

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LUCIANA BENEVIDES FERREIRA

**O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA:
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

BRASÍLIA, 2012

LUCIANA BENEVIDES FERREIRA

**O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA:
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo

Co-orientador: Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento

BRASÍLIA, 2012

LUCIANA BENEVIDES FERREIRA

**O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA:
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Bioética.

Aprovada em 9 de novembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Jorge Alberto Cordón Portillo (presidente)
Universidade de Brasília

José Luiz Telles de Almeida
Fiocruz

Carla Costa Teixeira
Universidade de Brasília

Maria Fatima de Sousa
Universidade de Brasília

Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Dais Gonçalves Rocha
Universidade de Brasília
(suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao meu mestre e amigo professor Jorge Cordón, quem tanto admiro e a quem agradeço pelo incentivo contínuo, principalmente, pela constante confiança na minha capacidade de realizar este trabalho.

Ao meu co-orientador, Wanderson, professor e colega, muito obrigada por se prontificar solidária e generosamente ao direcionar este estudo nos caminhos da Bioética.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília e à Cátedra Unesco de Bioética da UnB pelo apoio e também à CAPES, pela bolsa cedida durante parte da elaboração desta tese.

O estudo apresentado nesta tese foi imensamente enriquecido pela discussão com os colegas e com os professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética, todos muito prestativos e acolhedores. Entre eles agradeço especialmente ao colega Rodrigo Batagello, com quem tive a honra de partilhar a elaboração de um artigo, à professora Helena Shimizu, pelo apoio durante a elaboração da tese e ao colega Saulo Feitosa, indigenista experiente, quem muito respeito e que gentilmente colaborou para a realização dos ajustes finais deste trabalho.

A oportunidade de estar no Rio Negro incitou meu compromisso com a saúde dos povos indígenas. Pelo apoio e pela parceria, agradeço à Associação Saúde Sem Limites e à Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro.

Agradeço ao Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, por apoiar este projeto e possibilitar a realização das entrevistas. Também agradeço a todos os entrevistados, pela confiança e pela valiosa contribuição.

Sou grata também pelo privilégio de ter acompanhado o trabalho do consórcio IDS-Cebrap-SSL e de ter participado das reuniões e das oficinas que promoveram discussões importantes.

Ao trabalhar na área de saúde indígena, fiz grandes amigos e, por ser difícil enumerá-los, eles serão representados por Ademir Gudrin, com quem compartilhei momentos importantes de discussão sobre esse tema, além de aprender bastante sobre o controle social.

Agradeço aos meus amigos e amigas que, de várias formas, ajudaram-me a percorrer este caminho e a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção deste trabalho.

Enfim, deixo meu agradecimento principal à minha família. Agradeço especialmente à

minha mãe pelo incessante apoio e pelas conversas edificantes, e ao Marco Polo, à Sofia e à Júlia, pelo suporte e pelo imenso amor durante um dos períodos mais importantes da minha vida.

RESUMO

A relação entre os indígenas e a sociedade nacional envolvente é historicamente caracterizada por lados opostos, com interesses e objetivos divergentes. Por isso, constitui-se um dos maiores desafios para os sistemas públicos garantir o acesso à saúde de minorias culturalmente distintas em sociedades multiétnicas. A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena pretendeu adequar os serviços de saúde às características da população indígena e proporcionou o surgimento de espaços para a participação indígena em todos os momentos de decisão e de planejamento das ações e dos serviços de saúde. E também na implantação e na avaliação desse sistema. Nesses espaços, deve ocorrer o diálogo interétnico, que possibilitaria encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro. Nesse contexto, perspectivas de avanço na relação entre indígenas e não indígenas surgem ancoradas no exercício do controle social. Com base na Bioética de Intervenção, buscou-se analisar as tensões entre a afirmação formal e a prática do controle social na saúde indígena. O modelo teórico de investigação qualitativa apoiou-se no método da hermenêutica-dialética. Os métodos e as técnicas utilizados consistiram em consulta a fontes documentais oficiais, na aplicação de um questionário semiestruturado e em entrevistas. O material coletado permitiu conhecer a percepção dos usuários quanto à importância dos espaços formais de controle social da saúde indígena, analisar a participação indígena e identificar as especificidades na configuração do controle social do subsistema. Observou-se que existe um descompasso entre a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social e realização prática desse controle. O exercício do controle social, na saúde indígena, ainda apresenta-se frágil diante das dificuldades para consolidar sua estrutura e para concretizar o diálogo intercultural. Considera-se, contudo, que o controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda que passe por um processo de estruturação, apresenta um grande potencial para inclusão dos povos indígenas, tradicionalmente excluídos dos debates sobre as ações governamentais.

Palavras-chave: Bioética; Saúde Indígena; Conselhos de Saúde; Políticas de Controle Social; Indígenas Brasileiros.

ABSTRACT

The relationship between indigenous peoples and non-indigenous society is historically characterized by opposite sides, with divergent interests and goals. Therefore, it constitutes a major challenge for public systems to ensure access to health care for culturally distinct minorities in multiethnic societies. The creation of Indigenous Health Subsystem suit sought health services to the characteristics of the indigenous societies and provided the emergence of spaces for indigenous participation in all decision moments, formulation and planning of the health services. And also in the implementation and evaluation of this system. In these spaces, there should be inter-ethnic dialogue, which would allow finding solutions to conflicts between indigenous peoples and the Brazilian State. In this context, prospects for progress in the relationship between indigenous and non-indigenous arise anchored in the exercise of social control. Based on Bioethics Intervention, it sought to analyze the tensions between the formal assertion and practice of social control in indigenous health. The theoretical model of qualitative research relied on the method of dialectical hermeneutics. The methods and techniques used consisted of consultation on the official documentary sources, application of a semi-structured questionnaire and interviews. The collected material allowed us to know the users' perception regarding the importance of the formal social control of indigenous health, to analyze indigenous participation and identify the specific configuration of social control of subsystem. It was observed that there is a mismatch between the ideological constitution of formal mechanisms of social control and the practical realization of this control. The exercise of social control in indigenous health still presents itself fragile in the face of difficulties to consolidate its structure and to achieve intercultural dialogue. It is considered, however, that social control of Indigenous Health Subsystem, even go through a process of structuring, has great potential for indigenous peoples inclusion, traditionally excluded from debates about government actions.

Key words: Bioethics; Indigenous Health; Health Councils; Social Control Policies; Brazilian Indigenous.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPA 1 - Mapa do Brasil com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	66
QUADRO 1 - Quadro de sistematização dos trechos das entrevistas com o tema capacitação	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS - Agentes Indígenas de Saúde
Apib - Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
Apoimne - Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
C169 - Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes
Casai – Casa de Apoio à Saúde do Índio
Cebrap - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
Cimi - Conselho Indigenista Missionário
Cisi - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPI - Comissão Nacional de Política Indigenista
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSI - Conferência Nacional de Saúde Indígena
CNSPI - Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
Coiab - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
Condisi - Conselho Distrital de Saúde Indígena
Desai - Departamento de Saúde Indígena
Dsei - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FNSI - Fórum Nacional de Saúde Indígena
Funai - Fundação Nacional do Índio
Funasa - Fundação Nacional de Saúde
GT - Grupo de Trabalho
IDS - *Institute of Development Studies*
MP - Medida Provisória
MS - Ministério da Saúde
Nisi - Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena
OIT - Organização Internacional do Trabalho
ONG - Organização Não Governamentais
ONU - União das Nações Unidas
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
Sesai - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Siasi - Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais
SPILTN - Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SSL - Associação Saúde Sem Limites
SUS - Sistema Único de Saúde
Susa - Unidades Sanitárias Aéreas
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
Unesco - Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNI - União das Nações Indígenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA	16
2.2	EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO - O OLHAR BIOÉTICO	17
2.3	CONSELHOS DE SAÚDE: CONTROLE SOCIAL E MORALIDADE.....	21
2.3.1	Controle Social: a reinvenção de um conceito	21
2.3.2	A ordem moral como dimensão específica de atuação do controle social.....	23
2.3.3	Conselhos de Saúde: a institucionalização da participação social.....	28
2.4	INTERCULTURALIDADE.....	31
3	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	36
3.1	DEFINIÇÃO DE POVOS INDÍGENAS	36
3.2	SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	40
3.3	MOVIMENTO INDÍGENA	42
3.3.1	Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais	42
3.3.2	O Movimento Indígena Brasileiro	44
3.4	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - DAS MISSÕES AO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	47
3.4.1	Histórico	47
3.4.2	O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	50
3.5	O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	53
3.6	A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA: PARTICIPAÇÃO E NEGOCIAÇÃO.....	56
3.6.1	A gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	56
3.6.2	A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena	58
3.6.3	Grupo de Trabalho de saúde indígena.....	60
3.7	ARENA DE CONFLITOS	63
4	O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	68
4.1	OBJETIVOS	68
4.2	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	68
4.2.1	A análise das entrevistas.....	72
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	76

5	O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - A PERCEPÇÃO DOS PRESIDENTES DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA.....	78
5.1	CONFORMAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE INDÍGENA.....	78
5.1.1	Conselhos Locais de Saúde Indígena.....	79
5.1.2	Conselhos Distritais de Saúde Indígena.....	80
5.1.3	INFRAESTRUTURA.....	81
5.2	REUNIÕES E ORÇAMENTO.....	82
5.3	DELIBERAÇÕES.....	83
5.4	CAPACITAÇÃO.....	83
5.5	OS CONSELHOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM ÍNDIOS E COM NÃO ÍNDIOS.....	85
5.5.1	Relação com lideranças tradicionais.....	85
5.5.2	Relação com o Movimento Indígena.....	86
5.5.3	Relação com o gestor.....	87
5.5.4	Relação com o município.....	88
5.5.5	Relação com profissionais.....	89
5.6	FÓRUM.....	90
5.7	ESPECIFICIDADE.....	93
5.8	GESTÃO PARTICIPATIVA.....	94
5.9	DESAFIOS E EXPECTATIVAS.....	95
6	POSSIBILIDADES E LIMITES DOS ESPAÇOS FORMAIS DE CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	97
6.1	EQUIDADE.....	97
6.2	PARTICIPAÇÃO.....	99
6.3	RELAÇÃO INTERCULTURAL.....	108
6.4	PERSPECTIVAS E DESAFIOS.....	112
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
	REFERÊNCIAS.....	121
	ANEXOS.....	132

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os avanços da participação social são inquestionáveis, não obstante os inúmeros desafios para efetivá-la. Embora muito ainda possa ser discutido sobre a relação dos movimentos sociais com o Estado e as formas de interlocução desses atores, é importante realizar uma reflexão desse tema sob a perspectiva da Bioética de Intervenção, especialmente no ponto em que aborda os problemas sociais que envolvem populações vulneráveis.

A motivação inicial da autora para desenvolver um trabalho que envolvesse a população indígena ocorreu em 2000, quando se iniciava a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – Dseis. Na qualidade de participante desse processo, a autora atuou como membro das equipes multidisciplinares de saúde e da coordenação no Dsei Alto Rio Negro; e a partir de 2003, desempenhou, no Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, funções de consultoria para o apoio e a supervisão das ações desenvolvidas nos Dseis.

O constante contato com indígenas possibilitou à autora identificar a precária situação em que eles vivem, marcada pela discriminação e pela dificuldade para se estabelecer o diálogo com sociedade nacional. Daí a escolha de estudar essa interlocução, com ênfase na relação que os povos indígenas estabeleceram com o Estado brasileiro na luta pelo direito à assistência de saúde. Uma história que se encontra com a Reforma Sanitária, mas toma um rumo particular.

A relação dos povos indígenas com o Estado Brasileiro foi influenciada por um movimento internacional de defesa dos povos indígenas e tribais. Uma das conquistas decorrentes desse movimento foi a adoção, em 1989, da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes – C169, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, ratificada pelo Brasil em 2003.

Essa convenção consagra o direito de os povos indígenas e tribais de manterem sua cultura e também estabelece o dever do Estado de consultar esses povos antes de tomar medidas administrativas ou legislativas que os afetem. Em consonância com essas propostas, o Movimento Indígena Brasileiro (doravante movimento indígena) começa, nos anos 1970 e 1980, a ser fundamental para as conquistas relacionadas aos direitos indígenas, expressas na Constituição Federal de 1988.

O avanço na conquista de direitos relativos aos povos indígenas é um fato histórico importante. De transitórios e incapazes, os índios transformaram-se em sujeitos de direitos e de cidadania, em grande medida em função das mudanças advindas da nova Constituição. A

partir desse novo marco regulatório, os governos buscaram formular e implementar políticas específicas, com a participação dos usuários.

A Constituição, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS, também garante um atendimento diferenciado à saúde da população indígena. Porém, ocorreu uma omissão sobre essa questão nas leis orgânicas da saúde, Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, o que levou à criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999. E, espelhando-se no SUS, configuraram-se os Conselhos Distritais de Saúde Indígena – Condisis.

Ao mesmo tempo em que esses espaços de controle social visaram a possibilitar a participação dos índios na definição da política de saúde revelaram, também, aspectos históricos, culturais e representativos próprios dessa população.

As diferenças etnoculturais características dos conselhos de saúde indígena explicitam conflitos decorrentes das sociedades multiculturais e lançam novos desafios para a compreensão da relação que se estabelece entre indígenas e governo no que se refere à política de saúde. Particularmente quanto à dimensão do compartilhamento de decisões e à transferência de poder sobre as políticas públicas aos usuários. Esses e outros aspectos têm importantes reflexos no desenvolvimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e na definição da forma de intervenção do Estado.

Portanto, pergunta-se se haverá avanços no controle social exercido pelos povos indígenas que: (i) respeitem as características históricas e culturais desses povos, (ii) propiciem o estabelecimento de um diálogo intercultural fundamentado na ação ética e (iii) possibilitem e garantam, efetivamente, a participação dos povos indígenas nas decisões relativas às políticas públicas de saúde no Brasil.

A Bioética de Intervenção é um campo do saber em que se buscam soluções para problemas persistentes no cotidiano dos cidadãos, por conseguinte, estudam-se os dilemas da saúde pública. Por meio dessa área de conhecimento, pretende-se ampliar a reflexão sobre os conflitos decorrentes dos entraves na relação intercultural dos indígenas com o governo brasileiro. E, assim, auxiliar o estabelecimento de bases para a efetiva inclusão e legitimação da participação dos povos indígenas nas políticas de saúde.

Com essa reflexão bioética, analisa-se a concretização prática de uma ação ética, que é a tomada de decisões sobre políticas públicas de saúde realizada com base em um diálogo com a população envolvida. O presente trabalho não teve como propósito elaborar um estudo característico na área de Antropologia ou aprofundar-se em questões relacionadas à forma de representação indígena nos espaços democráticos, tema já abordado na tese de Alex Shankland.⁽¹⁾

Pretendeu-se, sobretudo, identificar os conflitos éticos que surgem com a criação dos mecanismos de controle social do subsistema, com base na perspectiva de um grupo minoritário, em posição de vulnerabilidade social e epidemiológica frente à sociedade nacional.

A participação indígena na política de saúde é estudada por alguns autores, entre eles: Shankland,⁽¹⁾ Garnelo e Sampaio,⁽²⁾ Athias,⁽³⁾ Chaves, Cardoso e Almeida,⁽⁴⁾ Langdon,⁽⁵⁾ e Teixeira.⁽⁶⁾ No entanto, na maioria da produção acadêmica sobre populações indígenas foram estudadas etnias específicas ou temas sobre os direitos sociais e a demarcação de terras, por exemplo. Estudos realizados na área da saúde indígena têm dado ênfase aos aspectos epidemiológicos.

No campo da Bioética, poucos autores, a exemplo de Porto,⁽⁷⁾ consideram as minorias étnicas e, especificamente, observam a atuação dos mecanismos formais de controle social dessas minorias. Essas constatações reforçam o desafio desta pesquisa na qual se propõe analisar a constituição de espaços públicos para o controle social na saúde indígena, nos quais diferenças possam se expressar, onde valores circulam e opiniões se formam e, principalmente, onde emanam conflitos latentes da sociedade brasileira.

Além disso, as constantes mudanças no setor saúde implicam a necessidade de registrar e de analisar criticamente o desenvolvimento das novas configurações e os reflexos da participação dos diversos atores envolvidos. Os conflitos éticos, instaurados por essas mudanças, demandam a atenção dos estudiosos da Bioética, particularmente no contexto da atenção à saúde indígena.

Estabelecer formas de participação das minorias culturalmente distintas nas sociedades multiétnicas, que sejam eficazes e definidoras de políticas públicas, é um desafio presente no setor saúde. Nesse contexto, com os mecanismos formais de controle social, pretende-se estabelecer espaços efetivos de diálogo interétnico.

Esse é o foco da primeira parte da tese, em que se estabelecem os fundamentos conceituais relacionados à Bioética, à equidade, à participação, ao controle social e à interculturalidade.

Em seguida, apresenta-se uma contextualização sobre os povos indígenas no Brasil e uma revisão histórica da constituição das políticas públicas para a assistência à saúde dos povos indígenas. Destaca-se a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e os espaços de controle social - cenário em que emergem as questões citadas anteriormente.

O processo de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai foi descrito detalhadamente, para subsidiar o foco da pesquisa, que se centra na capacidade dos espaços

formais de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena de identificar e encontrar soluções para os conflitos que surgem na relação entre indígenas a sociedade nacional envolvente.

