenas um grupo minoritário em detrimento de outros que também estão na fila esperando por ações desta natureza. Ou seja, resta aos indígenas adequar-se ao sistema vigente e não o sistema adequar-se aos indígenas.

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 fortalecimento da 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 seus respectivos 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, p. 427), 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 (que fazia a gestão da saúde indígena à época) 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. Hoje, todo esse processo continua com o novo formato apresentado pela SESAI fortalecendo cada vez mais a rede de participação de atores cada vez mais interessados em discutir a política de saúde indígena.

Em relação à elaboração dos planos distritais, mola propulsora de todas as ações que irão ocorrer no DSEI no período pré-determinado pela pactuação, tenha ocorrido sempre 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 com o não cumprimento das metas estabelecidas, sobretudo no item Articulação Interfederativa e Inter setorial, pois o Estado e os municípios muitas vezes não assumem seus papéis de parceiros da saúde indígena e isso dificulta a sua execução. Por outro lado, o CONDISI, por falta de estrutura, não fez o

acompanhamento desta ação e de outras nas aldeias por falta de estrutura, comprometendo assim o seu papel de agente fiscalizador das ações de saúde no DSEI Manaus.

Avaliamos que neste período que transcorreu a pesquisa o Movimento Indígena esteve sempre muito próximo ao CONDISI do DSEI/MAO, apoiando as reivindicações dos conselheiros e pressionando a SESAI, inclusive com mecanismos mais radicais, como foi o caso das duas ocupações ao prédio da DSEI por diversas vezes. 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 proponente 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 SESAI, embora reconheça no nível de discurso a importância da participação indígena no

controle social no Distrito, não efetuou ações relevantes nessa direção.

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 SESAI 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 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, o que é confirmado por seu atual presidente do CONDISI, dizendo: “as falas muito bonitas, mas na prática é completamente diferente, nos isolam e tomam decisões no gabinete”.

Por outro lado isso ocorre porque a organização dos conselhos ainda é frágil e apesar de nos últimos anos ter intensificado uma maior articulação com outros órgãos de controle social, tais como: o ministério público, o PROCON, o Tribunal de Contas, a Câmara Municipal, Assembleia Legislativa e a própria imprensa que tem sido bastante sensível à problemática indígena na região não tem sido ainda suficiente para um efetivo cumprimento das ações nas aldeias mais longínquas. 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 dúvida a força é a possibilidade de

estabelecer articulações com outros interlocutores.

O estudo relacionado ao controle social da política de saúde indígena consubstancia indicações apontadas por alguns dos autores discutidos citados nos capítulos deste trabalho, por exemplo, de que a participação se dá por meio de intervenções individuais ou coletivas variadas que interagem em redes, com pessoas, grupos e instituições com o Estado.

Os resultados apresentados nesta tese não se encerram em si mesmos. Eles têm a complexidade e a diversidade dos fatores envolvidos no processo de fiscalização das ações de saúde desenvolvidas no DSEI/MAO através do seu CONDISI e apontam para possíveis desdobramentos e encaminhamentos. Entre eles, destacamos os seguintes:

- Divisão equilibrada de responsabilidade e poder junto ao gestor do DSEI com vista ao acompanhamento gradativo e responsável das ações desenvolvidas nos municípios onde há a abrangência das ações feitas pela política de Saúde Indígena pelo SasiSUS para as populações indígenas.
- Garantia de orçamento para capacitação dos membros do CONDISI do DSEI/MAO, abarcando as áreas de formação política, direitos indígenas, orçamento, legislação do SUS, entre outros temas, tornando mais efetiva e contínua a atuação dos conselheiros nos processos decisórios por meio da participação, uma vez que desta forma terão mais domínio da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASP.
- Articulação junto aos gestores municipais, visando maior agilidade na execução das ações e de forma transparente, tornando a questão menos sujeita a pressões políticas por parte dos usuários.
- Articulação entre os usuários e seus representantes no CONDISI, visando melhorar o acompanhamento das propostas apresentadas nas reuniões dos conselhos locais e pautadas no Plano Distrital, no atendimento cotidiano dos serviços de saúde, beneficiando diretamente a população indígena;
- Assegurar como critérios técnicos que a escolha de gestores para o DSEI

Manaus saia do patamar das indicações de políticas partidárias que em muito enfraquece a qualidade da gestão, com reflexo direto na qualidade da prestação dos serviços de saúde indígena.

- Considerar nas capacitações dos conselheiros indígenas uma imersão nos instrumentos de avaliação da gestão a fim de que estes façam suas avaliações do sistema que os assiste de maneira mais consistente, saindo do “achismo”.
- Considerar que um instrumento de avaliação possa ser implantado no DSEI Manaus e no Condisi, visando melhorias contínuas em seus processos.

Por fim, no estudo das políticas públicas de saúde indígena como recursos de participação, inclusão e justiça social é fundamental que experiências como a do CONDISI do DSEI/MAO sejam incluídas nas agendas de pesquisas das universidades e de centros de pesquisa e sejam também acessíveis à sociedade de maneira geral que acreditam que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (ou educação, ou à justiça, ou saneamento e outros do gênero) bem como a sua execução, só será viável com uma gestão participativa que dê resultados, conquiste a confiança da população ou minorias e provoque a transparência da gestão da coisa pública.

Dito isto, concluímos que 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 desta esfera governamental que trata exclusivamente da população indígena, 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. A partir das questões levantadas fechamos a ideia proposta em nossa hipótese de que a participação indígena no Condisi do DSEI/MAO daria visibilidade à política de saúde indígena e possibilitaria encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro manifestando nossas considerações afirmando que não

será a solução para os conflitos, mas a possibilidade de um diálogo constante onde os atores dessa construção (governo e sociedade civil) entrelaçam-se na perspectiva de ver melhorias contínuas neste campo tão complexo que é a saúde dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. A relação entre o Estado e a sociedade civil: a questão dos conselhos de direitos e a participação do Serviço Social. In: **Serviço Social & Movimento Social**. São Luís, jul./dez.1999. v.1, n.1.
- 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.
- AVRITZER, L. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico. In: NAVARRO, Z. (Org.) **A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo**. São Paulo: Cortez, 2003.
- AZEVEDO, R. Conselhos populares: uma varinha de condão? In: **Teoria e Debate**, n. 4, set.1988.
- BARROS, M. E. D. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1998.
- BARTOLOMÉ, M. **Movimientos etnopolíticos y autonomías indígenas en México**. América Indígena: 1995, 1/2:361-382.
- BAVA, S. C., PULIES, V.; SPINK, P. (Orgs.) Participação, representação e novas formas de diálogo público. In: **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. São Paulo: Editora Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania/FGV – EAESP, 2002.
- BELLIER, I. La reconnaissance internationale des peuples autochtones. In: BELLIER, Irène (dir.). **Les Peuples Autochtones dans le monde**. Les enjeux de la reconnaissance. Paris: L'Harmattan (2013), p. 13–38.
- BICALHO, P. S. S. Protagonismo Indígena no Brasil: Movimento, Cidadania e Direitos (1970-2009). **Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de História da UnB**. Brasília: 2010.
- BIANCHI, A. Retorno a Gramsci: para uma crítica das teorias contemporâneas da sociedade civil. In: **XII Congresso Nacional dos Sociólogos**. GT Política e Poder: Teoria Política. Curitiba, UFPR, abr. 2002. Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/educação/politicon/index.htm>> Acesso em: 20 set. 2017.
- BORGES, P. H. P. **O Movimento Indígena no Brasil: histórico e desafios**, 2006. Disponível em: <<http://www.baraoemfoco.com.br>>. Acesso em: 23 outubro de 2017.

Blog Maria Wayna Kambeba. **Poemas de Marcia Kambeba**. Silêncio Guerreiro. Disponível em: <<https://www.recantodasletras.com.br>>. Acessado em setembro de 2018.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade**: por uma teoria geral da política. Tradução: Marco Aurélio Nogueira – Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987. (Coleção Pensamento Crítico, vol, 69)

BORÓN, A., **Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BRAGA, M. V. A. de. **O Controle Social da Educação Básica Pública: A Atuação dos Conselheiros do Fundeb**. Disponível em: https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/3677/3/controle_social_educacao_basica.pdf. Acesso em: 20/07/2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos. 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos. 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: Relatório Final** – Brasília, 2015 – 305 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. 10p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão do Exercício 2016 da SESAI**. Brasília: 2017 - 141p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão do Exercício 2017 da SESAI**. Brasília: 2018 - 351p.