Nesse cenário, atentou-se especificamente para as tensões estabelecidas na relação entre índios e gestores e nos problemas decorrentes da execução do controle social por parte das comunidades indígenas.

Após a exposição dos objetivos da pesquisa e do procedimento metodológico escolhido, os resultados foram descritos, iniciando-se pelo perfil dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e pela percepção de seus presidentes sobre o controle social na saúde indígena. Por fim, realizou-se uma reflexão bioética sobre as possibilidades e os limites dos espaços de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Devido à participação direta da autora nos processos analisados, equilibrar a relação com os atores envolvidos e manter o olhar de pesquisador tornou-se um dos grandes desafios para realizar esse estudo. Concomitantemente, proporcionou o conhecimento do contexto em que a pesquisa se desenvolveu e o acompanhamento das mudanças ocorridas na política nacional de saúde indígena e no controle social exercido pelos indígenas. Permitiu também o acesso aos diferentes atores do subsistema, o que foi fundamental para desenvolver este trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

Desde o seu surgimento, na década de 1970, até ser consolidada, nos anos 1980, a Bioética experimentou uma fase marcada pela discussão sobre os fundamentos epistemológicos, os métodos e o campo de sua aplicabilidade. Após essa fase, predominou o princípalismo: um método de análise moral fundamentado em quatro princípios, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Esse método recebeu diversas críticas, entre elas o fato de privilegiar o princípio da autonomia.⁽⁸⁾

Entretanto, a realidade da América Latina levaria a recuperar o princípio da justiça, pela sua estreita vinculação à dimensão pública. Nessa dimensão, os problemas morais relativos ao bem-estar da coletividade humana são abordados de modo a se assumir uma análise crítica dos desdobramentos sanitários das políticas públicas.⁽⁸⁾

Assim, na década de 1990, a Bioética passa a incorporar a dimensão da ética pública e, em outubro de 2005, amplia definitivamente sua agenda para os campos social e ambiental com a homologação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco, ocorrida em Paris.⁽⁹⁾

Também nessa época, foram inseridas outras categorias e referenciais práticos e teóricos, como o pluralismo de valores, a responsabilidade individual e pública e a tolerância, entre outros indicadores para uma nova abordagem ética nessa área. Destacam-se, ainda, os quatro ‘P’s, necessários a uma prática ética responsável: prevenção, proteção, precaução e prudência.⁽⁹⁾

A necessidade de ampliar o escopo dos princípios que deveriam nortear as reflexões bioéticas foi sentida principalmente nos países da América Latina. Nações marcadas pela exclusão social e econômica dos povos minoritários, local onde os problemas de saúde são intensificados pela má distribuição de riquezas e pelas desigualdades sociais.⁽¹⁰⁾

Esse contexto leva ao surgimento da Bioética de Intervenção, atenta às situações persistentes, vinculada às condições que se mantêm nas sociedades humanas desde a antiguidade, como a exclusão social, a pobreza e as diferentes formas de discriminação.⁽¹¹⁾

Orientada para a dimensão social do ser humano, a Bioética de Intervenção preocupa-se com questões relacionadas ao coletivo. Abrange temas como desigualdade social, equidade, responsabilidade individual e coletiva sobre a assistência à saúde, alocação de recursos escassos, políticas sanitárias e justiça distributiva.^(9,11,12) Enfatiza a necessidade de politização dos problemas morais decorrentes da condição vulnerada da maioria das

populações da América Latina e de todo o hemisfério Sul, com ênfase no Brasil.⁽¹⁰⁾

Ao abordar criticamente os problemas sociais, a Bioética de Intervenção pode trazer contribuições importantes para a compreensão das iniquidades sociais e dos mecanismos para sua diminuição. Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro pode se beneficiar da contribuição da reflexão bioética, pois se compromete com a redução das desigualdades ao se basear nos preceitos constitucionais, norteando-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Com a nova constituição, a saúde passa a ser um direito de cidadania e um dever do Estado. Há, atualmente, a garantia de assistência à saúde para todos os brasileiros, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. Esse direito deve ser atendido e acolhido conforme as necessidades da população.

Essa proposta apresenta “como pressuposto, inequívoco, a ideia de justiça social capaz de garantir tal direito consubstancial à sociedade”.⁽¹³⁾ E ao incorporar a dimensão da justiça social, a análise das desigualdades em saúde é remetida para o campo político, com a incorporação de valores éticos e morais explícitos nas bases contratuais de cada sociedade.⁽¹⁴⁾

Buscar mecanismos de redução das desigualdades, no acesso aos recursos e aos serviços de saúde, é fundamental quando se pretende aplicar a ética para garantir a dignidade da vida humana.⁽¹⁵⁾

Assim, nesta tese, serão enfatizados os conceitos e fundamentos teóricos que propiciem a reflexão sobre os mecanismos de redução das desigualdades e da exclusão social no campo da saúde. Também será enfatizada a participação da sociedade no controle social.

2.2 EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO - O OLHAR BIOÉTICO

A ideia de que o acesso à saúde é essencial para que se alcance a dignidade humana impõe uma difícil questão ética na constituição dos sistemas de saúde, especificamente sobre quais serviços serão oferecidos e para quem. Pois a essa questão associa-se o fato de que as necessidades de saúde são mais amplas do que os recursos disponíveis. Esse impasse remete inevitavelmente à reflexão sobre quais os critérios éticos orientadores de uma boa e justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde.

Para Paulo Fortes essa questão se torna mais complexa “devido ao pluralismo de valores morais existentes na sociedade contemporânea, que levam a diferentes concepções do que seja uma ação boa e justa”.⁽¹⁶⁾ Nesse sentido, ao refletir sobre o princípio da justiça, torna-se fundamental compreender a forma de se definir as políticas públicas de saúde no Brasil.

Diversas correntes filosóficas produziram teorias para avaliar o que é justo. Entre as mais conhecidas destaca-se a corrente utilitarista, segundo a qual mais justa é a aplicação de recursos em ações que beneficiem um maior número de pessoas, pela maior quantidade de tempo. Uma das críticas a essa corrente é o fato de que esse critério possa resultar na exclusão de grupos humanos minoritários, a maioria deles já submetidos a situações de maior vulnerabilidade.⁽¹⁷⁾

Essa linha de pensamento, fundamentada na avaliação do custo/benefício, poderia ser contrária à aplicação de recursos em atividades custosas e de baixa cobertura populacional, conforme ocorre com os procedimentos de alta complexidade ou com a distribuição de medicamentos de alto custo.

Dessa forma, os argumentos utilizados por essa corrente, isoladamente aplicados, não propiciariam o atendimento aos princípios de universalidade, de integralidade e de equidade do sistema de saúde brasileiro, criado a partir de garantias constitucionais de direito à saúde.

Porém, o pensamento de justiça enquanto equidade, de John Rawls, contrapõe essa corrente utilitarista.⁽¹⁸⁾ A teoria de justiça desse autor aporta bases fundamentais para a conceituação de equidade, de modo a destacar a incorporação de interesses coletivos e a preocupação com a diminuição das desigualdades por meio de políticas de distribuição positiva em favor dos menos favorecidos.⁽¹⁹⁾

Entende-se por equidade o reconhecimento das distintas necessidades para que todas as pessoas gozem de uma vida o mais digna possível.⁽¹²⁾ A equidade orienta-se por um princípio bastante simples: tratar diferentemente os desiguais, beneficiando os inferiorizados, essa é a condição inarredável para alcançar a igualdade.^(20, 21)

Um esforço de combinar as orientações utilitarista e equitativa é encontrado na Bioética de Intervenção.⁽¹⁸⁾ Essa Bioética reflete o processo de elaboração de uma teoria que inclui a realidade social e econômica além dos problemas do campo da saúde e da biotecnologia decorrentes desse contexto.⁽²²⁾ Ela fundamenta-se nos conceitos necessários para orientar ações concretas que diminuam as diversas iniquidades existentes na sociedade.^(11, 12)

Os princípios da equidade e da responsabilidade (individual e pública) aparecem, então, como diretrizes éticas para guiar o processo decisório sobre alocação de recursos e fazer valer o direito à saúde.⁽²³⁾

Sem a pretensão de se aprofundar o debate a respeito das correntes brevemente abordadas nesse texto, o objetivo foi chamar a atenção para o fato de que, ao aplicar os princípios pactuados pela sociedade brasileira para definir as políticas de saúde, questões

complexas e relevantes se apresentam: Quem decide quais são as necessidades de um indivíduo, de um grupo ou de uma população? Quem define o que é prioritário para uma determinada sociedade ou quem são os mais vulneráveis?

Essas questões são exploradas com profundidade na tese de Nascimento.⁽¹⁰⁾ Nesse estudo o autor faz uma revisão das bases conceituais relacionadas com as teorias éticas, políticas e epistemológicas que sustentam a Bioética de Intervenção, com base nas críticas e nas contribuições advindas dos estudos sobre a colonialidade¹.

Ele discute a questão da subjetividade do sujeito que realizará os cálculos propostos nas perguntas apresentadas anteriormente. Cálculo que “nas teorias utilitaristas, nunca é realizado pelo coletivo ou por todas as pessoas a quem interesse os benefícios advindos do cálculo”.⁽²⁴⁾

A questão da subjetividade do sujeito, apesar de não ser um aspecto considerado nas teorias utilitaristas, tem importância fundamental, haja vista que todo sujeito é produzido em meio a uma complexa e intrincada trama de relações de poder. E tais relações são “mecanismos que convertem indivíduos em sujeitos, imprimindo neles uma identidade, uma propensão a certos tipos de condutas, uma racionalidade”.⁽²⁵⁾

Dessa maneira, os estudos sobre a colonialidade contribuem decisivamente para essa questão, ao propor o estabelecimento de diálogos com os mais vulneráveis, “como um primeiro passo para a busca da criação do espaço onde se possam construir perspectivas de equidade”.⁽²⁶⁾

Esse é um desafio interessante para a própria Bioética de Intervenção que propõe uma “aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade”.⁽²⁷⁾ E se revela propensa a incorporar, em suas discussões, noções mais localmente politizadas, além de se fazer importante no apoio à construção da teoria e da prática de uma vida não colonizada.⁽¹⁰⁾

Nesse sentido, o Brasil oferece lições importantes para os sistemas de saúde, ao criar mecanismos institucionais inovadores para envolvimento popular e responsabilidade na

¹ Segundo Nascimento e Garrafa,⁽²⁸⁾ estudos sobre a colonialidade é o termo adotado para se referir à produção de ideias que surgem em torno de uma maneira de entender e criticar a Modernidade. Com origem na América Latina, desenvolveu-se por uma série de pensadoras e pensadores. Eles partem do princípio de que é impossível entender os efeitos, os sentidos, as dinâmicas e as práticas de poder da Modernidade sem entender que ela tem em sua base uma lógica colonial. Essas ideias estão articuladas com uma série de outras produções que tentam entender as maneiras como, na Modernidade, as relações entre poder, conhecimento, vida e resistência têm se articulado, enfatizando especialmente a violência que emerge da contradição entre “modernos” e “colonizados”.

gestão do SUS, moldando a participação como um direito.⁽²⁹⁾

A Constituição Federal de 1988 cria os conselhos de políticas sociais e direitos, inseridos no princípio da “participação popular”. A Lei nº 8.080/90, e mais especificamente a Lei nº 8.142/90, detalha a forma de participação da sociedade no SUS, ao criar as instâncias colegiadas em cada esfera de governo: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.⁽³⁰⁾

Nesse contexto, o conceito de inclusão aparece como uma ponte que une a reflexão bioética sobre equidade e justiça aos mecanismos de participação social e ancora-se no entendimento de que a participação social significa fazer parte das decisões políticas.⁽³¹⁾ A luta pela universalidade defendida no movimento pela Reforma Sanitária foi voltada para a inclusão, com a exigência de extensão dos direitos à saúde para todos, como uma forma de democratização do sistema público de saúde que tinha, até então, excluída, a maioria dos brasileiros pobres.⁽³²⁾ A complexidade do desafio democrático proposto com a nova constituição é, assim, descrita por Sonia Fleury:

O desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social, descentralizado e participativo, repõe a nossa especificidade regional em um patamar distinto, capaz de reivindicar um modelo de democracia onde impere a co-gestão pública, retomando os princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania. Para tanto, temos que pensar novos modelos de proteção social que terão como princípios articuladores o rompimento da vinculação entre proteção social e estrutura do mercado de trabalho; a experimentação das estratégias de co-gestão pública em um processo articulado de democracia representativa e participação direta; a combinação da noção de igualdade com a heterogeneidade; a luta contra a exclusão sem buscar a uniformização e sim a auto-determinação solidária. Nestes marcos, a polarização focalização/universalização encontra-se definitivamente superada, em um processo simultâneo de construção do Estado e dos cidadãos. Para tanto é necessário, antes de tudo, superar a condição de exclusão, já que não se pode falar em cidadania, como igualdade e como diversidade, onde há exclusão.⁽³³⁾

O estabelecimento de espaços em que estejam representados os diversos setores da sociedade, inclusive a população que será afetada pelas decisões a serem tomadas, parece um caminho que possibilita a tomada de decisões pautadas em fundamentos éticos. É o que afirma Paulo Fortes:

No Brasil, está ocorrendo a prática de utilização de mecanismos de controle social institucionalizado, como os Conselhos de Saúde, que devem possibilitar a ampliação de uma ação dialógica envolvendo os diversos atores sociais no campo da saúde, explicitando conflitos de interesses e de valores, buscando a constituição de possíveis consensos em dilemas e problemas éticos. Apesar das críticas e desilusões com esses instrumentos, pode-se ainda afirmar que o exercício democrático de que todos os

segmentos sociais interessados em um determinado campo social, tal qual o campo da saúde, aceitos como interlocutores válidos, ouvidos e podendo influenciar a tomada de decisão, possa resultar em acordos satisfatórios e prudentiais para os diversos segmentos representados nestas difíceis matérias. Enfim, a reflexão bioética pode auxiliar na maximização do consenso sobre normas práticas que dizem respeito à vida e à saúde da espécie humana, construindo a convivência da vida em sociedade.⁽³⁴⁾

Desse modo, entende-se que a participação da comunidade nos conselhos de saúde, ao se manifestar e ser ouvida, contribua para a efetiva inclusão social,⁽³⁵⁾ que tem efeito na redução das desigualdades. A seguir apresenta-se o papel da participação dos usuários dos serviços nos conselhos de saúde.

2.3 CONSELHOS DE SAÚDE: CONTROLE SOCIAL E MORALIDADE²

2.3.1 Controle Social: a reinvenção de um conceito

O Sistema Único de Saúde foi concebido no interior de um contexto político no qual a descentralização e a participação nas esferas de decisão eram valores primordiais. Em consequência de mais de duas décadas de governo totalitário, o movimento por mudanças imprimiu uma dinâmica que pretendeu, em todos os espaços possíveis, garantir o máximo de abertura para a participação dos diversos componentes da sociedade civil na estrutura que a nova constituição edificava.

A ideia de conselhos plurais, articulados nas três esferas de governo e com um alcance capilar em todo o território nacional parecia o melhor modelo para uma organização da estrutura de gestão da saúde que garantisse, simultaneamente, a representatividade política dos usuários na tomada de decisões e a capacidade de compreensão e adequação das ações de saúde às diferentes realidades e necessidades que compunham o cenário da saúde no país.

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos.⁽³⁶⁾

² O texto dessa seção deu origem ao artigo “Conselhos de Saúde: controle social e moralidade”, de Luciana Benevides, Rodrigo Batagello e Jorge Alberto Córdón Portillo, publicado pela revista Saúde e Sociedade.⁽³⁷⁾

A concepção desse modelo refletia também uma nova compreensão dos processos saúde-doença. Passou-se a questionar a centralidade ou a predominância do marco técnico (médico) que tradicionalmente era utilizado como referencial para as decisões nas políticas de saúde pública.

Ao conferir uma leitura progressista a uma expressão com um histórico marcadamente conservador, denominou-se de controle social a possibilidade de participação da sociedade civil nos processos decisórios da gestão da saúde. Destaca-se que essa expressão foi utilizada para designar ora uma consequência da democracia participativa, ora uma condição de sua possibilidade. O controle passa a ser compreendido como um contrafogo ideológico, que teria a função de contrabalançar o uso que as forças políticas conservadoras faziam do aparato estatal.

O controle social, assim, além de publicizar, democratizar e criticar a relação do Estado com os interesses dominantes é, paradoxalmente, uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental. [...] O controle social possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças e a saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde.⁽³⁸⁾

Observa-se o sentido progressista conferido a uma expressão que sempre remeteu a um poder centralizador, ou difuso, capaz de realizar a manutenção da ordem social ou construir ordens sociais específicas. Segundo Alvarez,⁽³⁹⁾ o primeiro sentido, de poder central responsável pela manutenção da ordem vigente, apareceu nas teorias clássicas da Sociologia, principalmente em Durkheim e Comte. Guardadas as devidas limitações e diferenças específicas, a expressão designava os aparatos (simbólicos ou materiais) de manutenção da ordem social, com o objetivo de garantir ou, em determinados casos, restabelecer a integração social.⁽³⁹⁾

No período pós-guerra, principalmente a partir da década de 1960, o tema passa a ter uma conotação negativa, uma vez que indica as estratégias estatais organizadas para corrigir comportamentos considerados desviantes.^(39, 40)

Segundo Silva⁽⁴⁰⁾ a introdução do conceito de controle social no vocabulário acadêmico-militante e a legitimação normativa desse conceito na Constituição Brasileira de 1988, são influenciadas pela perspectiva gramsciana de análise do Estado e da sociedade civil. Nessa perspectiva, a própria sociedade constitui-se em sujeito do controle sobre o Estado. Destaca-se que, além dessa perspectiva, o controle social - foco da ação dos conselhos - passa a ser largamente considerado como possibilidade de ampliar a cidadania, particularmente, nos

aspectos relacionados à construção da democracia.