_____. **Fundação Nacional do Índio**. Saúde. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/saude>> Acessado em agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Controle Social**. Disponível em: Portal da SESAI. Publicado em 29 de maio de 2017. Acessado em: 20/06/2018.

BRAVO, M. I. S de. Gestão Democrática na Saúde: A Experiência dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: **Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. vol. III. Brasília: ABEPSS, 2000.

BUCCI, M. P. D. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. Editora Saraiva. São Paulo, 2002.

CANESQUI, A. M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

CABRAL, João Francisco Pereira. As classes sociais no pensamento de Karl Marx; **Brasil Escola**. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/as-classes-sociais-no-pensamento-karl-marx.htm>>. Acesso em 26/04/2018.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CASTRO, C. M. G. L. Projeto Xamã: o processo de formação e atuação dos auxiliares de enfermagem indígena Kurã-Bakairi. **Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFMT**, 2008. In: SILVA & SILVA, C. C. T. e C. D. da, Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação, Anuário Antropológico I, 2013, consultado no dia 30 setembro 2016.

CAUBET, C. G. As raízes de um contexto caótico. Cadernos IHU/Universidade do Vale dos Sinos. Instituto Humanitas Unisino, n. 47, São Leopoldo, 2014. In: CAMPODONICO. T.R. **Povos indígenas: desafios e possibilidades ao direito de participação em políticas de saúde**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS, 2015.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 1ª Edição. São Paulo: McGraw. HILL do Brasil LTDA, 1977.

CONFALONIERE, U. E. C., 1993. Perfis Epidemiológicos. In: **Saúde de Populações Indígenas** - Uma Introdução para Profissionais de Saúde (U. E. C. Confalonieri, C. B. Verani, D. P. Marinho & D. D. L. Rigonatto, org.), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do Poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CORREIA, M. V. C. Saúde: Descentralização e Democratização. In: Textos Técnicos para Debates. **III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas**. CES / SESAU / AL, 1996.

_____. Que controle social na política de Assistência Social? In: **Serviço Social & Sociedade**, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Controle Social na Saúde. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês de Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL**. 01ed.São Paulo: Cortez, 2006, v. 01, p. 111-138.

_____. Controle Social. In: **Portal FIOCRUZ & Escola Politécnica de Saúde Joaquim Nabuco**. Acessado em agosto de 2017, 6 p.

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

COSTA, N.R. do et al. (Orgs.) **Demandas populares e políticas públicas de saúde**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

COUTINHO, C. N. O conceito de “sociedade civil”. In: **Gramsci/Carlos Nelson Coutinho**. Porto Alegre: L&Pm, 1981 P. 87-102. (Fontes do Pensamento Político, V. 2).

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

_____. Política indigenista no século XIX. In: _____. (Org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, Secretaria Municipal de Cultura: FAPESP, 1992.

DELUCHEY J.F. Sociedade Civil Organizada e a administração governamental dos interesses: o exemplo dos conselhos paritários. **Revista de Estudos Políticos**, vol.5, 2012.

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

DEMO, P., **Participação é conquista**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DIAS, E. F. Sobre a leitura dos textos gramscianos. In: DIAS, Edmundo Fernandes et al. **O Outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996.

DRUCK, Graça. A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas De Precarização Do Trabalho. **Trab. educ. saúde** [online]. 2016, vol.14, suppl.1, pp.15-43. ISSN 1678-1007. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Consultado em 10 de setembro de 2018.

FERNANDES, R. C. Elos de uma Cidadania Planetária. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 28, ano 10, 1995.

FREEMAN. R.R; PHILIPS. R.A. **Stakeholder theory: A libertarian defense**, Business Ethics Quarterly 12 (3): 331-350, 2002.

FERREIRA, L. B. **O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética** [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Fundação Nacional de Saúde (Brasil). **Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo; 2002.

GARNELO, L, SAMPAIO, S. Bases Socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões da região norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n 1, 2003.

_____, L. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos).

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

_____, C. O Crescimento da Cultura e a Evolução da Mente. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, LTC, 1989, pp. 41-65.

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

GOHN, M. G. Movimentos Sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16 n. 4 maio-ago. 2011.

_____, M. G. da. **Teorias dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos**. 3ª edição. São Paulo. 2002.

_____, M. G. da. **O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GONDIN, L. M. P. **Pesquisa em ciências sociais**. Fortaleza: UFC Edições, 1999.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____, A. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 5: O Risorgimento. Notas sobre a História da Itália; edição e tradução de Luiz Sérgio Henriques; coedição, Carlos Nelson Coutinho e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

Grupo de Trabalho de Saúde indígena é instituído em Manaus. Disponível em: <<https://g1.globo.com/.../grupo-de-trabalho-de-saude-indigena-e-instituido-em-manaus>> Publicado em 30/05/2018. Acessado em 20 julho de 2018.

HABERMAS, J. Dialética e hermenêutica. São Paulo: Editora L&PM, 1987. In: FERREIRA, L.B. **O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde indígena: Uma reflexão Bioética**. Dissertação de mestrado apresentada ao

Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, 2013. 148 p.

_____. **Direito e Democracia: Entre facticidade e validade**, vol. II, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1997b.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 12. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HELLER, A. **Além da Justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

HONNETH, Axel. **Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2003. p. 278.

HOWLETT, M. & RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. Ontario, CA: Oxford University Press, 1995.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **A divulgação do Plano de Dados Abertos (PDA)**, pelo IBGE, atende ao estabelecido pelo Decreto nº 8.777, de maio de 2016. Publicado em 06/09/2016.

Janet, P. **L'évolution psychologique de la personnalité**. Paris: Ed. A.Chahine, 1929.

_____. **L'intelligence avant le langage**. Paris: E. Flammarion.

JUNQUEIRA, C. **Antropologia Indígena: uma introdução**. São Paulo, EDUC, 1991.

JÚNIOR, A. A. V. **O Movimento Indígena no Brasil**. Disponível em: Ciência e Diversão. Blog informativo do parque da Ciência. Consultado em 20/06/2017.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E; WIIK, F.; DIAS-SCOPEL, R.P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

LANIADO, R. N. Desempenho institucional e justiça em relação à exclusão social no Brasil contemporâneo. **Caderno do CRH**. Salvador, v. 35, n.x, p. 35-71, 2001.

LEITÃO, S. Direitos Indígenas. Debate com Dalmo Dallari, Sérgio Leitão, Paulo de Bessa Antunes e Paulo Monteiro. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 69, jul. 2004. p. 60. In: BICALHO, P. S. S. **Protagonismo Indígena no Brasil: Movimento, Cidadania e Direitos (1970-2009)**. **Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de História da UnB**. Brasília: 2010.

LIGUORI, G. O pensamento de Gramsci na época da mundialização. In: **Revista Novos Rumos**. Ano 15, n. 32, Instituto Astrogildo Pereira, 2000.

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

MACHADO, F. A. de. Participação Social em Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde, 1986.

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

MARQUES, I. M. S. F. A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso. 2003. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2003, 244p.

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

MELUCCI, A. **Challenging codes**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MILANI, C.R.S. **O “princípio participativo” na formulação de políticas públicas locais: análise comparativa de experiências européias e latino-americanas**. Trabalho apresentado no XXIX Encontro Anual da ANPOCS, 25 a 29.10.2005. Caxambu, p. 1- 25.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. In: FERREIRA, L.B. **O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde indígena: Uma reflexão Bioética**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, 2013. 148 p.

MONTAÑO, C. E. “Terceiro Setor” e “Questão Social” na Reestruturação do Capital: O Canto da Sereia. **Tese de Doutorado. UFRJ**, 2001.

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Trajetórias das Conferências Nacionais de Saúde Indígena**. Disponível em: observatório da Saúde Indígena. Acessado em 20 de julho de 2018, 20p.

NUNES, I. **O que é ser índio do ponto de vista antropológico**. Disponível em: <<http://www.israelnunes.com.br>>. Acessado em setembro de 2017.