2.3.2 A ordem moral como dimensão específica de atuação do controle social

A defesa conjunta da democracia participativa e do controle social efetivo, que sustenta ideologicamente o SUS, guarda um duplo registro: é uma aspiração política que se materializa em um determinado modelo de organização e gestão da saúde e é um reflexo da reforma sanitária brasileira, que pretendeu romper com o a centralidade da atenção médica, de origem flexineriana, e instituir um modelo que “politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde”.⁽³⁶⁾

Esse duplo registro permite uma leitura sobre a hierarquização das decisões segundo os critérios que as sustentam. Para realizar essa leitura, será utilizado o modelo teórico elaborado por Comte-Sponville,⁽⁴¹⁾ em seu texto *O capitalismo é moral?*. Nesse livro, o autor francês discute as diferentes ordens que orientam as decisões e as ações humanas, esclarece o limite de cada uma delas e descreve as relações que entre elas se estabelecem.

O estudo das ideias de Comte-Sponville pode auxiliar na compreensão do papel, ao menos teórico, desempenhado pelos conselhos de saúde, considerados na dimensão de espaços de controle social. Para tanto, é necessário expor alguns conceitos básicos oferecidos pelo autor.

Segundo esse autor, as decisões e as ações humanas estão organizadas em âmbitos específicos, cada qual com um referencial conceitual próprio a orientar as deliberações dos agentes e dotados de um alcance limitado de legitimação. De modo geral, todas as ações humanas estariam necessariamente submetidas às esferas do como fazer e do dever fazer.

Ancorado nesses dois âmbitos, Comte-Sponville posiciona as áreas do conhecimento humano em diferentes ordens, especificamente as relacionadas com a vida prática, ou seja, aquelas que afetam diretamente o plano das ações individuais e coletivas.

Cada uma dessas ordens reúne os referenciais teórico e conceitual necessários para a resolução dos problemas que lhe são próprios. Contudo, elas estão dispostas em uma escala valorativa que as organiza de forma hierárquica, o que estabelece, por sua vez, um limite para o alcance da aplicação de cada uma.

A função dessa escala valorativa proposta por Comte-Sponville é estabelecer a relação entre o campo de pertinência e a capacidade de legitimação de um dado conhecimento, para transformá-lo em referência para as ações. Não se trata, portanto, de contrapor epistemologicamente as diferentes áreas científicas, mas de questionar a amplitude da

legitimidade que ela pode oferecer quando o assunto é a responsabilidade moral.

Assim, o próprio desenvolvimento econômico e social deve ser compreendido como uma associação entre a viabilidade tecnocientífica, a sua regulação jurídica e sua legitimidade social, essa última garantida pela moralidade.

Conforme Comte-Sponville, a primeira ordem possível é a tecnocientífica. Nela são elaboradas as respostas para os problemas no âmbito do como fazer. Ou seja, nessa primeira ordem é elaborada e debatida a viabilidade científica e técnica das ações e decisões humanas.

Tal ordem é representada pelas ciências contemporâneas, em particular pelas ciências aplicadas, grandes produtoras de tecnologia. Elas podem oferecer respostas da dimensão do que é tecnicamente possível ou impossível, do que é cientificamente viável ou inviável.

Nesse sentido, não é uma competência científica responder pela questão do dever fazer. As ciências investigam os fenômenos e elaboram as teorias que podem fundamentar novas aplicações tecnológicas, mas não podem decidir, por exemplo, se as pessoas devem ou não adotar uma determinada aplicação.⁽⁴¹⁾

Os chamados avanços científicos não se tornam fatos ou se embrenham no cotidiano das pessoas por uma decisão científica ou por deliberação de um conselho de cientistas. Não cabe a eles essa decisão e esse tipo de deliberação está fora da competência da qual estão imbuídos.⁽⁴¹⁾ Tal situação se explica pelo fato dessa ordem

[...] estar estruturada internamente pela oposição entre o possível e o impossível. Tecnicamente, há o que se pode fazer (o possível) e o que não se pode fazer (o impossível). Cientificamente, há o que se pode pensar (o possivelmente verdadeiro) e o que não se pode pensar (o possivelmente falso). Mas essa fronteira interna entre possível e impossível é incapaz de limitar a ordem tecnocientífica mesma.⁽⁴²⁾

A explicação para essa incapacidade está no fato de que aquilo que é cientificamente possível, no interior do movimento de progresso científico e tecnológico, não é necessariamente legítimo ou socialmente desejado. Além disso, as fronteiras do campo científico obedecem a uma lógica que pode ser perniciosa e inclusive perigosa, se adotarmos a chamada lei de Gabor: *“todo o possível será sempre feito”*.⁽⁴³⁾ Além disso, o cientificamente válido não é, necessariamente, intrinsecamente bom.

O autor utiliza o exemplo da Economia para explicar o seu raciocínio. Na condição de ciência, ela está preocupada em revelar as leis do mercado e garantir as possibilidades de lucratividade do capital. Com ela pode-se analisar condições, avaliar quais as opções mais lucrativas e conhecer os investimentos mais atrativos. Essas capacidades são fruto da competência científica e técnica própria dessa disciplina. Contudo, certas movimentações e

determinados procedimentos, ainda que sejam orientados por um caráter exclusivamente técnico, podem produzir estragos imensos no cerne da sociedade.⁽⁴¹⁾

Por um lado, essa estrutura pode servir para as ciências da saúde de maneira geral, principalmente se for considerada a influência exercida por tecnoburocratas na gestão da saúde. E aqui se apresenta o fundamento legítimo que sustenta teoricamente a existência dos conselhos plurais: uma decisão tecnicamente correta não é, necessariamente, a mais legítima socialmente ou a mais adequada moralmente. Conceitos como socialmente legítimo ou moralmente adequado são estranhos ao fazer científico, e a ciência não reúne as condições para deliberar isoladamente sobre eles.

Por outro lado, os pressupostos e os conhecimentos científicos são importantes na tomada de decisão e na organização das ações. No entanto, somente a validade científica é insuficiente para legitimar decisões e ações, e o sentimento de dever ultrapassa os limites do exequível do ponto de vista científico. Conforme Vázquez:

[...] as ciências são um conjunto de proposições ou juízos sobre aquilo que as coisas são: enunciam ou indicam aquilo que alguma coisa é. Seus enunciados não têm um caráter normativo, isto é, não indicam o que alguma coisa deve ser.⁽⁴⁴⁾

Deve-se, portanto, limitar essa ordem tecnocientífica do exterior, para que nem tudo que seja possível seja, por isso, feito.⁽⁴¹⁾ Daí a necessidade de uma segunda ordem, a jurídico-política, que regule e estabeleça os limites legais para a ordem tecnocientífica.

Os legisladores, na condição de representantes da vontade de um povo soberano, devem instituir o limite entre a prática legal e a ilegal. Eles devem dar orientação jurídica do que pode ou não ser feito, sem que os interesses mais fundamentais da população sejam colocados em risco. Desse modo, nessa ordem, existe a oposição entre o que é autorizado por lei (legal) e o que não é autorizado (o ilegal). A construção desses polos é marcada por um jogo de oposições e forças que, no tocante à representação parlamentar, ocorre entre o governo e a oposição. No interior desse jogo, existirá o grupo majoritário, que poderá estabelecer o que é legal, quando a matéria não depender do consenso.

O Poder Judiciário também desempenha um importante papel nessa ordem, uma vez que ele é o responsável pela aplicação das leis. No caso brasileiro, essa influência pode inclusive ultrapassar os limites da aplicação. E o judiciário chegar a exercer influência direta no entendimento e na regulamentação de determinados assuntos, conforme ocorreu na discussão sobre o uso de embriões humanos em pesquisas.

As recorrentes discussões sobre as tecnologias reprodutivas, particularmente sobre as

técnicas de clonagem, também são exemplos desse tipo de conflito entre a primeira e a segunda ordem. Conflito no qual o mérito científico é colocado em perspectiva e analisado segundo os interesses políticos e os costumes que caracterizam a sociedade.

Fundamento da democracia representativa, o embate entre os grupos políticos, que se desenrola na arena parlamentar, tem a função de mimetizar, em escala reduzida, as dinâmicas sociais e garantir que as decisões legislativas sejam, na medida do possível, expressões dos anseios e desejos populares materializados no *corpus* jurídico.

O exercício legislativo tem a atribuição de legitimar socialmente certas práticas, conferindo-lhes um estatuto de ações legalmente corretas, e também de coibir outras tantas, criminalizando-as e decretando sua ilegalidade. Porém, uma vez que se dedica à discussão e aplicação formal da lei, a ordem jurídico-política também encontra um limite.

Inclusive diante do argumento de que essa ordem jurídica estaria estruturada com base nos princípios democráticos e de que seria representativa da vontade social, Comte-Sponville defende a necessidade de limitá-la. Para ele, isso se justifica por dois motivos: um individual e outro coletivo.

Do ponto de vista individual, Comte-Sponville apela ao leitor que imagine um agente fictício concebido como um legalista perfeito. Ou seja, um agente que tome a legislação como única e estrita referência para suas ações. Segundo esse autor, “nenhuma lei veda o egoísmo. Nenhuma lei veda o desprezo. Nenhuma lei veda o ódio. Nenhuma lei veda – vejam só – a maldade”.⁽⁴⁵⁾

Ou seja, ele afirma que nada, nesta segunda ordem, afastaria a possibilidade desse “espectro do canalha legalista”.⁽⁴⁵⁾ Tampouco pode haver algo na primeira ordem que possa afastá-lo. Então, também essa segunda ordem deve ser limitada “a fim de que tudo o que é tecnicamente possível e legalmente autorizado nem por isso seja feito”.⁽⁴⁵⁾

Destaca-se, por exemplo, que o Estado não pode legislar sobre situações que ele próprio não prevê. No Brasil, é muito comum, por exemplo, a expressão *brechas legais*, pelas quais passam manadas de atividades imorais. Isso acontece na medida em que a oposição monolítica entre o legal e o ilegal é formal. E, segundo os adeptos do positivismo jurídico, vale apenas o que está escrito na lei. Tal situação cria zonas nebulosas onde determinadas ações, francamente imorais, podem ser perpetradas e justificadas, por exemplo, pelo argumento simplista de que não são ilegais.

Ressalta-se o reconhecimento de que a legislação não pode ocupar o lugar da consciência moral dos indivíduos. E as pessoas não podem fazer ou deixar de tomar decisões amparando-se apenas no fato de tal ação ser ou deixar de ser legal. A ação moralmente

responsável é justamente aquela norteadada pela consciência moral das pessoas e independe da formalidade jurídica e da estrutura coercitiva do Estado.

Além disso, existe uma segunda razão para que a ordem jurídico-política seja limitada: uma razão coletiva. Segundo o autor, por soberania popular devemos compreender a capacidade de o povo alterar a própria Constituição. Isso implica dizer que não há lei fundamental, ou seja, não existe lei que possa impor-se ao povo soberano, não existe lei que a assembleia popular não possa dissolver. Embora a população não possa violá-las enquanto elas vigorarem.

Resume o autor: “não há limites democráticos contra a democracia”.⁽⁴⁶⁾ O que se coloca, portanto, é a necessidade de limitar, novamente, essa ordem jurídico-política do exterior, por meio da moralidade.

Se não podemos, individualmente, sermos canalhas legalistas, e se o povo, coletivamente, não pode instituir todas as leis que bem entenda, não é por razões jurídicas ou políticas; é por razões morais [...] É que estamos não só submetidos a certo número de impedimentos técnicos, científicos, econômicos na ordem 1, não apenas a certo número de impedimentos jurídicos e políticos na ordem 2, mas também a certo número de exigências propriamente morais.⁽⁴⁷⁾

O mesmo vale do ponto de vista coletivo: um voto majoritário, numa democracia, que decreta o que o racismo é legal (situação que é, no interior de uma república, perfeitamente possível), não mudaria a realidade imoral de tal legislação. Uma lei dessa natureza deve ser combatida e desobedecida, ainda que por uma minoria. Em situações específicas, a afirmação da moralidade pode exigir o rompimento com a lei. É assim também quando a desigualdade ou a injustiça predominam.

Os procedimentos repressores adotados pelos regimes totalitários que se desenvolveram no Brasil e no restante da América Latina, sempre que possível, buscaram se revestir de legalidade, embora fossem francamente imorais. Inclusive a legislação aplicada à área da saúde, de tempos em tempos, precisa ser revista para se adequar a problemas morais emergentes.

Nesse ponto, existe um elemento-chave na compreensão de um referencial que deveria nortear a atuação dos conselhos de saúde. É um tipo de elemento de garantia da moralidade que a presença da sociedade civil deveria se dar. Uma presença ostensiva que intimidaria a ingerência dos técnicos e dos burocratas e coibiria a exploração das brechas legais. É nessa terceira ordem, da moralidade, que o controle social passa a fazer sentido, tal como o termo é empregado na organização do Sistema Único de Saúde.

A estrutura dos conselhos, que exige a composição de 50% dos membros para

representar a sociedade civil, pode ser compreendida, portanto, como uma tentativa de garantir que, para além do que é científica ou tecnicamente possível e daquilo que é legalmente viável, a gestão da saúde contemple o bem comum, compreendido como a atenção às aspirações da comunidade.

Teoricamente, a dinâmica das discussões no espaço dos conselhos deveria tender a produzir um consenso que representasse, a um só tempo, a síntese mais acabada dessas três ordens. Contudo, existe uma distância importante entre a exposição teórica dos princípios que regem uma organização e a sua concretização ou manifestação empírica. As rupturas ideológicas, os interesses econômicos e uma série de outros obstáculos impedem uma adesão ingênua a essa ideia abstrata de “bem comum”. A sociedade civil é cindida por lutas e interesses antagônicos, e eles estão presentes no cotidiano dos conselhos.

Destaca-se, afinal, que a participação popular é necessária na medida em que a ordem tecnocientífica e a ordem jurídica não são a garantia de que as necessidades efetivas da população serão contempladas.

2.3.3 Conselhos de Saúde: a institucionalização da participação social

Com o SUS, a saúde torna-se uma questão de cidadania e a participação política, a condição de exercê-la. O estabelecimento dos conselhos de saúde representou, indubitavelmente, uma inovação. Isso pelo fato de esses conselhos estabelecerem uma nova configuração da relação Estado/sociedade civil e apresentarem inúmeros avanços com a finalidade de garantir a participação social, a experiência de aprendizado cívico. Além de estabelecerem as condições mínimas para que a negociação e a busca de um consenso democrático sobre os rumos da política sanitária no país fossem viáveis.⁽⁴⁸⁾

Para Lattman-Weltman⁽⁴⁹⁾ os conselhos de saúde, exemplos de aprimoramento e diversificação das formas institucionais, podem ser considerados uma demonstração de resposta do sistema político “às demandas da sociedade por melhor governo, melhores serviços, mais direitos, mais universalidade/universalização dos direitos”.⁽⁵⁰⁾

Esses conselhos representam um importante instrumento para a construção da autonomia popular, para a capacitação da sociedade civil e para o desenvolvimento de cidadãos mais experientes na defesa dos próprios interesses.

No Brasil, existem, hoje, mais de cinco mil e quinhentos conselhos, envolvendo cerca de cem mil cidadãos, além de um vasto número de associações, que participam, debatem e trabalham em prol da saúde.^(51,52,53) Porém a concretização das propostas de estabelecimento

do pleno controle social ainda enfrenta inúmeros desafios. Os avanços, os limites e os impasses que cercam o controle social, no SUS, vêm sendo explorados por diversos autores e constituem uma importante reflexão sobre o controle social no país.

A institucionalização do controle social, que tornou obrigatórios a criação e o funcionamento de conselhos de saúde como uma condição legal para a transferência de recursos por meio dos fundos públicos, também levou à criação de diversos tipos de conselhos de saúde, desde aqueles que são apenas cartoriais, criados para garantir o repasse de recursos federais, a outros que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS.⁽⁵⁴⁾

A fiscalização exercida pelos conselhos prioriza o funcionamento dos serviços deixando fora da pauta de discussões temas como a mudança do modelo assistencial e a capacitação de conselheiros.⁽⁵⁴⁾ Moreira⁽⁵⁵⁾ alerta que, apesar de ser preciso reforçar o papel fiscal dos conselhos, não se pode deixar em segundo plano a participação do conselho na formulação de políticas públicas e deve-se efetivar a participação social como bem político.

A sistematização dos problemas dos conselhos de saúde, realizada por Labra,⁽⁵⁶⁾ apontou a assimetria entre os membros dos conselhos de saúde, a burocratização dos conselhos, o funcionamento dependente da postura das autoridades. Também elencou as condições operacionais e de infraestrutura extremamente precárias e destacou a falta de conhecimento das atividades dos conselhos pela população.

Muitas das dificuldades enfrentadas pelos conselhos decorrem da cultura presente ao longo da história política brasileira, contexto em que há predomínio da burocracia, com ênfase em aspectos administrativos e técnicos. A legitimidade da argumentação tecnocientífica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes.^(52, 57, 58)

Essa desigualdade, que marca a inserção e o desempenho dos diferentes atores na dinâmica dos conselhos, não se restringe ao plano do saber formal. Ela também alcança, por exemplo, as condições materiais do exercício político do qual o conselheiro está incumbido. Diferentemente dos conselheiros do poder executivo, os representantes dos usuários não dispõem da infraestrutura relativa ao transporte, à disponibilidade de tempo e à assessoria institucional.⁽⁵⁸⁾ Ou seja, a participação popular é condicionada por uma série de determinações econômicas, que acabam por dificultá-la e, em alguns casos, impedi-la.

Kleba⁽⁵⁹⁾ destaca a necessidade de revisão do papel dos conselhos em virtude do grande número de atribuições voltadas à aprovação, à autorização e à fiscalização de ações e dos serviços. Isso sobrecarrega os conselheiros e inviabiliza o aprofundamento dos debates sobre a política e as prioridades, com base em metas a serem alcançadas em médio e em longo

prazo. Kleba questiona a designação de atribuições complexas aos conselheiros, quando as condições concretas e objetivas para sua participação efetiva são, por exemplo, o caráter voluntário, o tempo restrito para os encontros e a falta de estrutura física e operacional qualificada e autônoma.

A fragilidade da representação social deve ser foco de atenção também. Atualmente, a representação dos usuários caracteriza-se pelo fato de excluir a parte da população que não integra nenhum movimento social organizado. E, portanto, por não terem nenhum capital político, não concentram poder de mobilização e não conseguem expressar aquelas que seriam, efetivamente, as demandas sociais.^(54, 60)

Tanto a equidade pode ser deixada de lado, como o clientelismo pode ser reintroduzido com novas formas nos espaços de controle social do SUS. Há espaços que serviram à instrumentalização partidária ou de categorias profissionais. E sempre que as instituições participativas do SUS são silenciadas ou manipuladas, os interesses da coletividade ficam subordinados a visões estreitas, a interesses menores.⁽⁶⁰⁾

Os resultados do trabalho realizado por Cotta, Cazal e Martins⁽⁶¹⁾ informam sobre a existência de dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em partilhar o poder decisório nos espaços do conselho. Os autores indicam que se por um lado, a sociedade civil tem o direito de participar das decisões políticas do setor saúde, por outro, a desigualdade que marca as relações sociais no país faz-se presente também nos conselhos de saúde. E essa desigualdade, muitas vezes, engessa a participação política dos grupos populares, inclusive nas instâncias em que essa presença se encontra juridicamente assegurada. Ou seja, as reflexões sobre a participação social indicam, ainda, a grande dificuldade que reside na implementação prática das conquistas legais.⁽⁶²⁾

Nesse sentido, enfatiza-se que a participação política e o controle social não podem depender apenas de sua formulação legal, uma vez que eles somente se materializarão no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde.⁽⁵⁸⁾ Daí a necessária compreensão de que os conselhos de saúde não substituem os movimentos sociais e que são esses movimentos que devem nortear as ações dos conselhos.⁽³⁰⁾

A participação comunitária deve ser mais ampla do que os espaços formais de controle social, de modo a ampliar alianças com movimentos populares, com organizações não governamentais e com os órgãos públicos de controle. Assim, os conselhos de saúde poderão desempenhar seu papel e concretizar a base de sustentação de uma nova relação da população com o Estado, de maneira a formar uma rede com força expressiva na luta por mudanças na sociedade brasileira.

Os conselhos de saúde expressam, portanto, um grande desafio tanto para a sociedade civil quanto para o Estado, em diversas dimensões, entre as quais: do reconhecimento dos diferentes interesses em disputa, da capacidade de negociação sem a perda da autonomia, da construção do interesse público e da participação na formulação de políticas públicas.⁽³⁰⁾ (BRAVO, 2002). Observa-se a existência de um longo caminho para que os avanços da estrutura política possam ser capazes de assimilar as desigualdades sociais.⁽⁴⁸⁾

Ao abordar o tema da inclusão por meio da participação, sob a perspectiva dos povos indígenas, acrescenta-se à discussão um importante aspecto, o da diversidade cultural. Essa é uma questão enraizada na própria história do Brasil e pode causar tensões nas relações que se estabelecem nos conselhos de saúde. Nesse sentido, é importante conhecer o cenário multicultural que surge nesse contexto e a seguir, apresenta-se uma discussão sobre os desafios inerentes a essa relação intercultural.

2.4 INTERCULTURALIDADE

O exercício do controle social na sociedade brasileira, além dos avanços e das dificuldades descritos na seção anterior, depara-se com uma característica que o torna mais desafiador, a pluralidade cultural e a interculturalidade. O mundo atual apresenta rápidas mudanças ainda não compreendidas, que leva a um contexto dinâmico de discussão e de busca, no qual algumas questões ocupam posição central nos debates e constituem-se em expressão de matrizes teóricas e político-sociais diferenciadas.

Entre essas matrizes, destacam-se a problemática da igualdade e dos direitos humanos, em um mundo marcado por uma globalização neoliberal excludente, além das questões da diferença e do multiculturalismo, em tempos de uma mundialização³ com pretensões monoculturais.

Essas questões são abordadas por Vera Maria Candau⁽⁶³⁾ no trabalho intitulado *Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença*.

³ Renato Ortiz⁽⁶⁴⁾ distingue os termos globalização e mundialização, concebendo globalização como referida fundamentalmente à economia, “à produção, distribuição e consumo de bens e de serviços, organizados a partir de uma estratégia mundial e voltada para um mercado mundial” e mundialização como um “fenômeno social total que permeia o conjunto das manifestações culturais”.

Candau destaca a tensão presente, hoje, no debate público e nas relações internacionais, entre igualdade e diferença, impulsionada pela relação cada vez mais estreita entre questões relativas à justiça, à redistribuição, à superação das desigualdades e à democratização de oportunidades além de questões referentes ao reconhecimento de diferentes grupos culturais.

Ressalta-se a ênfase dada por Candau aos desafios da articulação e à dialética entre igualdade e diferença, entre superar toda a desigualdade e, concomitantemente, reconhecer as diferenças culturais, faz referência a Santos:⁽⁶⁵⁾ “temos o direito a ser iguais, sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”. Nesse sentido, a autora destaca a problemática suscitada pelo multiculturalismo, nascido de lutas dos grupos sociais discriminados e excluídos de uma cidadania plena e dos movimentos sociais, especialmente os relacionados às questões étnicas.

No caso brasileiro, o conflito étnico é persistente.⁽⁶⁶⁾ As relações interculturais e interétnicas constituíram-se a partir de conflitos inerentes aos ciclos econômicos da expansão colonialista, iniciada no século XVI. O processo de colonização se constituiu com base na exploração da mão de obra escrava.

As populações indígenas, resistentes à submissão escravista foram dizimadas ou expulsas para o interior do território e, em seu lugar, foram trazidos à força grandes contingentes de população negra de origem africana. Os preconceitos racistas que discriminam os negros e excluem os índios no Brasil têm raízes neste contexto histórico-social da sociedade colonial escravocrata.

A partir das revoluções industriais dos séculos XVIII-XIX, um segundo fluxo migratório ocorreu quando o Brasil, e demais países do continente, acolheu imigrantes provenientes da Europa, da Ásia e do Oriente Médio. Os diferentes grupos de novos imigrantes passaram a viver processos de conflito, de assimilação e de integração, tanto entre si quanto em relação aos grupos étnicos descendentes de indígenas, de portugueses e de africanos. Esses conflitos de natureza étnica e cultural foram sedimentados em momentos históricos anteriores e tornaram-se menos explícitos nos dias de hoje.⁽⁶⁷⁾

Porto⁽⁷⁾ evidencia a dificuldade de reconhecimento desses conflitos pela utilização de estratégias de invisibilidade. Ela destaca a obra *O povo brasileiro* de Darcy Ribeiro, na qual o autor afirma que a construção da *brasilidade*, de pertencimento ao país, foi moldada pela ambiguidade surgida da negação de cada uma das matrizes culturais que construíram o país. Ou seja, do processo de miscigenação nasceu um povo único, que não é português, não é índio e não é africano.

A abordagem dessa questão pode ser bastante complexa na atualidade, ao considerar a

abrangência dos problemas históricos de formação das sociedades pluriétnicas. Ao analisar a questão do multiculturalismo, Candau⁽⁶³⁾ aprofunda o entendimento das diversas concepções sobre esse termo e suas adjetivações, *conservador, liberal, celebratório, crítico, emancipador, revolucionário*. Ela distingue inicialmente duas abordagens fundamentais: uma descritiva e outra prescritiva.

Na abordagem descritiva afirma-se que o multiculturalismo é uma característica das sociedades atuais, na qual se enfatiza a descrição e a compreensão da construção da formação multicultural de cada contexto específico.

A perspectiva prescritiva vai além da constatação da existência de diversas culturas, de modo a ampliar o entendimento do multiculturalismo “como uma maneira de atuar, de intervir, de transformar a dinâmica social. Trata-se de um projeto, de um modo de trabalhar as relações culturais numa determinada sociedade e de conceber políticas públicas nessa direção”.⁽⁶⁸⁾

Ao entender que uma sociedade multicultural constrói-se com base em determinados parâmetros, Candau elenca três perspectivas consideradas fundamentais e que estão na base das diversas propostas: o multiculturalismo assimilacionista, o multiculturalismo diferencialista ou monoculturalismo plural e o multiculturalismo interativo, também denominado interculturalidade.

Na abordagem assimilacionista, não existe igualdade de oportunidades. Alguns grupos da sociedade não têm o mesmo acesso a determinados serviços, bens, direitos fundamentais que têm outros grupos sociais, em geral, de classe média ou alta, brancos e com altos níveis de escolarização. Na política assimilacionista, procura-se assimilar os grupos marginalizados e discriminados aos valores, às mentalidades e aos conhecimentos socialmente valorizados pela cultura hegemônica.

A abordagem denominada multiculturalismo diferencialista ou, segundo Amartya Sen, *monocultura plural*,⁽⁶⁹⁾ propõe-se a colocar a ênfase no reconhecimento da diferença, com a garantia de espaços para que as diferentes identidades culturais possam se expressar, a fim de que possam manter suas matrizes culturais de base. Porém algumas posições nessa linha terminam por ter uma visão estática e essencialista da formação das identidades culturais, que dão ênfase ao acesso aos direitos sociais e econômicos, mas favorecem seu afastamento ou isolamento sociocultural.

Diante da constatação de que essas duas posições, apesar de serem as mais desenvolvidas nas sociedades, algumas vezes convivem de maneira tensa e conflitiva, Vera Candau apoia uma terceira perspectiva, “propõe um multiculturalismo aberto e interativo, que

acentua a interculturalidade, por considerá-la a mais adequada para a construção de sociedades, democráticas e inclusivas, que articulem políticas de igualdade com políticas de identidade”.⁽⁷⁰⁾

Essa perspectiva intercultural se caracteriza pela promoção deliberada da interrelação entre diferentes grupos culturais presentes em uma determinada sociedade. Ressalta, porém, que as relações culturais estão construídas na história e, portanto, estão atravessadas por questões de poder, por relações fortemente hierarquizadas, marcadas pelo preconceito e pela discriminação de determinados grupos. Candau assume uma abordagem intercultural que se aproxima do multiculturalismo crítico, e justifica:

O multiculturalismo crítico e de resistência parte da afirmação de que o multiculturalismo tem de ser situado a partir de uma agenda política de transformação, sem a qual corre o risco de se reduzir a outra forma de acomodação à ordem social vigente. Entende as representações de raça, gênero e classe como produto das lutas sociais sobre signos e significações. Privilegia a transformação das relações sociais, culturais e institucionais em que os significados são gerados. Recusa-se a ver a cultura como não-conflitiva e argumenta que a diferença deve ser afirmada “dentro de uma política de crítica e compromisso com a justiça social”.⁽⁷⁰⁾

Catherine Walsh,⁽⁷¹⁾ ao desenvolver estudos sobre a questão intercultural na América Latina, destaca o fato de que o reconhecimento da diversidade e a promoção da inclusão dos “oprimidos”, nas instituições e nos discursos públicos, podem tornar mais complexa a abordagem dessa questão. A autora argumenta que, eles podem dar a impressão de que o “problema” está resolvido, quando na verdade, acabam por velar a realidade marcada pelo racismo e pelos processos de manipulação e cooptação dos vulneráveis.

Essa situação não contribuiria para a formação de sociedades mais equitativas e igualitárias, “mas para o controle do conflito étnico e a conservação da estabilidade social, com o fim de impulsionar os imperativos econômicos do modelo neoliberal de acumulação capitalista, agora ‘incluindo’ os grupos historicamente excluídos”.⁽⁷²⁾

Crítica semelhante é realizada por Carla Teixeira.⁽⁷³⁾ Ao analisar a política de saúde indígena recente, ela identificou que a implementação da atenção diferenciada aos índios, no campo da saúde pública brasileira, contribuiu para a produção da imagem de uma nação que se reconhece multicultural e comprometida com a inclusão social, mas que, na prática, as “especificidades etnoculturais e geográficas” estão silenciadas ou “reduzidas a meros adereços culturais sem qualquer atribuição de significado, seja em termos de ação ou de concepção de política pública”.⁽⁷⁴⁾

Para evitar as armadilhas inseridas nos discursos multiculturais, Walsh propõe a

interculturalidade crítica, e a diferencia do interculturalismo funcional:

Enquanto a interculturalidade funcional assume a diversidade cultural como eixo central, apontando seu reconhecimento e inclusão dentro da sociedade e do Estado nacionais (uni nacionais por prática e concepção) e deixando de fora os dispositivos e padrões de poder institucional-estrutural – que mantêm a desigualdade –, a interculturalidade crítica parte do problema do poder, seu padrão de racialização e da diferença (colonial, não simplesmente cultural) que foi construída em função disso. O interculturalismo funcional responde e é parte dos interesses e necessidades das instituições sociais; a interculturalidade crítica, pelo contrário, é uma construção de e a partir das pessoas que sofreram uma histórica submissão e subalternização.⁽⁷⁵⁾

Por isso, sobre as possibilidades reais de comunicação, deve-se considerar a dificuldade de se estabelecer um diálogo, que parece menos relacionada ao pluralismo moral e mais ao fato de que, segundo Gayatri Spivak,⁽⁷⁶⁾ a alteridade nunca fala.

Spivak⁽⁷⁶⁾ faz uma crítica do “falar pelo outro”, como reprodução das estruturas de poder e opressão, que mantêm o subalterno (grupos marginalizados e oprimidos) silenciado. Ainda que aqueles que decidem por todos sejam bem intencionados, estão comprometidos, de modo inexorável, com seu lugar de enunciação.⁽¹⁰⁾ De modo que, para Spivak, não se pode falar pelo subalterno, “mas pode-se trabalhar ‘contra’ a subalternidade, criando espaços nos quais o subalterno possa também ser ouvido”.⁽⁷⁷⁾

Ser ouvido é uma condição essencial para o estabelecimento do diálogo, caso contrário haveria um monólogo renomeado de diálogo. Spivak⁽⁷⁶⁾ questiona a existência do receptor para as manifestações do subalterno na estrutura colonial de poder hegemônico, o que anularia sua voz. Portanto, se a noção de diálogo for apenas retórica, pouco se pode fazer para avançar nesse contexto. E isso se coloca de modo crítico diante da perspectiva da implementação do controle social indígena como uma das instâncias de diálogo intercultural.

A seguir, apresenta-se uma contextualização sobre os povos indígenas no Brasil, com ênfase nas formas relacionais com o Estado no campo da saúde, contexto em que emergem todas as questões descritas anteriormente: as desigualdades, a exclusão e a relação intercultural.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 DEFINIÇÃO DE POVOS INDÍGENAS

O que é “ser indígena”? Não há nenhum acordo geral sobre esta definição, os antropólogos discordam sobre a resposta a esta pergunta e os próprios indígenas apresentam diferentes pontos de vista nas diversas regiões do mundo.

Na Austrália, na Nova Zelândia, nos Estados Unidos e no Canadá, e em larga medida na América Latina, a interpretação é clara, por possibilitar uma distinção entre povos nativos e colonos europeus. Em outras áreas, inclusive na Ásia e no Oriente Médio, as distinções são menos claras, a colonização teve lugar entre grupos étnicos dentro e entre países, e em alguns casos as populações nativas foram quase que totalmente erradicadas.⁽⁷⁸⁾

Em outros contextos, as hierarquias sociais, como o sistema de castas indiano, estabelecem categorias de posição social de nascimento, com alguns grupos reconhecidos como indígenas e tribais de acordo com a base sociocultural. Na África, a definição torna-se ainda mais complexa. A história colonial europeia, juntamente com os efeitos do *apartheid*, da guerra civil e do genocídio criaram uma plataforma altamente politizada para essa discussão. Todos os africanos afirmam serem índios em comparação com os colonizadores brancos.⁽⁷⁸⁾

Portanto, a tentativa para se estabelecer uma definição mundial tornou-se um constante desafio para os fóruns internacionais. O conceito de povos indígenas foi abordado, mais recentemente, em um documento preparado pelo Secretariado do Fórum Permanente sobre Assuntos Indígenas da União das Nações Unidas – ONU, para um workshop sobre o tema realizado em 2004.⁽⁷⁹⁾

Esse documento apresenta a visão predominante de que, atualmente, não é necessária uma definição universal e formal do conceito de "povos indígenas" e indica que, para fins práticos, a compreensão do termo comumente aceita é aquela fornecida no estudo de José R. Martinez Cobo, relator especial da Sub-Comissão sobre Prevenção da Discriminação e Proteção das Minorias.