NUNES, A. S. P. do. Blog do SENAC/SP. **Você sabe o que é comunicação não violenta?** Acessado em agosto/2018.

NUNES, E. D. As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

OLIVEIRA, R. **Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico**. **Estudos Avançados**, v. 14, n. 40, p. 213-230, 1 dez. 2000.

PAIVA, C. H. A. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 827-851, 2003.

PINHEIRO, T; BUSSATTO, I. **O papel da OPAN no campo da saúde indígena**. OPAN, 2002.

PORTAL DA FUNAI. **Artigo sobre saúde**. Pg 01. Acessado em 20 de setembro de 2017.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

RELATÓRIOS DAS CONFERENCIAS DE SAÚDE INDÍGENA: In: **NESP/UnB – Observatório da Saúde Indígena**. Acessado em set.2017.

REZENDE, A.C.Z. de. **O debate na Organização das Nações Unidas sobre a “Noção de Povos indígenas” e o direito à autodeterminação**. Publicado em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=756b244dd05219f3>>. Acessado em 02/10/2017

RICOEUR, Paul. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: 1990. In: BICALHO, P. S. S., **Protagonismo Indígena no Brasil: Movimento, Cidadania e Direitos (1970-2009)**. **Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de História da UnB**. Brasília: 2010.

_____, Paul. **O Perdão pode Curar**. (Tradutor: José Rosa). Disponível em: <http://www.lusosofia.net/textos/paul_ricoeur_o_perdao_pode_curar.pdf>. Acesso: 22/11/2017.

RINALDO, S. V. A. **Módulo de introdução à saúde indígena**. 2018.

ROESLER, A. R. da. **Aspectos atuais da capacidade civil dos índios**. www.jus.br/ artigo publicado em 09/2010 – acessado em outubro de 2018.

ROLIM, M. H. B. B. **O Papel da Controladoria Geral da União no Combate à Corrupção e no Incentivo ao Controle Social**. 2006 (Biblioteca Virtual). Acessado em agosto de 2017.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES, 2009.

_____, M. G. **Sistema de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Organizações Sociais**. 2009.

SAHLINS, M. O Pessimismo Sentimental e a Experiência Etnográfica: por que a cultura não é um objeto em via de extinção. In: **Mana** – Estudos de Antropologia Social. Rio de Janeiro, PPGAS do Museu Nacional da UFRJ, abril de 1997, pp.41-75.

SANTANA, R. Sesai demitirá 10 mil servidores não concursados até dezembro; lei da terceirização força mudança, diz secretária. **Portal do CIMI**. Publicado em 27/09/2017. Acessado em 20/09/2018.

SANTOS, B. S. de. (Organizador). **Reconhecer para libertar** – os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.33-55.

SASISUS. Disponível em: **Observatório da saúde Indígena do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília**. Acessado em 20/05/2018.

SECCHI, D. Autonomia e Protagonismo Indígena nas Políticas Públicas. In: JANUÁRIO, Elias; SELLERI, Fernando Silva. KARIN, Taisir Mahmudo (Orgs.) **Cadernos de Educação Escolar Indígena** - PROESI. Barra do Bugres: Ed. UNEMAT - Universidade do Estado do Mato Grosso, v. 5, n. 1, 2007.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atenção-a-saude/saúde-de-todos.../saúde-dos-povos-indigenas/>>Acessado em 20/setembro de 2017

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 29. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

SILVA, A. M. A Inserção dos Tikuna no Tecido Social urbano de Manaus. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas**, 2013. 143p.

SORJ, B.& ALMEIDA, M. H. T.(Orgs.) **Sociedade e política no Brasil pós-64**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

SOUZA, E. C. F. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n.16, 2006: 20-45.

SPOSATI, A. & LOBO, E. Social Control over Health Policies. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 99-125.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Salvador: UFBA; Recife, 2001.

TEIXEIRA, C. F, PAIM, J, S. **Política planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Ver Saúde Pública 2006; 40 (N Esp): 73-8

TEIXEIRA.C.C. **Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?** Anuário Antropológico I/2009, consultado no dia 22 Junho 2017.

TORRES, Raquel. Agente Indígena de Saúde. Texto publicado na **Revista Poli – saúde, educação e trabalho**, nº 10, março/abril, 2010.

TOURAINÉ, A. **Crítica da modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. Dinheiro público é da sua conta, disponível em: < <http://www.portaldatransparencia.gov.br>>. Acessado em 20 de agosto de 2017.

UGARTE, P. S. Que participação? Para qual democracia? In: COELHO, V. S. & NOBRE, M. (Orgs.) **Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 93-106.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.

VERANI, C. B. L. “A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil”. **Boletim Museu Paranaense Emilio Goeldi, Série Antropologia**, 15(2):171-192, 1999.

VIEIRA, E. **Democracia e Política Social**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, Coleção polêmicas do nosso tempo, v. 49, 1992.

WEERTS L., **Acteurs non-étatiques et ordre politique**. Quatre modèles théoriques de la société civile, mimeo, Université Libre de Bruxelles, 2005, internet acessado 24/07/2017: <http://dev.ulb>.

ZIMMERMANN, A. **Curso de direito constitucional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

ANEXOS

ANEXO I

REGIMENTO INTERNO DO CONDISI do DSEI MANAUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BOLETIM DE SERVIÇO Boletim de
Serviço - Ano 31 N.º 52 MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília, 26 de dezembro de 2016 - 43

Manaus

RESOLUÇÃO RESOLUÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA - CONDISI MANAUS DE 26 DE DEZEMBRO DE 2016

O Plenário do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI Manaus, em Reunião Ordinária, realizada no período de 11 a 13 de maio de 2016, em Manaus, Estado do Amazonas no uso de suas atribuições regimentais, conferidas pela lei nº 8.080, de 15 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei nº 9.836, de 28 de setembro de 1999, Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e Portaria Ministerial GM/MS nº 755, de 18 de abril de 2012, resolve:

Nº 01/2016 – Art. 1º Aprovar por decisão do Plenário o Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI Manaus, conforme documentação anexa:

ANEXO

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA - CONDISI MANAUS CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O presente instrumento regulamenta as atividades do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI/DSEI Manaus, criado em consonância com as propostas, diretrizes e políticas estabelecidas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS), instituído nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, sendo um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações da saúde indígena, vinculada jurídica e administrativamente ao Distrito Especial Indígena – DSEI Manaus, sediado na Avenida Djalma Batista, nº 1018, Chapada, Manaus, no estado do Amazonas.

Art. 2º O CONDISI tem por finalidade aprovar o Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI, bem como, acompanhar, avaliar, fiscalizar, supervisionar e deliberar sobre as ações relacionadas a saneamento, edificações e atenção à saúde indígena no território de abrangência do DSEI Manaus, sobre quaisquer serviços prestados por instituições

públicas, privadas e entidades não-governamentais, conveniadas ou não e suas prestações de conta.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete ao Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI Manaus:

I – planejar, fiscalizar e acompanhar a execução das ações de atenção à saúde indígena, com enfoque intersetorial e interinstitucional, respeitando as diferenças culturais, necessidades e os interesses de cada comunidade;

II – Apoiar e defender as práticas e rituais dos povos indígenas, buscando conciliar a prática da medicina ocidental com as da medicina tradicional indígena;

III – Propor, defender, apoiar e acompanhar iniciativas de atenção à saúde, por meio de projetos de auto sustentabilidade na produção de alimentação básica, habitação, condições de uso do solo, respeitando os costumes de cada comunidade, bem como de outras ações voltadas a suprir as demandas dos fatores determinantes e condicionantes da saúde;

IV – propor diretrizes gerais e específicas no campo da saúde indígena a serem aplicadas na área de abrangência do DSEI Manaus;

V – Propor, defender, apoiar e acompanhar iniciativas de valorização dos direitos dos povos indígenas no âmbito da saúde;

VI – Acompanhar, supervisionar, fiscalizar e avaliar o desenvolvimento de ações previstas no Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI do DSEI Manaus;

VII – Acompanhar a execução das ações e dos serviços de saúde planejados, bem como sua implementação por parte de órgãos públicos, privados e entidades não-governamentais que atuam no campo da saúde indígena no DSEI Manaus;

VIII – Propor ao DSEI critérios para elaboração da programação orçamentária e financeira anual da saúde indígena, acompanhando a aplicação e aprovando a prestação de contas de recursos oriundos de órgãos públicos, privados e entidades não-governamentais;

XIX – Articular e apoiar as ações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena – CLSI, respeitando a forma de organização de cada povo por Região, visando a formulação em conjunto de diretrizes básicas comuns ao exercício de suas atribuições na área da saúde, observando os dispositivos legais sobre a matéria;

X – Receber, analisar, avaliar e dar encaminhamento às denúncias, reivindicações, recomendações e moções das comunidades indígenas e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena – CLSI, requerendo providências ou intervenção quando necessário na condição de instância recursal;

XI – Analisar, avaliar os projetos de pesquisa que necessitem de anuência do CONDISI Manaus, consultar e informar as aldeias quando for o caso, e encaminhamento ao Fórum de Presidentes de Conselho Distritais da Saúde Indígena – FPCONDISI, para conhecimento e acompanhamento da aprovação por parte da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CPNEP, do Conselho Nacional de Saúde;

XII – Deliberar sobre a realização, modificação ou extinção de convênios, contratos ou acordos, doações, auxílios e subvenções de órgãos públicos ou privados e entidades não governamentais, que impliquem em compromisso financeiro para o DSEI Manaus;

XIII – Articular junto à gestão do DSEI/SESAI, a participação de membros do CONDISI e do Conselho Local de Saúde Indígena – CLSI, em reuniões, cursos,

seminários, conferências, congressos, mesas redondas, oficinas de trabalho e outros eventos pertinentes à saúde indígena, quando necessário;

XIV – Acompanhar, supervisionar a política de Recursos Humanos no âmbito do DSEI;

XV – Participar do processo de preparação da Conferência Nacional de Saúde Indígena e aprovar o seu regimento, a organização e normas de funcionamento sobre a organização de Conferências Local e Distritais de Saúde Indígena, com base nas recomendações e orientações do Conselho Nacional de Saúde;

XVI – Indicar nome de conselheiros dos CLSI e CONDISI para participar dos Conselhos municipais e/ou estaduais na área de abrangência do DSEI Manaus;

XVII – Acompanhar e fiscalizar as atividades das Casas de Saúde do Índio – CASAI, dos Polos Bases e das Unidades de Saúde Indígena – UBSI (Postos de Saúde), nas aldeias, quando for o caso;

XVIII – Propor e aprovar Comissões com a finalidade de assessorar o CONDIDI e o DSEI Manaus nas ações de Saúde Indígena, se assim for necessário;

XIX - Acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros transferidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, às Prefeituras Municipais e Hospitais de Referência para ações de saúde aos povos indígenas, quando houver;

XX – Acompanhar o encaminhamento da demanda de pacientes indígenas para as Unidades de Saúde do SUS nos Municípios de referência e contra referência para prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade;

XXI – Aprovar ou modificar o presente Regimento Interno, com suas normas de organização e funcionamento, adequando-o sempre que houver necessidade às deliberações delegadas pela legislação e de suas instâncias superiores;

XXII – Manifestar-se sobre assuntos de sua competência, principalmente os casos omissos a este Regimento.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º Na composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% dos usuários, representando os povos indígenas do DSEI Manaus, 25% de entidades e dos trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos, conforme dispõe a resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Portaria Ministerial GM/MS nº 755, de 18 de abril de 2012, composto por 48 (quarenta e oito) membros titulares, distribuídos da seguinte forma:

§ 1º - Representantes de entidades e movimentos representativos de usuários - 24 vagas de titulares:

I - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Pantaleão: 01 vaga;

II - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Careiro Castanho: 01 vaga;

III - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Uruará: 01 vaga;

IV - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Beruri: 01 vaga;

V - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Ponta Natal: 01 vaga;

VI - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Makira: 01 vaga;

VII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Igapó Açú: 01 vaga;

VIII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Manacapuru: 01 vaga;

XIX – Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Maici Marmelo: 01 vaga;

X - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Kwatá: 01 vaga;

XI - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Laranjal: 01 vaga;

XII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Murutinga: 01 vaga;

XIII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Novo Airão: 01 vaga;

XIV - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Anamá: 01 vaga;

XV - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Tarumã-Açú: 01 vaga;

XVI - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Manaquiri: 01 vaga;

XVII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Boca do Jauri: 01 vaga;

XVIII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Breija Flor: 01 vaga;

XIX - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Nossa Senhora da Saúde: 01 vaga;

XX - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Rio Abacaxi: 01 vaga;

XXI - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Costa do Arari: 01 vaga;

XXII - Representante dos povos indígenas do Conselho Local de Saúde Indígena de Alto Manaquiri: 01 vaga;

XXIII - Representante dos pajés indígenas: 01 vaga;

XXIV – Representante das Parteiras Tradicionais Indígenas: 01 vaga.

§ 2º - Representantes de entidades e dos trabalhadores da saúde indígena - 12 vagas de titulares:

I – Representante dos Agentes Indígenas Microscopistas – AIM: 01 vaga;

II - Representante dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS: 01 vaga;

III - Representante dos Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN: – AIS: 01 vaga;

IV - Representante dos Farmacêuticos: 01 vaga;

V - Representante dos Odontólogos: 01 vaga;

VI - Representante dos Enfermeiros: 01 vaga;

VII - Representante dos Técnicos de Enfermagem: 01 vaga;

- VIII - Representante dos Assistentes Sociais: 01 vaga;
 - XIX - Representante dos Nutricionistas: 01 vaga;
 - X - Representante dos Médicos: 01 vaga;
 - XI - Representante dos Técnicos em Saúde Bucal: 01 vaga;
 - XII - Representante dos Psicólogos: 01 vaga;
- Neste grupo 5 (cinco) conselheiros são indígenas.

§ 3º - Representantes do governo, de prestadores de serviços públicos, privados conveniados ou sem fins lucrativos - 12 vagas de titulares:

- I – Representante do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Manaus: 01 vaga;
- II - Representante da Fundação Nacional do Índio: 01 vaga;
- III - Representante da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA: 01 vaga;
- IV - Representante da Secretaria Estadual de Saúde - SUSAM: 01 vaga;
- V - Representante da Universidade Federal do Amazonas - UFAM: 01 vaga;
- VI - Representante da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ: 01 vaga;
- VII - Representante da conveniada com o DSEI/MAO – Missão Evangélica Caiuá: 01 vaga;
- VIII - Representante do Conselho Indígena Missionário - CIMI: 01 vaga;
- XIX – Representante do Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores de Saúde Indígena - SINDCOPSI: 01 vaga;
- X - Representante da Fundação de Medicina Tropical - UFAM: 01 vaga;
- XI - Representante Fundação Estadual do Índio: 01 vaga;
- XII - Representante do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas - CETAM: 01 vaga;

Art. 5º A cada Conselheiro titular corresponderá um suplente que o representará em seu afastamento e impedimento legal junto ao Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI Manaus.

Art. 6º Os membros suplentes poderão participar das reuniões do Conselho somente com direito a voz, e na ausência dos membros titulares, substituirão estes, com direito a voz e voto, quando informado previamente a secretaria executiva do CONDISI Manaus sobre sua substituição do conselheiro titular pelo suplente, para que sejam tomadas as providências da participação do suplente na reunião, sendo vetado o voto por procuração.

CAPITULO IV DOS CONSELH EIROS

Art. 7º Aos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena do CONDISI Manaus competem:

- I - Zelar pelo bom andamento do Plenário e total desenvolvimento das atribuições do Conselho;
- II - Propor, considerar, relatar e deliberar, nos prazos preestabelecidos matérias, moções, recomendações, propostas e resoluções sobre assuntos de interesse da saúde indígena, que serão submetidos à aprovação do Plenário;
- III - Acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito de suas Aldeias

e Polos Bases, Casas de Saúde Indígena - CASAI, quando for o caso dando ciência ao Plenário;

IV - Requerer a votação de matéria em regime de urgência e pedir vistas aos processos submetidos à análise do Conselho quando julgar necessário;

V - Assumir responsabilidades junto às Comissões que vierem a ser constituídas;

VI - Desempenhar outras atribuições do Conselho delegadas pelo Presidente e aprovadas pelo Plenário; VII - Representar o Conselho perante instâncias, fóruns da sociedade e do governo quando for designado pelo Presidente e aprovado pelo Plenário;

VIII - Assinar as atas das reuniões do CONDISI;

IX - Ter direito a interprete quando se fizer necessário.