Segundo Cobo,⁽⁷⁹⁾ as comunidades indígenas, povos e nações são aqueles que, tendo uma continuidade histórica com a pré-invasão e as sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios, consideram-se distintas dos outros setores das sociedades existentes atualmente naqueles territórios. Eles formam setores não dominantes da sociedade e estão determinados a preservar, desenvolver e transmitir às futuras gerações os seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base da sua existência continuada como

povos, em conformidade com os padrões culturais, com as instituições sociais e com o sistema legal que lhe são próprios.

A autoidentificação indígena também é considerada como um elemento fundamental na sua definição. Em uma base individual, uma pessoa indígena é aquela que pertence aos povos indígenas por meio da autoidentificação como indígenas (consciência do grupo) e é reconhecida e aceita pelo grupo como um dos seus membros. Isso preserva a essas comunidades o direito soberano e poder de decidir quem pertence a eles, sem interferências externas.

A compreensão sobre o conceito de "povos indígenas e tribais" também está contida no artigo 1º da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, aprovada pela Organização Internacional do Trabalho. Em vez de uma definição, o documento indica que a Convenção se aplica a:

a) aos povos tribais em países independentes, cujas condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial; b) aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas.⁽⁸⁰⁾

O Artigo 1º indica também que a autoidentificação como indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos quais as disposições da Convenção 169 se aplicam.

Embora o entendimento sobre a definição de povos indígenas seja amplamente abordado, a complexidade de identificação desses povos traz também um componente de natureza política. Em alguns países, o significado de ser chamado de indígena⁴ mudou ao longo do tempo: passou de um termo pejorativo a um motivo de orgulho, que tem dado às pessoas o acesso a seus direitos e a suas terras. O fator mais reconhecido é a autoidentificação de indígena e a aceitação do grupo, e muitos governos têm incluído os índices desta natureza

⁴ Expressões próprias são utilizadas nos diferentes países para se referir aos povos indígenas. No Canadá os grupos indígenas se identificam como "First Nations" (Primeiras Nações), nos Estados Unidos, como "Indians" (Indígenas) ou "Native Americans" (Americanos nativos), sendo que no Brasil é mais comumente utilizado o termo "Índios" ou "Populações Indígenas".

em censo nacional. Tais fatores permitem a desagregação dos dados por grupo étnico ou cultural e uma compreensão mais precisa dos vários aspectos da demografia indígena e status socioeconômico dentro de estados-nação.⁽⁷⁸⁾

O conhecimento e a identificação da população indígena de um país são fundamentais para orientar e avaliar as políticas públicas para esses povos. No mundo existem mais de trezentos e cinquenta milhões de pessoas indígenas, em mais de setenta países, com mais de cinco mil línguas e culturas. A América Latina e o Caribe contam com uma população indígena em torno de 45 a 48 milhões de pessoas em mais de quatrocentos diferentes grupos indígenas.⁽⁷⁸⁾

No Brasil, identifica-se ainda a falta de sistemas de informação detalhados e com ampla cobertura da população indígena. A antropóloga e demógrafa Marta Azevedo atribui a falta de conhecimento do quantitativo da população indígena brasileira à ausência de um censo indígena no Brasil. Segundo ela, os levantamentos têm sido feitos por agências governamentais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a Fundação Nacional do Índio – Funai e a Fundação Nacional de Saúde – Funasa ou pela Igreja Católica – Cimi e pelo Instituto Socioambiental, que se baseiam numa colagem de informações heterogêneas, que indicam para estimativas globais as quais oscilam entre quatrocentos e cinquenta mil e mais de setecentos mil.⁽⁸¹⁾

Além disso, variam os critérios censitários e as datas, há povos sobre os quais simplesmente não há informações e sabe-se pouco sobre os índios que vivem nas cidades. Até o número de povos varia, seja pela identificação de novos grupos de índios isolados ou porque novos povos passam a reivindicar a condição indígena.⁽⁸¹⁾

A Funai tem estimado a população indígena residente em terras indígenas em cerca de quatrocentas mil pessoas. O IBGE, no censo 2000, contabilizou 734.127 (e mais de oitocentos mil em 2010) pessoas autodeclaradas indígenas, o que inclui pessoas que se reconhecem descendentes de indígenas, mas não sabem dizer a qual povo/etnia pertencem ou pertenciam seus antepassados. Porém, segundo Marta Azevedo, o número total contabilizado pela Funasa é o que parece mais se aproximar da realidade.⁽⁸¹⁾ No entanto, os dados da Funasa se referem apenas à população atendida nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que em sua quase totalidade residem em aldeias.

Em 2010, foram cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – Siasi, da Funasa, 591.636 indígenas, distribuídos em 4.774 aldeias dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 estados brasileiros. Ainda segundo o Siasi, nas regiões Norte e Centro-Oeste do país residem 64% da população

indígena, em 98% das terras indígenas. Em contrapartida, nas demais regiões localizam-se apenas 2% das terras indígenas legalizadas e em processo de legalização, com 36% da população indígena do país.⁽⁸²⁾

A população indígena corresponde a menos de um por cento da população brasileira. Os aglomerados populacionais que caracterizam esses povos são comumente de pequeno porte. Segundo o Instituto Socioambiental, 49,55% dos povos indígenas têm até quinhentas pessoas, 14,55% têm entre quinhentas e mil pessoas, 25% têm entre mil e cinco mil pessoas, e apenas quatro povos indígenas apresentam mais de vinte mil pessoas. Além desses, há estimativa de que existam entre cem e cento e noventa mil índios vivendo fora das terras indígenas e 63 referências de grupos indígenas ainda não contatados.⁽⁸³⁾

A complexidade do conhecimento sobre esses povos aumenta em virtude de essa população não ser homogênea. Atualmente, no Brasil, são conhecidas 225 etnias e cerca de cento e oitenta línguas.⁽⁸⁴⁾ Essas etnias constituem povos que diferem nos hábitos e nas culturas, nas formas de organização social e política, nos rituais, nas cosmologias, nos mitos, nas formas de expressão artística, nas habitações, na maneira de se relacionarem com o ambiente em que vivem, etc.

Outra característica dos povos indígenas se refere às formas de contato que eles mantiveram e/ou mantêm com os não índios. Essas relações variam desde relações pacíficas ao contato violento, se é mais antigo ou recente, se direto com a população regional (fazendeiros, posseiros, madeireiros, garimpeiros, pescadores etc.) ou mediado por alguma instituição, governamental ou não governamental, laica ou religiosa.

Um exemplo de contato violento é o caso dos Rikbaktsa, que vivem no estado do Mato Grosso e tiveram 75% da sua população dizimada na década de 1950 até o início de 1960, resultante de conflitos armados com seringalistas, madeireiros, mineradores e fazendeiros da região. Entretanto, em alguns casos, o enfrentamento hostil na relação inicial entre índios e não índios pode dar lugar a relações razoavelmente pacíficas e inclusive desejáveis, como é o caso dos povos que vivem no Parque Indígena do Xingu. E demais povos que têm desenvolvido parcerias com organizações de apoio da sociedade civil brasileira, realizando projetos na área de saúde, de educação, de alternativas econômicas entre outros.⁽⁸⁵⁾

São comuns os casos de convivência com missões católicas ou protestantes, conforme pode ser observado, respectivamente, entre os Makuxi e os Taurepang, ambos localizados na região do lavrado, no estado de Roraima. A maneira como cada povo inserir-se na sociedade brasileira é bastante variada. Há povos cujos membros trabalham no mercado regional e são

assalariados, a exemplo dos Guarani Kaiowá, envolvidos em atividades de corte de cana-de-açúcar para as destilarias de álcool do estado do Mato Grosso do Sul. Há aqueles que vivem em centros urbanos, como as famílias de Sateré-Mawé na periferia de Manaus e os Pankararu, migrantes do estado de Pernambuco que, atualmente, habitam a favela Real Parque na cidade de São Paulo.⁽⁸⁵⁾

Ressalta-se que os índios são cidadãos brasileiros que podem votar e se candidatar. Em 2000 foram eleitos oitenta índios, entre vereadores, vice-prefeitos e um prefeito. Nas eleições de 2008 foram registradas mais de trezentos e cinquenta candidaturas indígenas em cento e cinquenta municípios brasileiros, espalhados por 21 Estados da Federação. Porém, ao contrário dos que participam intensamente de várias esferas da sociedade brasileira, existem grupos que recusam o contato com a população não indígena, dentre eles os grupos que habitam a Terra Indígena Vale do Javari, no estado do Amazonas.⁽⁸⁵⁾

Destaca-se, no entanto, que as culturas das sociedades indígenas modificam-se constantemente e reelaboram-se com o passar do tempo, como a cultura de qualquer outra sociedade humana. E isso aconteceria mesmo que não houvesse ocorrido o contato com as sociedades não indígenas. O contato com a população nacional envolvente e com as novas tecnologias, ou o fato de falarem português e vestirem roupas iguais às dos outros membros da sociedade nacional, com que estão em contato, não faz com que os povos indígenas percam a identidade étnica.

A diversidade cultural pode ser enfocada tanto sob o ponto de vista das diferenças existentes entre as sociedades indígenas e as não indígenas, quanto sob o ponto de vista das diferenças entre as muitas sociedades indígenas que vivem no Brasil. O contato entre realidades socioculturais diferentes, e o convívio entre elas, estará sempre presente em um país pluriétnico, e este é o caso do Brasil.

3.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Em todos continentes, observa-se que os povos indígenas padecem de indicadores de saúde inferiores aos da população em geral. Inclusive em países de renda per capita bem mais alta que a do Brasil há inúmeras dificuldades em estruturar sistemas capazes de reverterem as desigualdades em saúde entre os cidadãos indígenas e não indígenas.⁽⁸¹⁾

Os estudos existentes sugerem que, na maioria dos países latino-americanos, as pessoas indígenas têm maior taxa de indicadores de mortalidade e de morbidade comparados aos não indígenas e, em alguns casos, indianidade pode ser um indicador de pobreza.⁽⁸⁶⁾

Há apenas dez anos o Brasil era marcado por um quadro de “invisibilidade epidemiológica” dos povos indígenas. Isso em virtude da falta de informação, em consequência da baixa produção de investigações, da ausência de inquéritos e censos específicos, e, ainda, por conta da incapacidade de os sistemas de informação de saúde do país em disponibilizarem dados epidemiológicos segundo a etnia.⁽⁸⁷⁾

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, com implantação iniciada a partir de 2001, pretendia reverter essa situação, porém esse sistema ainda apresenta limitações e inconsistências. As principais limitações do Siasi referem-se aos instrumentos de coleta, à capacitação dos recursos humanos, à ausência de interface com os demais sistemas nacionais de informação em saúde, à dificuldade de acesso às informações e à não utilização das informações para o planejamento das ações.⁽⁸⁸⁾

Apesar de não ser possível, ainda, traçar um quadro epidemiológico satisfatório dos povos indígenas, que permita análises aprofundadas, é possível traçar um perfil de saúde desses povos baseando-se em estudos e na literatura técnica e científica disponível.

As doenças infecciosas e parasitárias são a principal causa de adoecimento e morte de indígenas no Brasil. Eles apresentam, em geral, maiores taxas que na população nacional.⁽⁸⁹⁾ Por exemplo, segundo dados da Funasa,⁽⁸²⁾ em 2009, o coeficiente de incidência de Tuberculose, de todas as formas, entre a população indígena foi de 80,9 por cem mil habitantes, ao passo que no restante da população brasileira foi de 37,41.⁽⁹⁰⁾

Na região Amazônica a malária tem sido uma das principais doenças que acometem os povos indígenas. A partir de 2004 ocorreu um aumento da incidência de malária em todos os povos indígenas, o número de casos diagnosticados saltou de 13.911 em 2004 para 33.693 em 2007.⁽⁸¹⁾

Estudos recentes indicam a desnutrição de crianças indígenas um grave problema de saúde pública. O primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008 e em 2009, revelou informações importantes. A anemia foi diagnosticada entre os povos indígenas e atingiu 51,3% das crianças. Os índices verificados entre as mulheres, que chegam a 32,7%, são muito superiores aos descritos em pesquisas para a população brasileira em geral.⁽⁹¹⁾

O estudo registra, ainda, a emergência de sobrepeso e obesidade em jovens e adultos indígenas e a ocorrência expressiva de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes. Segundo esse inquérito, além da mudança no padrão alimentar, verifica-se também tendência à redução da frequência e da intensidade da atividade física, por conta das alterações nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamentos.⁽⁹¹⁾

Um importante indicador das condições de vida da população é a Taxa de Mortalidade Infantil – TMI, pois reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, de acesso e da qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Em 2000 a TMI indígena era de 74,6, passando para 48,6 em 2006 e para 41,9 em 2009.⁽⁸²⁾ No entanto, apesar da redução significativa da TMI indígena, ela apresenta valores acima da TMI da população geral (20,7 em 2006).

A esperança de vida ao nascer é um indicador demográfico utilizado para avaliar as condições de saúde populacionais e expressa a probabilidade de tempo de vida média de uma população quando exposta a um determinado padrão de mortalidade existente. Quando trabalhada na perspectiva racial, permite revelar mais um aspecto do processo de estratificação social existente no Brasil. No estudo realizado por Paixão e colaboradores⁽⁹²⁾ a esperança de vida ao nascer da população brasileira, em 2000, foi estimada em 70,4 anos.

Quando os dados foram classificados por grupos de raça/cor revelaram que o grupo com maior esperança de vida ao nascer foi o contingente amarelo, com uma expectativa de vida de 75,75 anos. A esperança de vida ao nascer para os brancos era de 73,99 anos e para os negros (pretos e pardos) era de 67,87 anos. O contingente racial que apresentou a menor esperança de vida ao nascer foram os indígenas: 66,57 anos.⁽⁹²⁾

Conforme destacou-se anteriormente, a ausência de informações confiáveis tem gerado deficiências na vigilância à saúde da maioria dos povos indígenas. Ainda assim os indicadores para os povos indígenas mostram uma situação de mais vulnerabilidade.^(81, 89) Isso evidencia os contrastes e as desigualdades da situação de saúde dos indígenas em relação a outros segmentos da sociedade nacional.⁽⁹³⁾

3.3 MOVIMENTO INDÍGENA

3.3.1 Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais

A defesa da sobrevivência e a reivindicação do direito de resistir aos processos de colonização levaram os povos indígenas e tribais do mundo todo, durante a segunda metade do século XX, a conformar movimentos políticos pautados no discurso jurídico dos direitos humanos.

Esse movimento envolveu a ONU que adotou, em 2007, a primeira Declaração sobre os Direitos Indígenas. Porém, a OIT já iniciava, na década de 1920, a discussão sobre as

condições precárias dos trabalhadores indígenas, geralmente reduzidos à situação de extrema pobreza devido à discriminação no trabalho, à submissão de prática de trabalhos forçados e às constantes violações dos seus direitos territoriais.⁽⁹⁴⁾

Em 1957 a OIT aprovou a Convenção 107 – C107, que aborda a proteção e integração das populações indígenas e de outras populações tribais e semitribais de países independentes. Contudo, essa Convenção vinculou o “desenvolvimento” das populações indígenas e tribais à sua “integração” com a sociedade nacional, entendendo que as sociedades cuja organização econômica e social fosse diferente do modelo da civilização europeia seriam “atrasadas”, por outro lado, quanto mais integradas, mais seriam “adiantadas”.⁽⁹⁴⁾

Nos anos que se seguiram, líderes indígenas, apoiados por organizações de direitos civis e políticos e organizações indigenistas, prosseguiram com o debate sobre a discriminação contra as populações indígenas. Essa discussão ganhou espaço na ONU que em 1971 encomendou um estudo sobre a questão e realizou, em 1977, a Conferência de Organizações Não-Governamentais sobre a Discriminação contra Populações Indígenas.

Esse tema foi pauta de conferências realizadas pelo Grupo de Trabalho sobre Populações Indígenas, criado em 1981 no âmbito da Subcomissão para a Prevenção de Discriminação e Proteção das Minorias da Comissão de Direitos Humanos da ONU. As reuniões desse grupo eram abertas e contaram com a participação de representantes indígenas. Esse movimento levou ao reconhecimento da necessidade de se rever a C107, o que resultou na Convenção 169, adotada pela OIT em 1989.

Diferentemente da visão integracionista da C107, a Convenção 169 teve o objetivo de promover a realização dos direitos sociais, econômicos e culturais dos povos indígenas e tribais e favorecer a participação desses povos no processo de desenvolvimento nacional. Um dos principais avanços da C169 diz respeito à consulta prévia, com base no reconhecimento de que parte dos problemas enfrentados pelos povos indígenas e tribais de todo o mundo deva-se à exclusão deles do processo de tomada de decisões sobre o modelo de desenvolvimento a ser adotado.