Art. 8º Os Conselheiros terão suas despesas, para participar das reuniões e atividades para as quais forem designados com recursos consignados no orçamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena, previstos no Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI, e segundo as normas de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e da Administração Pública Federal.

Art. 9º Quanto aos Conselheiros suplentes, estes terão as suas despesas custeadas quando convocados pelo Presidente ou pela secretaria Executiva do CONDISI Manaus para substituir o membro titular.

Art 10º_ O Conselheiro que deixar de comparecer a 2 (duas) reuniões ordinárias consecutivas ou

a 3 (três) intercaladas no período, de 1 (um) ano, sem justificativa, será desligado automaticamente do Conselho e sua substituição pelo suplente será solicitada pelo Presidente ou pela Secretaria Executiva do CONDISI após a ciência e aprovação do Plenário.

Art. 11º As faltas dos Conselheiros nas reuniões terão que ser justificadas, através de ofício ou requerimento junto a Secretaria Executiva, em no máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a reunião para que possam ser aprovadas pelo Plenário.

Parágrafo único. O desligamento, destituição, cassação de mandato de Presidente e Vice-Presidente do CONDISI/KPA, substituição, afastamento temporário de quaisquer conselheiros deverá ser, efetuado por meio de votação em. Plenário por maioria qualificada dos membros do Conselho assegurando o direito ao contraditório e a ampla defesa, estipulando prazo recursal, de 15 (quinze) dias úteis da reunião que deu origem a demanda para apresentação de defesa, por escrito, para posterior apreciação e votação em. Plenário.

Art. 12º As funções de conselheiros não serão remuneradas, mas consideradas de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho, sem prejuízo pra o conselheiro durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho.

Art.13º O conselheiro que faz jus ao pagamento de ajuda de custo e não cumprir a carga horária, objeto das reuniões deverá devolver os recursos recebidos, proporcional aos dias faltosos e o fato será comunicado pela Secretaria Executiva do CONDISI Manaus ao Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI para as providências necessárias quanto as futuras participações de reuniões e demais atividades do CONDISI.

CAPÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 13. O Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI Manaus terá a seguinte estrutura organizacional:

- I - Plenário;
- II - Presidência e Vice-Presidência;
- III - Secretaria Executiva;
- IV - Comissões.

.....

CAPÍTULO IX DA VOTAÇÃO

Art. 62º Encerrada a discussão das matérias em pauta, será iniciado o processo de votação, conforme segue:

- I - O processo comum de votação será o simbólico por meio de levantamento do crachá personalizado salvo nos casos em que algum conselheiro requerer junto a Secretaria Executiva a votação nominal;
- II - As matérias não destacadas da ordem do dia da pauta serão votadas globalmente por votação simbólica, antes das apresentações dos destaques e das propostas apresentadas pelos conselheiros;
- III - Na votação simbólica, presidente da plenária, solicitará aos conselheiros que se manifestem “favoráveis”, “contrários”, ou “abstenham-se”, levantando o crachá personalizado, e o resultado será pelo contraste ou pela contagem de votos;
- IV - Quando a votação for nominal, os conselheiros responde, “sim”, “não” ou “abstenção”, à chamada feita pelo presidente da mesa, procedendo às anotações das propostas pelo Secretário Executivo e a proclamação do resultado final;
- V - Havendo dúvida quanto ao resultado final do pleito e se for requerida a verificação e votos por algum conselheiro, a recontagem de votos será realizada de imediata pelo processo simbólico ou quando solicitada pelo processo nominal;
- VI - O conselheiro que se abster e manifestar o desejo de fazer a declaração de voto poderá fazê-lo após a votação e proclamação do resultado, pelo prazo estipulado no Art. 22 deste Regimento, ou entregar a justificativa por escrito ao Secretário Executivo pra registro em ata e arquivamento na íntegra do seu pronunciamento para eventual consulta futura.

....

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ART. 66º o Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI Manaus, deverá fazer gestões junto ao DSEI para que seja assegurada dotação orçamentária e financeira anual e no Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI, com finalidade de viabilizar as ações de controle social no âmbito do DSEI.

...

ANEXO II

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS CONSELHEIROS INDÍGENAS

- 1) Qual a sua etnia?
- 2) Qual a sua idade?
- 3) Qual o seu grau de escolaridade?
- 4) Você sabe como está organizado e articulado O CONDISI e os Conselhos de Saúde Local do DSEI Manaus?
- 5) Os conselheiros indígenas fazem avaliação de suas atuações junto ao CONDISI?
- 6) Nas capacitações do CONDISI, quais são os temas mais recorrentes
- 7) Esses temas são também debatidos nas conferências e nas reuniões do Conselho?
- 8) Quais são os principais impasses para desenvolvimento das ações do CONDISI do DSEI/MAO?
- 9) Quais as propostas de melhorias dos impasses apresentadas pelo colegiado de conselheiros?
- 10) Os Conselheiros indígenas estão realmente cientes de suas limitações e possibilidades de atuação enquanto controle social?

ANEXO III

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS COORDENADORES DO DSEI

- 1) Qual a sua nome?
- 2) Qual a sua idade?
- 3) Qual o seu grau de escolaridade?
- 4) Qual a sua experiência em gestão pública?
- 5) Qual a sua opinião em relação ao CONDISI?
- 6) As capacitações dos conselheiros do CONDISI está na pauta de prioridades do colegiado, o DSEI tem apoiado essa ação?
- 7) Como você avalia a participação dos conselheiros indígenas no CONDISI?
- 8) Há algum impasses para desenvolvimento das ações do CONDISI do DSEI/MAO?
- 9) Qual a sua opinião em relação a avaliação da sua gestão pelo CONDISI?
- 10) O plano Distrital, principal instrumento para o funcionamento do DSEI, contempla o CONDISI para realizar acompanhamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde *in loco*, isso tem funcionado regularmente?

ANEXO IV

TRAJETÓRIAS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA

1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI) (Brasília, 1986) foi um desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros, produziu um relatório sintético, registrando poucas diretrizes, dada à falta de consenso no movimento indigenista de saúde, mas constituindo fruto da maturidade das discussões sobre os temas. O SUS ainda era um sistema em discussão. A situação correspondia ao momento histórico brasileiro, de retorno à ordem democrática.

A Conferência trabalhou tendo como princípio geral a afirmação de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação.

Tomando como base o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que a define como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças, a Conferência, considerou que, no caso da saúde indígena, isto implica em alguns princípios fundamentais:

(1) A saúde das nações indígenas é definida em um espaço e tempo histórico determinados, na particularidade de seu contato com a sociedade nacional e pela forma de ocupação de seu território e adjacências. (2) É necessário garantir a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas, dos recursos naturais do solo e do subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade de seus ecossistemas. (3) Seja-lhes assegurada a cidadania plena, com todos os direitos constitucionais, como determinante do estado de saúde dos povos indígenas. (4) O acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, e sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos (respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica) são dever do Estado.

Baseando-se nesses princípios, discutiu-se o gerenciamento, a execução, a organização, o acesso e a qualidade dos serviços, a política de recursos humanos e o sistema de informação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio.

As principais diretrizes que emanaram da 1ª CNSPI, assim como as do SUS, fundamentaram-se na Política de Cuidados Primários de Saúde e seus princípios básicos: participação da comunidade; universalidade do atendimento; unificação dos serviços; descentralização e hierarquização das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local, considerado pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, não como municípios, mas como o local onde as pessoas vivem, convivem, trabalham e encontram os meios necessários à sua sobrevivência. Esta Conferência recomendou ainda, em relação às nações indígenas brasileiras, reconhecida a sua multiplicidade, diversidade etnocultural e especificidades históricas e de contato, que: (1) O gerenciamento dos serviços de saúde seja responsabilidade de um único órgão, propondo-se a criação de uma agência para tal fim, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo por função coordenar um sistema de saúde para os índios, integrando-os ao sistema nacional (SUS), a partir da esfera regional. Torna-se responsabilidade dessa agência a atenção primária na esfera local e a formação de grupos multiprofissionais para estudar e propor ações para casos especiais (populações em vias de contato, de contato recente e outros casos). (2) O respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas nos cuidados com a saúde, as peculiaridades etnoculturais e a garantia da participação indígena, mediada por seus representantes, se darão no formular das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação, garantindo-se o direito de o doente internado ter acompanhantes. (3) Se garanta o acesso universal das populações indígenas ao atendimento de qualidade, compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos recursos tecnológicos existentes, incentivando convênios com entidades de pesquisa e ensino, definido com as nações indígenas. (4) A política de recursos humanos, preconiza admissão de servidores por concurso; capacitação e atualização permanentes, de acordo com as necessidades locais, e a existência de um plano de cargos e salários, com exigência do cumprimento da carga horária contratual e regime de dedicação exclusiva. Em relação aos povos indígenas, estimula a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes indígenas de saúde, auxiliares;

enfermeiros; e outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas.

A 1ª CNSPI mostra a necessidade da criação de um sistema de informações, apto a coletar e processar regularmente os dados para análise epidemiológica, considerando as especificidades das nações indígenas e sua dinâmica populacional, sendo as informações sistematicamente repassadas às lideranças indígenas e às autoridades sanitárias.

A Conferência atribui a responsabilidade da saúde indígena, na esfera federal, ao Ministério da Saúde considerando a impossibilidade de a Funai responder sozinha pela atenção à saúde indígenas que, no âmbito local, exigiria um sistema diferenciado.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, o SUS não incorporou a Saúde do Índio. Em 1991, foi criada no Ministério da Saúde, em sua Fundação Nacional de Saúde a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai). Iniciou-se ali um longo período de dificuldades, agravadas por oposição e conflito, onde era necessário criatividade e negociação. Foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena, uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciado organizando-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela Funai. Este modelo teria como base os distritos sanitários especiais indígenas. Foi criado então o Distrito Sanitário Yanomâmi, pelo Decreto nº 23/1991.

O I Fórum de Saúde do Índio realizado com o patrocínio da Cosai, criou os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisi), de caráter interinstitucional, para coordenar regionalmente a integração dos serviços locais de saúde indígena.

Embora, nesse período, um novo Estatuto do Índio tenha sido elaborado, ainda hoje não foi aprovado pelo Congresso Nacional.

O novo Conselho Nacional de Saúde, ao iniciar suas atividades, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), em 1992, que passou a representar o movimento indigenista sanitário, em sua luta pela inclusão dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde do Brasil. A Cisi foi constituída pelas seguintes organizações: Conselho Indígena de Roraima, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo, União das Nações Indígenas do Acre, Conselho Indigenista

Missionário, Associação Brasileira de Antropologia, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Paulista de Medicina, Universidade do Amazonas, Fundação Nacional do Índio, Coordenação Nacional de Saúde Indígena, da Funasa. Dos onze membros iniciais da Comissão, quatro representavam organizações indígenas.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ª CNSPI) (Luiziânia, GO, 1993) consolidou o processo político deflagrado na 1ª CNSPI, com a definição dos princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao Sistema Único de Saúde: ela se daria nos distritos sanitários especiais indígenas. A 2ª Conferência teve sua convocação decidida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento indigenista elegeu seus representantes que, trabalhando em diferentes grupos, conseguiram a aprovação desejada. Entre os princípios básicos do Modelo de Assistência Diferenciado para a Saúde do Índio, destacou-se a necessidade de adequação do Sistema Único de Saúde às especificidades das sociedades indígenas. Foi reiterada a recusa da municipalização direta dos serviços de saúde indígena.

O processo da organização da 2ª CNSPI embora conflituoso, foi amplo, ascendente e democrático. Realizada dois anos após a assinatura do Decreto Presidencial nº 23/1991, inseriu-se na disputa entre Funai e Funasa pela coordenação da assistência à saúde. A Funai, sem verbas, nem possibilidades de contratação de pessoal, devido ao Regime Jurídico Único, carecia de recursos para preparação do pessoal, conservação de equipamentos, suprimento mínimo e deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, base do modelo de assistência aos indígenas.

A Funasa possuía quadros experientes no lidar com a diversidade cultural, oferecia condições para participação de indígenas nos seus quadros e em suas políticas locais.

Contava, também com recursos financeiros, equipamentos e insumos. Entretanto, apresentava algumas características que dificultaram o impacto de suas ações de saúde sobre a população indígena: (1) Uma estrutura verticalizada, advinda da Fundação Serviços de Saúde Pública e da Superintendência de Campanhas integrados em 1991 na Funasa. A primeira seguia o modelo hospitalar urbanizado (até em Postos de Saúde do interior, mormente nos estados do Norte e Nordeste). A segunda, de tradição “campanhista”, com modelo paramilitar, agia, prioritariamente no âmbito preventivo rural. (2) A Funasa iniciou suas atividades com defasagem de

pessoal para atuação no âmbito local. A municipalização do SUS, o repasse de estruturas e quadros da Funasa para os municípios, agravou a situação. (3) A experiência de verticalização da Funasa, sem política de capacitação de pessoal para a saúde dos índios e a diminuição progressiva de seus quadros trouxe impasses para o modelo de atuação. (4) A rigidez da estrutura da Funasa dificultou a solução dos problemas emergenciais, da atenção curativa, prioridade da Funai e da população indígena assistida, enquanto os programas de cunho preventivo da Funasa não surtiam os efeitos necessários para desafogar a demanda.

Essas dificuldades culminaram com a revogação do Decreto nº 23/1991 e sua substituição pelo Decreto Presidencial nº 1.141/1994, que se baseou nos princípios e diretrizes gerais do SUS e na proposta de operacionalização, de forma descentralizada, dos distritos sanitários especiais indígenas. Ele avançou quanto à legalização de princípios e diretrizes da Política Nacional, incorporando alguns emanados da 2ª Conferência.

A 2ª CNSPI teve por objetivo a definição de diretrizes para a política nacional e a atualização das recomendações da 1ª CNSI, conforme o processo de consolidação do SUS. Entre os seus princípios gerais, estão a garantia da preservação das terras indígenas e de seus recursos naturais; o direito de cidadania à saúde, como um dever do Estado, mediante a implementação de políticas econômicas e sociais; descentralização, universalização, equidade e participação comunitária (princípios do SUS), a serem garantidas aos povos indígenas, o que exigia que os serviços fossem definidos, imperativamente, por políticas públicas setoriais específicas.

O princípio de descentralização, que no SUS se dá pela municipalização, no caso das populações indígenas seria conformado segundo os preceitos constitucionais, definidores da responsabilidade da União na sua assistência, devendo ser de âmbito federal, considerando-se o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes socioeconômicos e culturais (preservação dos sistemas médicos tradicionais, integridade territorial, enfim, da cultura como um todo). A autodeterminação política definiria a forma da assistência médico-sanitária. Para tanto, a formação dos trabalhadores em saúde indígena deveria erradicar posturas etnocêntrica e tecnocráticas dos servidores de saúde em todos os níveis, favorecendo o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais. Registrou-se a urgência de o orçamento da saúde indígena ser baseado em estudo das necessidades de cada grupo indígena.

O Modelo assistencial dos povos indígenas ficou definido como um subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O subsistema consideraria a realidade local e as particularidades da cultura indígena, pautando-se por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito desta população.