A C169 estabeleceu o dever dos Estados de consultar os povos indígenas e tribais antes de decidir sobre medidas administrativas ou legislativas que os afetem. Esse mecanismo permitiria, portanto, “a criação de um espírito de diálogo nas relações dos povos indígenas, tribais e governos”.⁽⁹⁵⁾ Essa norma internacional toma caráter de lei ordinária ao ser ratificada pelo Brasil, por meio do Decreto Legislativo nº 143, de 20 de junho de 2002, que entrou em vigor em 2003.⁽⁹⁶⁾

3.3.2 O Movimento Indígena Brasileiro

Movimento indígena é o conjunto de estratégias e ações que as comunidades e as organizações indígenas desenvolvem em defesa de seus direitos e interesses coletivos. Essa é a definição colocada no livro “O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje” de Gersem dos Santos Luciano, índio da etnia Baniwa.⁽⁹⁷⁾

O autor destaca que organização indígena não é o mesmo que movimento indígena, embora seja uma parte importante dele. Afirma também que um indígena não precisa pertencer formalmente a uma organização para estar incluído no movimento indígena, pois existem pessoas, lideranças, comunidades, povos e organizações indígenas que desenvolvem ações conjuntas e articuladas em torno de uma agenda de trabalho e de luta mais ou menos comum em defesa de interesses coletivos também comuns.

Portanto, no Brasil, existem muitos movimentos indígenas, uma vez que cada aldeia, cada povo, ou território indígena estabelece e desenvolve o seu movimento. De qualquer forma, entende-se como 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”.⁽⁹⁸⁾

Nesta seção, foram destacados momentos do Movimento Indígena Brasileiro que ilustram o contexto histórico em que se estabelece a relação dos povos indígenas com o Estado e que, conseqüentemente, influenciaram a discussão da política de saúde para esses povos.

A relação entre os povos indígenas e a sociedade nacional foi marcada por inúmeros conflitos, a maior parte deles causados pela “noção genérica de ‘índio’ como sinônimo ‘do atraso’ a ser superado no país”.⁽⁹⁹⁾

O desenvolvimento de uma política de integração, com base na noção de tutela, explícita no Estatuto do Índio, significou a ausência dos direitos plenos de cidadania. O processo de instauração da tutela incluía o não reconhecimento da organização política indígena. E, assim, cabia aos funcionários estatais administrar os mecanismos de representação política indígena assim como as suas relações com os não índios.⁽⁶⁾

A Constituição brasileira de 1988 rompe com essa perspectiva ao assumir o caráter pluriétnico da nação brasileira. Nessa constituição, foi determinando ao Estado o dever de garantir o direito de os índios manterem a identidade étnica e as formas de organização social, os costumes, as línguas, as crenças. Além dos direitos originários sobre as terras que os

indígenas tradicionalmente ocupam, “exigindo uma total inversão de suas ações historicamente voltadas para a integração dos índios que passam a ser vistos como cidadãos etnicamente diferenciados”.⁽¹⁰⁰⁾

A Constituição Federal de 1988 leva também à multiplicação do número de associações e de organizações indígenas, que surgiram nos anos de 1970-1980, e passaram a ser os principais representantes da população indígena junto à sociedade nacional envolvente. Isso se deve ao fato de a nova constituição criar a possibilidade dessas associações se constituírem como pessoas jurídicas. Outro fator importante assinalado pelo antropólogo Albert⁽¹⁰¹⁾ para a multiplicação das associações indígenas foi a retração da gestão estatal direta da “questão indígena” no país, que ficou circunscrita quase inteiramente à problemática das demarcações dos territórios indígenas.

No contexto internacional, Albert⁽¹⁰¹⁾ destaca a internacionalização das “questões ambientais” e dos direitos das minorias, além do crescente processo de cooperação entre Organizações Não Governamentais – ONGs. Especificamente indica as agendas ambientalistas e sociais na formulação de projetos que articulam objetivos voltados para a conservação ambiental e para o desenvolvimento local.

As associações indígenas tornaram-se importantes mecanismos que possibilitaram lidar com o mundo institucional, além de tratar de demandas territoriais (demarcação de terras e controle de recursos naturais), assistenciais (saúde, educação, transporte e comunicação) e comerciais (colocação de produtos no mercado). Em 2006 havia mais de setecentas organizações indígenas formais de diferentes níveis (comunitárias, locais e regionais) e naturezas (de povos, de categorias profissionais, geográficas, de gênero, sindicais etc.), muitas delas representavam etnias ou regiões específicas.⁽⁹⁷⁾

Porém, ainda na década de 1970, o “movimento indígena assumiu o caráter *pan-indígena*, com a promoção da organização pluriétnica dos índios em defesa de seus direitos dentro do Estado brasileiro”.⁽¹⁰²⁾ Essa organização de grupos indígenas surgida de uma identidade supraétnica resultou na criação, em 1979, de uma organização indígena de caráter nacional, a União das Nações Indígenas – UNI, que funcionou como um polo de articulação de lideranças indígenas e de organizações de apoio à causa indígena. Ela se tornou a principal responsável pela campanha *Povos Indígenas na Constituinte*, juntamente com o Conselho Indigenista Missionário.

Conforme afirma Verdum,⁽¹⁰³⁾ a mobilização dos povos indígenas na Constituinte deu visibilidade às questões indígenas e possibilitou o apoio de parlamentares de diferentes matizes à inclusão de um capítulo específico na atual Constituição Federal. O capítulo

intitulado *Dos Índios* é fundamental para o futuro das campanhas de defesa e promoção dos direitos indígenas no país.

Atualmente, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – Apib, criada em 2005, é instância de referência nacional do movimento indígena. Entre outros objetivos, visa ao fortalecimento da união dos povos indígenas, à articulação entre as diferentes regiões, à discussão e à socialização da política do movimento indígena. E, sobretudo, à mobilização de todos os povos e organizações indígenas do país, para impedir o retrocesso nos direitos indígenas.⁽¹⁰⁴⁾

Segundo Gersem Baniwa,⁽⁹⁷⁾ a ideia de um movimento indígena nacional articulado é importante para superar uma visão antiga de que a diversidade de culturas indígenas levaria à rivalidade entre esses povos, o que impediria o surgimento de um movimento indígena representativo. Ele afirma que essa visão distorcida favorece os propósitos de dominação, manipulação e cooptação dos índios em favor dos interesses políticos e econômicos do Estado. E acrescenta que essa perspectiva dificulta o reconhecimento das organizações indígenas na qualidade de interlocutoras ou de agentes políticos das comunidades indígenas, com o argumento de que “os povos indígenas, na sua totalidade, não aceitariam ser representados por alguma organização indígena”.⁽¹⁰⁵⁾

O surgimento de organizações indígenas também modificou a configuração dos espaços de poder nas comunidades e nos povos indígenas, com o estabelecimento de novas lideranças. As lideranças tradicionais (por exemplo, os caciques ou tuxauas), têm a função de organizar, articular e representar a aldeia, ou o povo, diante de outros povos e seguem as regras herdadas dos seus pais ou ancestrais e aceitas pelo grupo. As “novas lideranças” (ou lideranças políticas) são as que recebem tarefas específicas para atuar nas relações com a sociedade não indígena. Geralmente exercem funções como dirigentes de organizações indígenas formais ou de intermediários e de interlocutores entre as comunidades indígenas e as sociedades regional, nacional e internacional com base em uma opção pelo modelo branco.⁽⁹⁷⁾

No campo da saúde, o movimento indígena conviveu, a partir de 1999, com novos interlocutores dos povos indígenas na relação com o Estado, que são os conselheiros de saúde. Esses, por sua vez, surgem de uma demanda do próprio Estado, como parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no qual se instituíram os espaços de controle social.

A seguir faz-se uma retrospectiva histórica da atenção à saúde dos povos indígenas que culminou na criação desse subsistema, a fim de compreender a importância e o significado da inclusão e da participação desses povos.

3.4 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - DAS MISSÕES AO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

3.4.1 Histórico

A assistência à saúde para a população indígena brasileira pode ser identificada desde o início da colonização portuguesa, realizada por missionários geralmente ligados a entidades religiosas. No início do século XX, os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, causadas pela expansão das fronteiras econômicas, levaram à criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILTN, mais tarde chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio).

Nesse período, começou-se a esboçar uma política indigenista, na qual os índios ainda eram vistos como passíveis de "evolução" e de integração à sociedade nacional. E não se instituiu, entretanto, qualquer forma sistemática de prestação de serviços de saúde a esses povos. A assistência à saúde restringia-se a planos emergenciais ou ações inseridas em processos de "pacificação".^(106, 107)

As ações de atenção básica de saúde à população indígena e rural em áreas de difícil acesso, por exemplo, a vacinação, o atendimento odontológico e o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis, começam a ocorrer a partir de 1956, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – Susa, ligado administrativamente ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde.

Contudo, em 1967 ocorrem mudanças significativas, com a extinção do SPI e com a criação de uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do Susa, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio. Em 1968, a Funai cria as Equipes Volantes de Saúde, que prestavam assistência médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.⁽¹⁰⁶⁾ O Susa é, então, rebatizado com o nome de Unidade de Atendimento Especial e passa a trabalhar apenas com tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da Funai.

O trabalho da Funai foi diretamente influenciado pelo regime militar do governo brasileiro que via, no índio, um obstáculo ao desenvolvimento do país, posição expressa no "Estatuto do Índio", divulgado em fins de 1970 e aprovado na forma de lei em 1973. Esse estatuto colocou a função de tutela do Estado em relação aos índios, ou seja, o destino da população indígena era externamente imposto e determinado pelo governo nacional.⁽¹⁰⁷⁾ A

estruturação dos serviços de saúde realizados pela Funai foi marcada por inúmeros problemas, suas ações eram esporádicas e realizadas em escala e com a capacidade operacional e administrativa insuficientes.⁽¹⁰⁸⁾

Em 1986, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento sanitário com a realização da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde.^(1, 109) Esse evento lançou as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos índios, integrado ao sistema nacional.

E foi nesse evento que se enfatizou a importância da participação indígena em todos os momentos de decisão, de formulação e de planejamento das ações e dos serviços de saúde. E também na implantação, na execução e na avaliação desse sistema, o que influenciou diretamente a constituição de 1988 e fez surgir um novo paradigma na relação do Estado nacional com os povos indígenas.^(106, 110)

A partir daí constitui-se uma rede de instrumentos legais e de estruturas administrativas que reforçariam essa ideia. Dentre as quais se destaca o Decreto nº 23, de fevereiro de 1991, que além de transferir a responsabilidade das ações de saúde dos povos indígenas para o Ministério da Saúde, aponta para a criação de um modelo diferenciado. Conforme descrito em seu artigo 4º, parágrafo 1º: “[...] as ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitário de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”.⁽¹¹¹⁾

As ações de saúde indígena passaram, então, a ser coordenadas e executadas pela Coordenação de Saúde do Índio, subordinada ao Departamento de Operações da Funasa, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.^(106, 112)

Ainda em 1991, foi criado o Distrito Sanitário Yanomami e instituída a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi com a missão de assessorar o Conselho Nacional de Saúde – CNS no acompanhamento da saúde dos povos indígenas, por meio da articulação com governos e com a sociedade civil organizada.

As críticas ainda existentes em relação à política de saúde indígena vigente levaram à realização do I Fórum Nacional de Saúde Indígena – FNSI, em Brasília, no mês de abril de 1993. Nesse fórum, propunha-se estabelecer o diagnóstico e indicar soluções para os principais problemas políticos e operacionais da saúde indígena. O evento constituiu-se um espaço democrático de discussão ao contar com a participação das instituições e das entidades envolvidas em projetos de saúde em áreas indígenas do Brasil e também de representantes

indígenas.⁽¹⁰⁹⁾

Um dos resultados I FNSI, foi a instalação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena – Nisi, por meio da Portaria nº 540 da Fundação Nacional de Saúde, de 18 de maio de 1993. Esses núcleos atuavam na qualidade de instâncias de controle social em cada estado e visavam a implantar dos Dseis.

Segundo Magalhães,⁽¹¹⁰⁾ os Nisi foram concebidos para viabilizar a instalação dos conselhos distritais de saúde. Portanto, identifica-se, nesse momento, a primeira iniciativa no sentido de criar mecanismos formais de controle social na saúde indígena. Esse fórum recomendou também a convocação da segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas – II CNSPI, realizada em novembro de 1993, que reafirmou a responsabilidade Federal pela atenção à saúde indígena, defendeu o modelo assistencial baseado no Dsei e propôs a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência.

Na contramão desse processo, o Decreto Presidencial nº 1.141, de 19 de maio de 1994, constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde, que dividiu as atribuições da saúde indígena entre a Funai/Ministério da Justiça, que assumiu a assistência primária à saúde, e a Funasa/Ministério da Saúde, que passou a se responsabilizar apenas pela prevenção, controle de endemias e desenvolvimento comunitário. Essa divisão de responsabilidades, no entanto, se deu de forma fragmentada e conflituosa.^(110, 112)

Porém, em junho de 1994, o deputado Sérgio Arouca, com base as propostas da II CNSPI, apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4681-D⁽¹¹³⁾ que se tornou foco das discussões e lutas do movimento sanitário indígena. O Projeto propôs a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a fim de sanar a omissão do Estado com relação às questões que se referiam à saúde das populações indígenas, deixadas à parte pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Esse Projeto tornou-se Lei em 1999 e foi denominada Lei Arouca (Lei nº 9.836/99).

A Lei Arouca se tornou o principal aporte legal para a saúde indígena, juntamente 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. Também transfere integralmente para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e, para a Funasa, a execução dessas políticas e diretrizes.

Ao atender os preceitos constitucionais relativos aos direitos dos índios, que definem como responsabilidade indelegável da União a sua assistência, a Lei Arouca possibilitou a

realização de adaptações na estrutura e no funcionamento do SUS.⁽¹¹²⁾ Favoreceu também a criação de um subsistema de responsabilidade federal, em um momento em que o SUS fortalecia a descentralização da execução das ações de saúde para os estados e os municípios.

A resistência dos índios à municipalização da atenção à saúde indígena está relacionada à histórica divergência que marcou a relação entre esses povos e a sociedade envolvente. Essa relação é intensamente caracterizada por disputas por terras e conflitos étnicos permeados por interesses políticos e econômicos.

3.4.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O processo de implantação da nova política iniciou-se no segundo semestre de 1999 com a criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas. Essa foi a forma encontrada para superar as deficiências de cobertura, de acesso e de aceitabilidade do SUS para essa população. Na oportunidade, foram adotadas medidas que pudessem tornar factível e eficaz a aplicação dos princípios e das diretrizes de descentralização, de universalidade, de equidade e de controle social.⁽¹¹²⁾

Para a criação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram utilizados critérios que consideraram: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e a infraestrutura; as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

O Distrito Sanitário Especial Indígena, como modelo de organização de serviços, configura, portanto, um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal (com ação complementar por estados, municípios e ONGs) com uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos, etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, além do controle social exercido pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.⁽¹¹²⁾

A proposta de adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, com uma rede de atenção básica nas terras indígenas, baseia-se no respeito aos sistemas de representações, aos valores e às práticas dos povos indígenas. E também na consideração às especificidades culturais e epidemiológicas e no desenvolvimento e uso de tecnologias apropriadas.

Essa proposta impõe às equipes de saúde que trabalham no subsistema uma atuação

diferenciada, pois em um contexto intercultural é preciso interagir de acordo com as regras de convivência estabelecidas pelos povos indígenas. Inclusive porque a maioria das equipes atua em territórios indígenas, ou seja, nas aldeias.

Os profissionais de saúde e os gestores que se propõem a desenvolver atividades junto a esses povos deparam-se com uma situação de inversão de posições tradicionalmente estabelecidas, na atuação junto à população comumente atendida no SUS, cujas ações de saúde são centradas no saber médico. Em postos de saúde e hospitais o “chefe” é o profissional de saúde ou o gestor. Essa situação é “aceita”, inclusive pela situação de vulnerabilidade social em que se encontra a maior parte dos usuários desse serviço.

Apesar de a situação de vulnerabilidade social também estar presente nas populações indígenas, o fato de a prática de saúde ser realizada no território indígena, em que as lideranças e chefias são estabelecidas de acordo com a cultura de cada etnia, leva os profissionais de saúde a uma posição mais horizontal com os usuários. Haja vista que a atuação das equipes de saúde junto à população indígena deve partir primeiramente do consentimento das comunidades.

Os procedimentos de saúde mais simples, como a vacinação, por exemplo, quando são realizados na população indígena não apresentam a prerrogativa de serem conhecidos e aceitos pelo paciente. E essa situação é nítida para o profissional de saúde que deve explicar e ter consentimento das comunidades indígenas para todos os seus atos.

Outra diferença é observada quanto ao processo terapêutico, que não é caracterizado por um simples consenso, é mais bem entendido como “uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada”.⁽¹¹⁴⁾

Todas as ações dos profissionais devem ser reavaliadas de acordo com a cultura do povo indígena com que se trabalha. Até os atos que não envolvem diretamente os usuários, como a destinação do lixo, muitas vezes queimado na própria aldeia, podem apresentar problemas. Por exemplo, quando a fumaça proveniente da queima tem uma conotação negativa que pode afetar toda a comunidade. Outro exemplo, é forma de o profissional lidar com o sangue proveniente de cirurgias dentárias, que pode ter os mais diversos significados e impactos na relação com a comunidade.

Em suma, a maneira de agir e a definição de prioridades ocorrem sob uma lógica diferenciada e são pautadas pela permanente negociação entre índios e não índios com relação à forma de organização e execução dos serviços de saúde. Isso é fundamental para evitar o acirramento de conflitos e disputas preexistentes entre os povos indígenas de uma

determinada região. Haja vista que as relações culturais e de poder estabelecidas entre esses povos podem confrontar-se com a lógica técnica, orientada por critérios como a densidade demográfica, a acessibilidade e a presença de doenças.⁽²⁾

A análise dos obstáculos e avanços do SUS na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a proposição de diretrizes para a sua efetivação foram o tema da terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena – III CNSI que ocorreu em Luziânia-Go, no período de 14 a 18 de maio de 2001. Nesse ano, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas foi discutida e aprovada na 114ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de novembro de 2001. Também foi aprovada pelo Ministro da Saúde mediante a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Para alcançar os objetivos propostos, foram estabelecidas diretrizes para:⁽¹⁰⁶⁾

- a) preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- b) monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- c) articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- d) promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- e) promoção de ações específicas em situações especiais;
- f) promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- g) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- h) controle social.

Essas diretrizes, apesar de fundamentais para a implementação de um modelo de atenção à saúde que contemple as especificidades do subsistema, desenvolveram-se de forma lenta, muitas vezes caracterizada por ações esporádicas e sem continuidade.

A preparação de recursos humanos para atuarem em contexto intercultural nunca ocorreu de maneira sistemática. No início da implantação dos distritos sanitários houve uma orientação para realização de treinamentos introdutórios, que tratavam de diversos assuntos, inclusive a abordagem antropológica, e visavam preparar os profissionais recém-chegados para a atuação em área indígena.

Com o tempo, esses treinamentos passaram a não ocorrer. Atualmente, existem registros apenas de capacitações em temas específicos, geralmente relacionados aos programas de saúde, por exemplo, de vacinação, de saúde materno-infantil, de tuberculose, de malária, entre outros. A formação de Agentes Indígenas de Saúde, um dos pilares do novo modelo, também parece não ter recebido atenção necessária para ser realizada. Até 2010,

apenas 479, dos 3.963 Agentes Indígenas de Saúde – AIS, receberam a certificação de conclusão dos módulos de formação.⁽⁸²⁾

O monitoramento das ações de saúde também ocorre de forma fragmentada, pois o Sistema de Informação da Saúde Indígena está voltado para o registro de dados e de indicadores epidemiológicos. As informações sobre os serviços, quando presentes, podem ser encontradas em determinados módulos do Siasi, a exemplo dos módulos de vigilância nutricional, de saúde bucal e de imunização.

Estudos de avaliação ocorrem apenas de forma ocasional e geralmente são voltados para problemas imediatos da organização, ou avaliações relacionadas ao encerramento dos ciclos de financiamentos de organismos internacionais. O fomento a pesquisas sobre saúde indígena ocorreu a partir de 2002 por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – MS e do Departamento de Ciência e Tecnologia. Contudo, não havia uma rotina de acompanhamento, apropriação ou divulgação dos resultados por parte dos gestores da Funasa.⁽⁸¹⁾

A Assistência Farmacêutica passou a ser efetivamente estruturada a partir de 2007 com o aumento do número de profissionais farmacêuticos e de auxiliares de farmácia e com a sistematização dos processos de aquisição e de distribuição de medicamentos. As ações de articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde são pontuais, não havendo uma referência no nível central para o acompanhamento de iniciativas desse tipo.

A estruturação do controle social no subsistema, por sua vez, será tratada com mais profundidade a seguir, por ser um eixo norteador desse trabalho.

3.5 O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

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. Atualmente existem 337 conselhos locais de saúde indígena, que têm regras próprias de

funcionamento e respeitam a forma de organização das comunidades.⁽⁸¹⁾

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. Esse conselho é composto paritariamente, entre representantes dos povos indígenas (50%) e trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço que atuam no Dsei e constituem a outra metade dos membros do conselho.

Os Condisis foram legalmente constituídos nos 34 Dseis 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 Condisis está na lei nº 8.142/90 e a resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Os Condisis 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.⁽¹¹⁵⁾

Na esfera nacional, a Cisi torna-se 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.

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.

Os demais membros titulares da Cisi representam órgãos do governo (Funai e Funasa, esta última atualmente substituída pela recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS), organizações não governamentais (Cimi e Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB – Pastoral da Criança), instituições de pesquisa (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco) e associações profissionais (Associação Brasileira de Antropologia).

Os estudos e os debates da Cisi transformam-se em propostas e recomendações ao plenário do CNS⁽¹¹⁶⁾ em que a população indígena possui duas vagas, das 24 destinadas aos representantes das entidades e movimentos sociais de usuários do SUS.

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.

As conferências de saúde indígena também se tornaram um importante espaço de consolidação de propostas para o aprimoramento do subsistema. Elas ocorreram em 1986, em 1993, em 2001 e em 2006 e foram fundamentais para definir a política de saúde para os povos indígenas.

O controle social no subsistema, por um lado, ao espelhar sua estrutura nos conselhos de saúde do SUS, caracteriza o esforço no sentido de legitimar um espaço formal de inclusão dos povos indígenas nas políticas públicas. Por outro lado, estão imersos na especificidade cultural desses povos.

Uma inovação decorrente dessa especificidade foi a criação do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (doravante fórum), composto pelos presidentes dos 34 Condisis. Esse fórum surgiu da necessidade de se preencher uma lacuna criada pela distância entre os Condisis e as instâncias de decisão do governo, pois a baixa autonomia administrativa dos Dseis transferia as decisões sobre a saúde indígena para o nível central, que, até 2010, era a presidência da Funasa, localizada em Brasília.

A proposta de criação do fórum surgiu em uma reunião ocorrida em abril de 2003, na cidade de Curitiba, e seu reconhecimento oficial ocorreu na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, com a homologação da Portaria nº 644, de 27 de março de 2006. O fórum tem caráter consultivo, propositivo e analítico, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde.

Lentamente, o fórum ganhou espaço junto ao movimento indígena. À medida que o fórum consolidava sua atuação, ao discutir a política de saúde indígena, as organizações indígenas passaram a respeitar a representação do fórum e a consultá-lo. Representantes do fórum passaram a participar de diversos grupos de trabalho e comissões. Por exemplo, das reuniões da Comissão Nacional de Política Indigenista, que conta com uma subcomissão de saúde da qual o fórum faz parte.

Em abril de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 755 que dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na qual o fórum é incluído definitivamente na qualidade de órgão colegiado do controle social, juntamente com os conselhos locais e distritais de saúde indígena.

3.6 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA:

PARTICIPAÇÃO E NEGOCIAÇÃO

As instâncias de controle social do subsistema tornaram-se um espaço privilegiado de interlocução entre índios e governo e fizeram-se palco de diversas manifestações em defesa da saúde indígena.

Nessa seção descreve-se a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Esse registro foi realizado por observação direta, proporcionada pela participação da autora deste estudo no processo: consultora do Projeto Vigisus II da Funasa entre 2005 e 2009 e colaboradora do Ministério da Saúde em 2010. Analisar esse fato ajudará a compreender a influência dos mecanismos de controle social na resolução de conflitos entre os povos indígenas e o governo.

3.6.1 A gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Os anos subsequentes à criação do subsistema foram marcados pelo esforço para consolidar o modelo assistencial. Foram caracterizados também por inúmeras dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Diante da falta de estrutura para executar, de forma direta, as ações de saúde, a Funasa terceirizou os serviços para que tais ações fossem desenvolvidas em áreas indígenas. Assim, realizou parcerias com organizações não governamentais e associações indígenas. As ações a serem desenvolvidas incluíram: contratar e capacitar recursos humanos, adquirir equipamentos, construir unidades de saúde e estabelecer as instâncias de controle social.⁽¹¹⁷⁾

O tipo de relação convencional adotado não se mostrou adequado, houve inúmeras dificuldades de adaptação quanto às parcerias com entes privados. Gradativamente, as parcerias foram substituídas por repasses diretos de recursos para as prefeituras municipais, mas essa relação também revelou-se insatisfatória.^(112, 118) E apesar do aumento da extensão da cobertura das ações de saúde aos povos aldeados, com a superação do modelo campanhista adotado pela Funai, o alto grau de centralização do poder de decisão e de controle de recursos contribuiu para um insuficiente acompanhamento técnico das ações terceirizadas.⁽¹¹⁷⁾

Assim, os problemas de gestão levaram a recorrentes manifestações de insatisfação dos indígenas e à permanente demanda por mudanças. Isso gerou, na 4ª CNSI, um intenso debate sobre a permanência da gestão das ações de saúde indígena na Funasa.

A tensão estabelecida pela visível divisão do movimento indígena com relação a manter ou retirar a gestão da saúde da Funasa em confronto com a articulação de gestores e técnicos para mantê-la colaborou para adiar a criação de uma secretaria de saúde indígena no Ministério da Saúde. Desse modo, manteve-se a Funasa na condição de órgão gestor da saúde indígena.⁽¹⁾

Após dois anos, em uma consultoria contratada pelo Projeto Vigisus II/ Funasa, identificou-se um dos problemas mais graves do subsistema: a falta de progresso na descentralização administrativa e na autonomia dos Dseis.⁽⁸¹⁾ As dificuldades persistiram e aumentaram, e a situação precária dos serviços de saúde indígena foi severamente criticada por órgãos de controle e de justiça.

Essa precariedade na saúde indígena culminou na condenação da União e da Funasa, na Ação Civil Pública n.º 0751-2007-018-10-00-4, a por fim à terceirização de serviços e a não eximir-se de criar a estrutura necessária ao cumprimento de sua missão institucional de promover a sobrevivência física e a saúde dos povos indígenas.

Em julho de 2008, foi assinado o Termo de Conciliação Judicial com o compromisso de a Funasa substituir os terceirizados por servidores concursados até junho do ano seguinte: 2009. Diante dessa situação, também realizou-se uma auditoria coordenada pela Secretaria de Controle Externo no Estado de Mato Grosso.

O relatório final dessa auditoria confirmou a necessidade de reestruturar o subsistema: foi verificado que não havia uma efetiva estrutura orçamentária, física, financeira e de pessoal suficiente para o que o ente Federal assumisse o papel principal no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (item 1.1.8 do capítulo 1 da Seção II). Este trabalho subsidiou o Acórdão n.º 402, de 2009, no qual o TCU estabeleceu inúmeras recomendações para estruturação do subsistema.⁽¹¹⁹⁾

Divergências sobre a gestão da saúde indígena entre o Ministério da Saúde e a Funasa tornaram-se evidentes e foram estampadas frequentemente na mídia. Todos esses problemas, aliados às recorrentes reclamações e aos protestos da população indígena, levaram o governo a tomar a decisão de transferir a saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde.

Essa decisão do governo acarretou imediata reação da população indígena, que questionou a proposta e reivindicou participar da definição do novo modelo de gestão para a saúde indígena.

3.6.2 A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena

A proposta de transferência da saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde foi submetida, em 29 de agosto de 2008, à apreciação do Congresso Nacional, no texto do Projeto de Lei nº 3.958. O projeto propunha a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde no Ministério da Saúde, para a qual seriam transferidas as competências e atribuições relacionadas à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, exercidos, até então, pela Funasa.

A proposta de transferência da gestão da saúde indígena para um departamento na nova Secretaria foi anunciada pela diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Esse anúncio ocorreu na sexta Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista – CNPI, em 18 e 19 de setembro de 2008, em Brasília.⁽¹²⁰⁾

A notícia gerou uma série de perguntas dos participantes dessa reunião, que apresentaram preocupações relacionadas ao processo de transição, à capacidade dos técnicos do Ministério da Saúde para lidar com o subsistema e à possibilidade de municipalização, sempre repudiada pela população indígena.

Questionou-se também o argumento do governo, que justificava a referida proposta como uma resposta à reivindicação do movimento indígena por mudanças na gestão da saúde indígena. Os participantes da reunião esclareceram que um departamento dentro de uma Secretaria de Atenção Primária não poderia atender às especificidades da atenção à saúde indígena.

Uma das maiores causas de apreensão desse evento foi a composição do Grupo de Trabalho – GT. Criado para discutir e apresentar propostas de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas (portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008), o GT não tinha representantes indígenas.

O grupo seria composto apenas por representantes do Ministério da Saúde, da Funasa e da Fiocruz. Ou seja, não apresentava representantes da CNPI, da Funai, dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena ou de organizações indígenas. Ao final da reunião, foi aprovada uma recomendação para o Ministro da Saúde rever a composição do GT, que deveria ser constituído de representantes indígenas. Haja vista que se pretendia discutir assuntos relacionados aos povos indígenas, o que indicava a necessidade de respeito ao controle social, com a inclusão de membros do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena no grupo de trabalho.⁽¹²⁰⁾

Na reunião seguinte do fórum, ocorrida de 6 a 10 de outubro de 2008, os representantes indígenas se organizaram para realizar uma articulação junto a parlamentares e autoridades do governo para discutir o Projeto de Lei nº 3.958/2008.

A posição do fórum era claramente contrária à forma de condução do processo, caracterizada pela ausência de conhecimento sobre o subsistema e de participação das instâncias de controle social da saúde indígena. O fórum também se manifestou contra a proposta apresentada pelo governo e a favor da criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde.

Foi sugerida a realização de audiências públicas e de reuniões para que o Projeto de Lei pudesse ser discutido com as comunidades indígenas. A formalização do posicionamento do fórum ocorreu por meio de solicitação de encaminhamentos junto ao Conselho Nacional de Saúde para:

- a) reunir a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, para discutir o Projeto de Lei nº 3.958/08, com a participação de representantes indígenas, Funasa e Ministério Público Federal;
- b) realizar um seminário nacional, com a presença de lideranças indígenas, trabalhadores de saúde indígena, presidentes dos Condisis e a bancada da CNPI, para a discussão daquele Projeto de Lei.

O seminário nacional intitulado “Gestão e Controle Social – Desafios da Saúde Indígena” ocorreu em 27 e 28 de novembro de 2008, sob a organização da Cisi. Esse evento foi marcado por um grande embate entre lideranças indígenas tradicionais (das aldeias, principalmente do Xingu) e os representantes indígenas do Conselho Nacional de Saúde e do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Porém, culminou no consenso sobre a retirada da gestão da saúde indígena da Funasa e na reivindicação da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde⁵.

Nesse seminário, foi formado um novo grupo de trabalho para discutir e apresentar propostas de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, particularmente, no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, com vista à incorporação das competências e das atribuições procedentes da Funasa.

⁵ Uma descrição detalhada desse seminário foi realizada por Alex Shankland, em sua tese “Speaking for the People: Representation and Health Policy in the Brazilian Amazon”.⁽¹⁾

3.6.3 Grupo de Trabalho de saúde indígena

Um novo grupo de trabalho, composto por 26 membros (17 indígenas e 9 não indígenas), foi instituído pela Portaria nº 3034/GAB/MS e nomeado pela Portaria nº 3035/GAB/MS, ambas de 17 de dezembro de 2008.

O GT, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP do Ministério da Saúde, iniciou as atividades em janeiro de 2009. A primeira reunião ocorreu em janeiro de 2009, na qual foram definidos sete subgrupos que trabalhariam temas específicos:

- a) subgrupo 1. Transferência das ações do Departamento de Saúde Indígena – Desai da Funasa para o MS – infraestrutura, redistribuição de recursos humanos, orçamento, convênios, contratos, elaboração da Exposição de Motivos e da minuta de Decreto;
- b) subgrupo 2. Organização da Secretaria Especial de Saúde Indígena;
- c) subgrupo 3. Estratégia de integração do sistema de informação e monitoramento em saúde indígena aos demais sistemas de informação do SUS;
- d) subgrupo 4. Organização, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite, de Câmara Técnica de Saúde Indígena;
- e) subgrupo 5. Autonomia dos Dseis;
- f) subgrupo 6. Seminários regionais;
- g) subgrupo 7. Diagnóstico da situação atual do saneamento básico nos Dseis.

Nas cinco reuniões subsequentes⁶, a proposta da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena foi se consolidando. Os resultados dos trabalhos dos subgrupos eram apresentados nas reuniões do GT e nos seminários regionais, que foram realizados nos seguintes locais e datas:

- a) seminário da região Centro-Oeste: Campo Grande, 31 de maio a 2 de junho de 2009;
- b) seminário da região Norte – Amazônia Legal I: Manaus, 24 e 25 de junho de 2009;
- c) seminário da região Norte – Amazônia Legal II: Belém, 23 e 24 de julho de 2009;
- d) seminário da região Nordeste – realizado em Recife: 24 e 25 de agosto de 2009.

⁶ 2ª Reunião em 9 e 10 de fevereiro de 2009; 3ª Reunião em 24 de março de 2009; 4ª Reunião em 22 de maio de 2009; 5ª Reunião em 10 de julho de 2009; e 6ª Reunião em 24 de agosto de 2009.

A Funasa não pode se omitir de participar do processo, apesar de se posicionar contra a transferência da saúde indígena para o Ministério da Saúde, pois sua ausência no processo poderia gerar uma indisposição política no governo. Dessa forma, além de compor o GT, ela participou da organização dos seminários regionais.