Das diretrizes do Modelo Assistencial, pode-se destacar: (1) O Distrito Sanitário Especial Indígena, como base do Modelo, segundo projeto elaborado com as comunidades, sob supervisão dos Nisi e com consultores técnicos. A competência de cada entidade envolvida com prévia definição. (2) O DSEI caracterizado por: (a) uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; (b) o controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, (Condisi), de composição paritária e de caráter deliberativo; (c) uma rede de serviços e equipes de saúde capacitadas, com meios de transporte e comunicação e suprimento regular de insumos; (d) a autonomia administrativa e financeira; (e) comando técnico e executivo único. O Condisi e o Nisi designam os gerentes. (3) Integração no SUS: as Casas de Saúde do Índio são componentes indissociáveis dos DSEI, ligados aos CDs ou Nisi. O Ministério da Saúde estabelecerá custos das AIH para pacientes indígenas, controlados pelos Nisis ou DSEI, que devem assegurar meios de transporte para atendimento fora da aldeia, condições de comunicação entre as áreas indígenas, centros de referência (com sistema de referência e contra-referência). (4) Controle de gestão e participação indígena: a representação indígena na Cisi contará com seis membros, sendo um de cada macrorregião. Um deles será o representante indígena no CNS. As políticas e programações do Subsistema serão norteadas por recomendações da Cisi, aprovadas pelo CNS. O relatório recomenda a imediata implantação dos Nisi em todo país, ter caráter deliberativo, com representação paritária e competência de planejar e avaliar as políticas. (5) Política de Recursos Humanos: estabelece diretrizes para a formação, seleção, contratação, perfil profissional e condições de trabalho, com Planos de Carreira, conforme o Regime Jurídico Único. Não se aprovou a alternativa de contratação por meio de ONG ou contratos de gestão. A

situação dos Agentes Indígenas de Saúde foi objeto de um capítulo, estabelecendo seu reconhecimento como categoria profissional, suas atribuições e perfil técnico, bem como níveis diferenciados de atribuição, conforme as capacidades individuais e de contato com os povos indígenas. (6) Os sistemas tradicionais serão respeitados em sua totalidade, na figura do pajé, e de outros especialistas, em todas as suas práticas. Garantido o direito intelectual dos povos indígenas sobre suas práticas e conhecimentos sanitários.

Assegurado, nos hospitais, o direito dos índios aos seus costumes e terapêuticas tradicionais. Algumas diretrizes dispõem sobre a educação para a saúde, inclusive nas escolas indígenas. (7) Estabelece princípios para as instituições de ensino e pesquisa, como espaço de reflexão crítica e para os quais se recomenda atenção às políticas de assistência à saúde das populações indígenas. Estas instituições contribuíram para a constituição dos conselhos distritais e participaram ativamente, como um de seus membros. Algumas diretrizes apontam para a articulação entre estas instituições e os Nisi e Condisi e para o seu papel de cooperação técnica com as organizações indígenas. Quanto à formação e pesquisa, estabelece que a contribuição no elaborar de propostas metodológicas e conteúdos programáticos para formação de recursos humanos indígenas e não indígenas e pesquisas devem ser associadas às ações de saúde, segundo as demandas dos Condisi e Nisi. Essas instituições garantirão o direito à propriedade intelectual das populações indígenas relativas ao saber tradicional sobre os recursos naturais, devendo contribuir para a formulação de políticas e modelos de atenção à saúde indígena e avaliação de modelos e projetos de assistência. Para isto, o financiamento de recursos humanos e técnicos para projetos dessas instituições deverá ser proporcionado pelo SUS, dando continuidade e ampliando os programas já existentes, pela transferência regular e contínua de recursos.

Foram aprovadas 29 moções, inclusive de repúdio à violência, corrupção e invasões de áreas indígenas por garimpeiros, madeireiros e outros indivíduos e grupos vistos como ameaça ao meio ambiente e à saúde dos povos indígenas.

Tendo o Relatório da 2aCNSPI como base, o deputado Sérgio Arouca apresentou o PL nº 63/1997 ao Congresso Nacional, que se tornou o foco das discussões e lutas do Movimento Sanitário Indígena, mas somente em 1999 seria transformado em Lei. Os Nisi, a despeito de todas as adversidades, foram integrando as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde indígena.

A 3ª CNSI (Luziânia-Go, 14 a 18 de maio de 2001), convocada pela Resolução nº 305 teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos distritos sanitários especiais indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social”.

Designado pelo Conselho Nacional de Saúde, o Comitê Executivo da 3ª Conferência, foi composto por representantes da Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil (Capoib), da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi/CNS), do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), do Instituto Sócio Ambiental (Isa), da Fundação Nacional do Índio (Funai), do Ministério da Saúde (MS), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), da Pastoral da Criança, representando a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e do Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde.

As conferências distritais foram realizadas na mesma data, com delegados eleitos pelos conselhos locais. Da Conferência Nacional, participaram cerca de 1.000 pessoas entre delegados eleitos pelos conselhos distritais e locais, conselheiros do CNS, expositores e facilitadores de trabalho de grupo e convidados. Sobre os temas, houve palestras e trabalho de grupos, que elaboraram relatórios, submetidos a uma primeira aprovação, para posterior votação na Plenária Final. Os temas foram assim designados: (1) Modelo de gestão e organização de serviços – parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde. (2) Vigilância em Saúde. (3) Estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, da síndrome de imunodeficiência adquirida – DST/Aids e do alcoolismo: direitos humanos e ética nas intervenções. Fortalecimento do Controle Social. (4) Agentes Indígenas de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social. (5) Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas. (6) A hipermedicação e as práticas tradicionais. (7) Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes, envolvendo povos indígenas. (8) As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades.

O grande avanço da 3ª Conferência foi a participação ativa das pessoas indígenas, especialmente dos profissionais de saúde. Contribuiu para a expressão desta mudança qualitativa das conferências a existência de equipamentos de tradução simultânea.

O Relatório Final apresentou como princípios gerais: cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contato interétnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. Garantir a demarcação, a desintrusão e a vigilância das terras indígenas. Urge uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente. Acesso dos indígenas à educação para formar consciência crítica sobre sua situação atual. Proteção do patrimônio cultural e aproveitamento da diversidade biológica para fortalecimento da autoestima e afirmação da identidade étnica. Combate à discriminação e preconceito, promovendo a valorização da diversidade cultural, principalmente junto aos profissionais de saúde. As organizações indígenas têm importante papel na melhoria das condições de vida implantação do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência intersetorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde.

3ª à 4ª. CNSI

Foram vitoriosos os esforços para que a 4ª CNSI se tornasse uma realidade, como recomendado pela 12ª Conferência Nacional de Saúde. Sua convocação pelo Ministro da Saúde Humberto Costa deflagrou o processo que se deu na gestão do Ministro Saraiva Felipe, sendo responsável pela publicação dos resultados da Conferência, o Ministro José Gomes Temporão.

As responsabilidades, definidas na Portaria do Ministério, foram de pronto assumidas: a Fundação Nacional de Saúde, coordenadora da Conferência, compôs a Comissão Executiva, com um Coordenador-Geral, um Coordenador-Adjunto, um Secretário-Geral e um Secretário-Geral Adjunto. Foi então criado o Grupo estratégico de apoio à Organização, no âmbito do Desai.

Ao Conselho Nacional de Saúde coube deliberar sobre as questões relativas à realização da Conferência, promovê-la e supervisioná-la em todas as suas etapas, considerando suas dimensões técnicas, políticas, administrativas e financeiras. Coube-lhe, também, designar os membros da Comissão Organizadora, de Relatoria e das Comissões Especiais de Comunicação e de Infraestrutura. Destaque-se que a Portaria Ministerial garantiu a presença indígena em cada uma das comissões.

Da Amazônia ao Sul do Brasil, uma movimentação diferente ocorria nas florestas e nas cidades: eram as conferências locais e depois as distritais em que os índios e seus auxiliares discutiam um só tema: “distrito sanitário especial indígena, território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”.

O Documento Orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena facilitou a unidade de encaminhamento, na diversidade de circunstâncias em que as diferentes nações indígenas e os distritos sanitários especiais indígenas realizaram seu trabalho, ao apresentar diretrizes para a organização das conferências, o documento base com subsídios para a discussão dos eixos temáticos, o Regimento e o Regulamento da 4ª Conferência.

A etapa local, prevista na Portaria Ministerial nº 963 para o período de setembro a dezembro de 2005, foi realizada, com sucesso, nas 250 conferências locais, com a presença de mais de 12.500 pessoas. A etapa distrital, com a previsão de ser cumprida entre outubro de 2005 e fevereiro de 2006, totalizou 4.500 pessoas em suas 34 conferências, isto é, todos os distritos especiais de saúde indígenas realizaram suas conferências. Muito se discutiu sobre a dívida histórica dos brasileiros, em geral, que dever ser resgatada junto aos cerca de 470 índios sobreviventes de uma população de cerca de 5 milhões que habitava as terras do atual Brasil, quando da chegada dos colonizadores, sendo que, na Amazônia Legal concentram-se mais de 200.000.

Dessas discussões cerca de 4.000 foram incorporadas, ficando nos distritos aquelas de caráter estritamente local ou distrital, ou que implicassem em medidas anticonstitucionais.

A Funasa e o CNS tiveram que enfrentar um sem número de dificuldades, umas inerentes a qualquer ação realizada por organização complexa, outras imprevistas e inéditas. Uma a uma foram superadas as dificuldades organizacionais. Não cabe aqui discorrer sobre o que significou, para cada pessoa indígena, sair de seu mundo familiar, submeter-se a procedimentos estranhos de transporte, alimentação, acomodação e modos de ser tratado por estranhos e permanecer longe dos seus por tão longo tempo.

Com diferentes estados de consciência, 20 anos após a realização da primeira Conferência, chegavam ao Rio Quente 1.228 representantes de mais de 100 etnias, dos 24 distritos sanitários indígenas. No dia 27 de março, após as medidas de acomodação e credenciamento, cuidaram de três coisas muito importantes: ouvir as

declarações do Governo Federal sobre o que tem a dizer aos índios, sobre sua inserção na comunidade nacional e o modo como está trabalhando para que haja produção de saúde, proteção à vida e valorização das tradições indígenas; depois, confraternizar-se índios e não índios e receber, cada um e a Conferência toda, a proteção das forças mais potentes, assegurada por um perfeito benzimento. No dia 28, tiveram início os trabalhos do coletivo: aprovar o Regulamento e tomar conhecimento do que especialistas e militantes tem a contribuir sobre os temas da 4ª CNSI. Essas mesas redondas simultâneas se estenderiam até a tarde do dia seguinte. No dia 30, a maioria estava preparada para enfrentar os debates e decisões nas plenárias temáticas. Antes que se dessem conta, chegara o último dia da Conferência e com ele os desafios e oportunidades de exercer o controle social do SUS, votando as questões fundamentais do atual momento da autonomia e da saúde das populações indígenas.

As expressões das culturas de diferentes povos foram em alguns aspectos admiradas e em alguns momentos vivenciadas: comidas, expressões de afetos, adornos, cantos, danças, benzeções. A mostra do trabalho dos cineastas indígenas demonstrou a versatilidade dos brasileiros índios que transitam das milenares tradições de seus povos às mais sofisticadas. Ao encerrar os trabalhos, na noite de 31 de março de 2006, alguns talvez não tivessem aquilatado a importância do que acabavam de vivenciar. Outros, porém, ainda saturados de tanto trabalho e de tanta grandeza expressa das culturas indígenas, tinham consciência do valor histórico do que estavam fazendo e já sonhavam com a 5ªCNSI, quando se estará mais apto para reconhecer o valor de todos os povos, a partir de maior intercâmbio da população, com esses mais de duzentos povos, que são brasileiros desde tempos imemoriais.

A Comissão Intersectorial de Saúde Indígena, em sua 61ª reunião, no dia 13 de junho de 2006, avaliou a 4ª Conferência. Foi pedido que os representantes indígenas apresentassem sua avaliação, independentemente dos demais membros da Cisi, para que constasse deste Relatório. Fizeram-na após a reunião da Comissão e, com presteza, enviaram-na à Relatoria, que constitui o conteúdo do próximo capítulo.

Ouviu-se indicações de que nem tudo ocorreu conforme o esperado, mas era unanimidade que, a despeito da precária situação da saúde indígena no Brasil, ela está em processo de melhoria. Foi lembrado que, na década de 1980 os índios, não se pronunciaram sobre sua saúde: falava-se sobre eles. A Coordenadora da

Comissão testemunhou o empenho dos servidores da Funasa em atender as demandas da Cisi e foi categórica ao afirmar que os índios brasileiros têm a necessária competência para dizer o que querem e como querem que sua saúde seja tratada.

Ficou patente, tanto nesta reunião como em pronunciamento de conselheiros, servidores e indígenas, que se verificou mudança qualitativa na postura do Conselho Nacional de Saúde no que se refere ao enfrentamento da saúde indígena. Desta vez, ele não delegou à Cisi o que ele, na sua inteireza, teria de fazer: assumiu com o ardor de militante, colaborar com todos os esforços que visem a saúde, a vida e as tradições indígenas, o que, natural irá repercutir, de imediato, sobre controle social sobre o estado, no que concerne a saúde dos brasileiros índios e conseqüentemente sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil.

A 5ª Conferência entrou para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferência Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo território brasileiro. Para a etapa Nacional, a 5ª Conferência superou a 4ªCNSI, saltando de 1.228 na 4ªCNSI para 2.368 participantes. O destaque especial da 5ªCNSI vai para a participação das vozes dos usuários indígenas que aumentou mais que duas vezes, ou seja, de 372 na 4ªCNSI para 753 delegados indígenas representando 148 etnias, em outras palavras, pode-se registrar que 49% das etnias brasileiras estavam representadas pelo segmento dos usuários. Esse é, portanto, um momento em que a participação popular e o controle social na saúde ganham em expressão e em visibilidade, tornando-se, na prática, fatores decisivos na construção de uma nova política de atenção à saúde para os primeiros habitantes do Brasil – os povos indígenas.

Na Etapa Nacional, o número de Delegados esperados conforme Resolução CNS Nº 461 de 8 de novembro de 2012, para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena era de 1.352. A Comissão Organizadora conseguiu cadastrar 99,6%, ou seja, 1.346 Delegados Nacionais. Durante a Conferência foram credenciados 2.507 participantes, destes, 1.541 delegados nacionais (65,1%); 280 participantes (23,1%) divididos entre convidados, painelistas e visitantes, com destaque para os 280 (11,8%) participantes que se dividiram em várias comissões para fazer acontecer da melhor maneira possível esta Conferência.

Outra característica que deixa registrada a atuação da Sesai é a busca por uma gestão compartilhada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o SUS, trazendo vozes de representações importantes para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a saber: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde (Conass), Conselhos Municipais de Saúde (Conasems), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da área da Saúde (Fentas), Fundação Nacional do Índio (Funai), Organizações Indígenas e das outras Secretarias do próprio Ministério da Saúde.

Todo esse esforço sem perder de vistas as exigências e determinações de paridade da Lei 8.142 de 28/12/1990 e da Resolução CNS N° 333 de 04/11/2003 quanto à distribuição dos delegados pelos segmentos dos usuários, trabalhadores e gestores, estes com o cuidado de se fazer representar pelos gestores das 34 unidades gestoras – os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Ao analisarmos essas exigências e determinações, vamos mais além na transparência do esforço da Comissão Organizadora da 5ª CNSI, esmiuçando e apresentado essa paridade e participação conforme resultados da convocação da Resolução CNS N° 461 de 8 de novembro de 2012 para os 34 Distritos espalhados pelo Brasil. Resultados estes que rompem os paradigmas culturais da participação de gênero (com uma razão entre sexo de 1:2, em outras palavras, uma delegada para dois delegados), bem como os logísticos, rompendo barreiras geográficas de acesso a trabalhadores, gestores e usuários, em especial àquelas e àqueles que tiveram de deixar suas aldeias por água terra ou ar para representarem o conjunto de vozes de seus parentes, trabalhadores e gestores lá das unidades básicas de saúde, dos Polos Base Tipo I, Polos Base Tipo II, das CASAI. Mesmo os Distritos de difícil acesso, somente um dentre estes, não conseguiu alcançar os 100% de participação, ora, 93% já representa um sucesso; sucesso maior é a participação inexplicável de 100,9% para os Distritos que compõem a macrorregião Norte 2: Alto Rio Juruá (AC); Alto Rio Purus (AC); Amapá e Norte do Pará (AP); Rio Tapajós (PA); Altamira (PA); Guamá Tocantins (PA); Kaiapó do Pará (PA); Porto Velho (RO); Vilhena (RO); Leste de Roraima (RR); Yanomami (RR) e Tocantins (TO).

5ª CNSI além de debater e propor novas diretrizes para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ela trouxe também o debate quanto a desburocratização da gestão da saúde indígena, com a aprovação de moção que norteou o governo a elaborar uma proposta de criação Instituto Nacional

de Saúde Indígena (INSI), novo modelo de gestão, que se encontra tramitando através do Projeto de Lei nº 3501/2015 no Congresso Nacional.