Essa participação não foi protagonizada pelo Desai, mas delegada ao Projeto Vigisus II da Funasa. Neste período, o projeto finalizava uma consultoria para a definir os modelos: de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e de avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A consultoria foi realizada pelo *Institute of Development Studies* – IDS, consorciado com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Cebrap e com a Associação Saúde Sem Limites – SSL. O resultado desta consultoria (divulgado no *site* da Funasa) serviu de aporte teórico para a elaboração das propostas do GT e para as discussões dos seminários. A programação dos seminários incluía a apresentação dos resultados dessa consultoria e a apresentação das conclusões preliminares do GT.

As propostas para criar a Sesai eram debatidas pelos participantes (representantes dos povos indígenas, trabalhadores de saúde e gestores), que apresentavam sugestões. Estas sugestões eram posteriormente analisadas por um grupo formado por técnicos do Ministério da Saúde, Funasa e Funai (intitulado Mini-GT) que incorporava as modificações nas propostas e encaminhava para apreciação do GT.

Nas reuniões do GT as discussões foram ponderadas, praticamente sem indisposições entre os membros. Nos seminários, entretanto, os participantes expressaram as divergências e diferenças regionais e a discussão política foi ressaltada.

No primeiro seminário, em Campo Grande, alguns participantes contestaram a criação da Sesai, o que levou ao aumento da tensão em torno do assunto. Os gestores da Funasa reforçaram os questionamentos sobre o processo. Porém, após os debates, chegou-se ao consenso de que não havia rejeição à criação da Secretaria e que as outras regiões do país deveriam ser ouvidas antes da definição do novo modelo.

Os participantes dos seminários da região Norte (ocorridos em Manaus e em Belém) deram total apoio à nova proposta. Mas novamente, no seminário da região Nordeste, discursos acalorados colocaram em cheque o compromisso do governo com os povos indígenas e a capacidade do Ministério para gerir a saúde indígena. Mais uma vez, o constrangimento geral foi desfeito após as respostas do Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Dr. Antônio Alves, finalizando o seminário com apoio dos participantes que enviaram propostas para estruturação da Sesai.

Ficou clara a pressão de alguns grupos específicos, entre lideranças indígenas, servidores e gestores, na defesa da permanência da saúde indígena da Funasa. Porém, ao contrário do que ocorreu na 4ª CNSI, desta vez eles não tiveram força para convencer a maioria dos representantes indígenas.

Ao final de 2009, os membros do GT, a imensa maioria das lideranças indígenas e das organizações indígenas e indigenistas, estavam de pleno acordo com a criação da Sesai e aguardavam os encaminhamentos burocráticos e políticos para concretizá-la. Nessa oportunidade, havia preocupações quanto ao processo de transição, com ênfase na importância de se garantir a continuidade dos serviços de saúde durante a mudança.

O início de 2010 foi marcado por muitas expectativas e intensas negociações entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento, que realizavam os ajustes finais na proposta. Durante esse processo, a proposta sofreu alterações, com a retirada da criação de uma nova carreira, específica para servidores da saúde indígena, e das gratificações para servidores que atuam no subsistema. A proposta de criação dos incentivos para atuação em áreas indígenas permaneceu, porém seria encaminhada separadamente ao Congresso Nacional, por meio de um projeto de Lei.

Em 24 de março de 2010 é divulgada a notícia de que o presidente Lula havia assinado a Medida Provisória – MP que permitia a criação da Sesai. A notícia foi recebida com muita comemoração dos representantes indígenas, dos profissionais da saúde e dos gestores do Ministério da Saúde. No dia seguinte, a MP foi publicada no Diário Oficial da União.

Além de permitir a criação de mais uma Secretaria, a Medida Provisória 483/10 permitia a realização de contratações temporárias de pessoal, pelo Ministério da Saúde, em casos de emergências de saúde pública. A MP tratou também de outros assuntos, não relacionados à saúde indígena.

Propôs a elevação a status de ministérios a quatro secretarias vinculadas à Presidência da República, a Secretaria de Políticas para as Mulheres, a de Direitos Humanos, a de Portos e a de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. A exposição de motivos que acompanhou a MP detalhou a proposta de criação da Sesai.

E após cento e vinte dias, a MP seria votada no Congresso Nacional. Neste período, o Ministério da Saúde iniciou as ações relacionadas à transição, para mostrar a vontade do governo em efetivar as mudanças no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Aos seis de abril de 2010, em reunião para esclarecer os passos necessários ao processo de transição, o Diretor Executivo e uma equipe da Funasa apresentaram um “retrato” do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a Secretária Executiva e para os técnicos do

Ministério da Saúde. Na oportunidade, foram formadas comissões responsáveis pelos seguintes aspectos: (i) pessoal, (ii) orçamento e finanças, (iii) assistência à saúde indígena, (iv) estrutura, (v) logística, (vi) patrimônio e (vii) sistemas de informação.

De 18 a 21 de maio de 2010, ocorreu uma reunião ampliada do GT de Saúde Indígena, com a participação dos presidentes dos Condisi, de representantes do movimento indígena organizado e da CNPI. Nesse encontro foram traçadas estratégias de acompanhamento da votação da Medida Provisória.

Apesar do apoio do movimento indígena e de setores do governo, principalmente do Ministério da Saúde, da Funai e da Casa Civil, houve pressão do partido PMDB contra o remanejamento de cargos da Funasa para a Sesai. Essa atitude político-partidária criou impasses que levaram a mais uma rodada de negociações entre órgãos do governo. A essa altura, os representantes indígenas do CNS e do fórum participavam ativamente da cobrança por celeridade nas definições do governo: eles iniciaram articulações com parlamentares para sensibilizá-los quanto à importância das mudanças na gestão da saúde indígena.

Em seis de julho de 2010 o Plenário da Câmara dos Deputados aprovou a Medida Provisória 483/10. O texto aprovado, projeto de lei de conversão do relator Vital do Rêgo Filho (PMDB-PB), sofreu mudanças em relação à proposta original. Entre as alterações destaca-se a manutenção, na Funasa, da maioria dos cargos em comissão a serem transferidos à Secretaria Especial de Saúde Indígena.

A votação na Câmara foi marcada por discursos contrários à criação da Sesai, que se caracterizavam principalmente por disputas político-partidárias, em detrimento ao conteúdo da matéria em aprovação. Ao contrário, ao seguir para o Senado, o projeto recebeu parecer favorável da relatora-revisora, Lúcia Vânia, senadora do PSDB-GO. Ele foi aprovado por unanimidade em 3 de agosto e transformado, então, na Lei Ordinária nº 12.314, sancionada pelo Presidente Lula em 19 de agosto de 2010.

Em 19 de outubro de 2010, foi publicado o Decreto de criação da Sesai (Decreto nº 7.336), que passou definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde. Essa mudança inicia uma nova etapa de construção da relação entre o Estado e os povos indígenas no que se refere aos serviços de saúde.

3.7 ARENA DE CONFLITOS

Características peculiares do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, principalmente seu caráter pluriétnico, impõem a todos os atores envolvidos a permanente necessidade de

reverem suas práticas, conceitos e posturas a fim de aplicar condutas eticamente pautadas, com respeito aos diferentes valores que se manifestam na relação intercultural.

As relações entre usuários indígenas, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço que atuam no subsistema e nos conselhos indígenas de saúde ocorrem de forma diferenciada das que comumente se estabelecem nos serviços de saúde organizados em áreas urbanas.

A nitidez das diferenças culturais, na relação dos índios com os profissionais de saúde, retira todos os envolvidos de uma posição “confortável” na condução das próprias ações e força à reflexão ética sobre as condutas mais adequadas. Quando isso não ocorre, presencia-se a repetição de práticas de saúde hegemônicas que ignoram os valores dos usuários e fazem surgir inúmeros conflitos na relação intercultural.

Nesse contexto, os Condisis são espaços privilegiados de estabelecimento do diálogo intercultural. Eles também apresentam características próprias em virtude da forte influência das sociedades indígenas, por exemplo, no que tange à representatividade.

No trabalho intitulado *Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil*, Garnelo e Sampaio⁽²⁾ identificaram importantes aspectos sobre a atuação dos conselheiros indígenas. Os autores destacaram que “a legitimidade de ação de conselheiros não indígenas de saúde é fundada em critérios de elegibilidade e representatividade de grupos igualitários de cidadãos, em nome de quem pode tomar decisões”.⁽¹²¹⁾ Contrariamente, nas sociedades indígenas, “a noção de representatividade não contempla a delegação de autoridade e da possibilidade de decidir pelos representados”.⁽¹²¹⁾

Eles identificaram também a diferença da lógica para eleger prioridades, na qual

O principal compromisso ético dos conselheiros é com as prioridades de seu grupo de parentes, por quem são pressionados para distribuir os bens que afluem a partir do sistema de saúde, em obediência à lógica redistributiva própria dos grupos indígenas amazônicos. [...] No caso da saúde, tais demandas se confrontam com a lógica técnica, que orienta o planejamento das ações dos distritos sanitários e a distribuição dos insumos, de acordo com necessidades geradas pela presença e frequência de doenças e composição demográfica da área de cobertura dos serviços.⁽¹²¹⁾

Nesse sentido, esses autores afirmam que o valor dado pelos grupos indígenas à autonomia deve interferir nas decisões dos conselhos, na medida em que cada grupo indígena deva ser capaz de prover a própria subsistência e evitar formas de dependência entre clãs ou famílias. Eles observaram que:

Tal estilo de vida é pouco compatível com noções técnicas como hierarquia e área de cobertura da rede de serviços, que orientam a organização das unidades em ordem de complexidade crescente, localizadas segundo requisitos de densidade demográfica, acessibilidade e presença de doenças, devendo oferecer atendimento a todos os grupos populacionais que formam sua área de abrangência. Na medida em que cada aldeia deseja controlar seus meios de reprodução social e que a implantação de uma unidade de saúde gera um incremento real no fluxo de bens e prestígio, sua localização em uma aldeia específica é interpretada, não como uma medida técnica racionalizadora de custos, e sim como um privilégio político da comunidade sede, instaurando relações de dependência entre o conjunto de comunidades usuárias do serviço e a aldeia em que ele se localiza, gerando um campo fértil para o acirramento de conflitos e disputas preexistentes.⁽¹²¹⁾

Quando são observadas questões relacionadas aos povos indígenas brasileiros, é fundamental definir o significado do termo autonomia. Para isso, Teixeira⁽⁶⁾ adota a perspectiva da coletividade ao afirmar que:

Se a noção de autonomia insere-se no campo semântico e histórico do processo da construção de si como *sujeito* individual ou coletivo por parte de diferentes grupos sociais, no que concerne aos povos indígenas, historicamente o eixo tem sido a condição de *sujeito coletivo político*, em detrimento dos direitos individuais indígenas.⁽¹²²⁾

Teixeira⁽⁶⁾ analisa os documentos finais das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas e observa os diferentes registros e níveis em que esse sujeito se constitui. Ela destaca três recortes da autonomia para expressar as tendências desse processo nas políticas de saúde: autodeterminação, participação e controle.

A condição de autodeterminação da autonomia relaciona-se à afirmação do direito dos povos indígenas de viver de acordo com tradições ou especificidades etnoculturais próprias, conforme mencionado anteriormente.

O recorte participação da autonomia refere-se “à afirmação da *disposição para* e da *capacidade de ser parte* de um processo decisório que lhes diz respeito”.⁽¹²³⁾ Ocorre quando os indígenas deixam de ser exclusivamente sujeitos para serem também colaboradores na decisão política. Nesse caso, o exercício de autonomia se expressa na inserção dos povos indígenas na sociedade nacional, em composições institucionais que os envolvem. Por exemplo, nos conselhos de saúde.

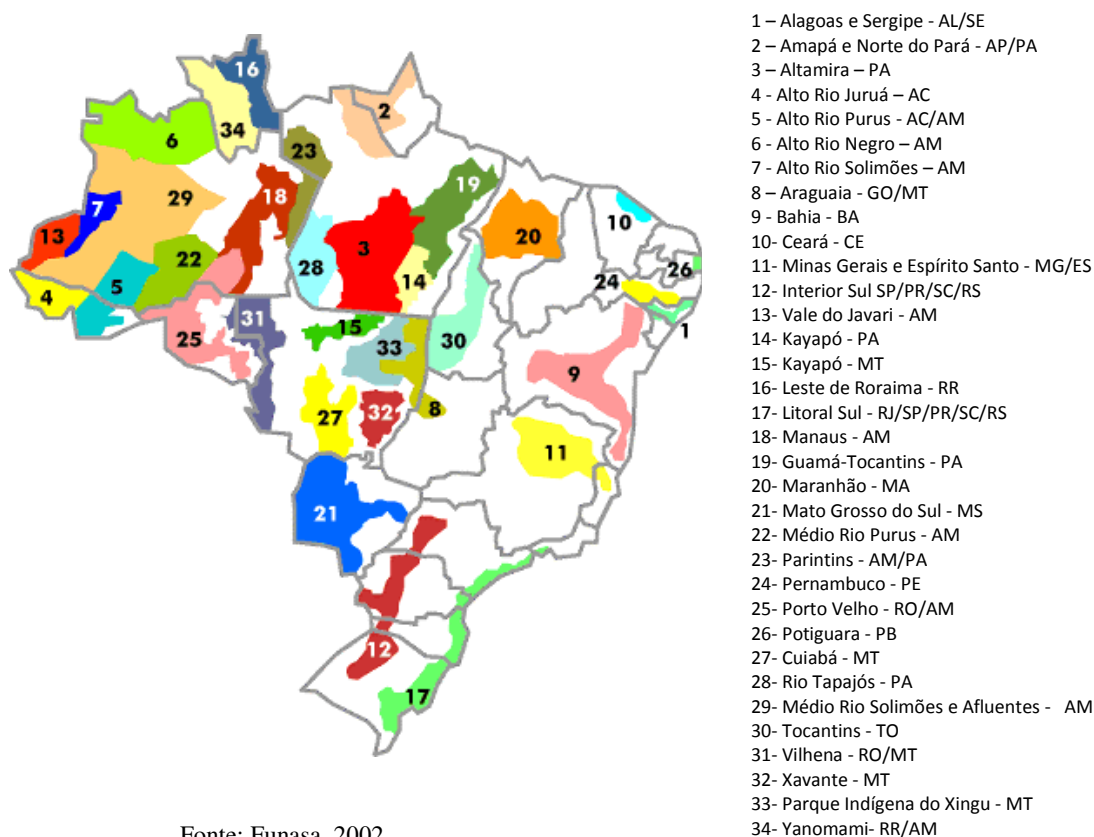
Por fim, o recorte controle, e especificamente o “controle social”, que remete a autonomia à função fiscalizadora da política. Conforme esclarece Teixeira:

Neste eixo [do controle social], cujas fronteiras com o eixo da participação são permeáveis, encontra-se, a meu ver, a ênfase atual dos esforços dos povos indígenas na construção de sua autonomia no campo da saúde: aperfeiçoar os mecanismos de fiscalização, preparar representantes indígenas para o seu exercício, garantir recursos financeiros para tal e, principalmente,

estabelecer uma estrutura organizacional de decisão e gestão da saúde indígena (administrativa e financeira) próxima às aldeias indígenas, ou seja, próxima ao mundo da vida cotidiana, onde as disputas políticas adquirem vitalidade singular e as assimetrias de poder entre indígenas e não-indígenas poderiam ser revertidas mais amiúde – somando-se, é claro, a avaliação de que várias dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos serviços de saúde se devem à sua centralização operacional.⁽¹²⁴⁾

Outra diferença do subsistema de saúde indígena dos demais serviços do SUS é a configuração. O subsistema é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob responsabilidade direta da União. Cada distrito apresenta uma organização territorial diferente da divisão político-administrativa do país. E a área de abrangência de cada distrito engloba diversos municípios e inclusive diferentes estados (MAPA 1).

MAPA 1 – Mapa do Brasil com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Funasa, 2002

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 Dseis, 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.

Pretende-se, por meio uma leitura bioética, perceber (i) se 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. Para tanto, serão identificados as tensões entre a base teórica que justifica a criação desses mecanismos e a argumentação presente nos discursos dos indígenas.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

4.1 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as tensões entre a afirmação formal e a prática do controle social na saúde indígena, na perspectiva da Bioética.

Objetivos específicos

1. Identificar o perfil dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
2. Conhecer a percepção dos usuários quanto a importância dos espaços formais de controle social de saúde indígena;
3. Analisar a participação dos usuários nos espaços formais de controle social de saúde indígena.

4.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A abordagem qualitativa foi utilizada por permitir analisar criticamente a realidade, os elementos processuais e visualizar as possibilidades de transformações dessa realidade. O modelo teórico de investigação qualitativa 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.⁽¹²⁵⁾

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⁽¹²⁶⁾ 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 (*ausdrückt*) nas legitimações, a linguagem também é ideológica.⁽¹²⁷⁾

Por isso é importante apoiar-se nas análises do contexto e da 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.⁽¹²⁵⁾

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 teve como eixo principal o controle social exercido pelas populações indígenas no campo da saúde. Inicialmente, constituiu-se o marco teórico da análise, descrito nos capítulos anteriores, com destaque para a abordagem Bioética sobre o problema da situação de exclusão e de desigualdades dos povos indígenas em relação à população nacional. Realizou-se também a identificação dos mecanismos de controle social - meios que possibilitariam o diálogo intercultural e a participação na definição da política de saúde.

A hipótese de que isso daria visibilidade e possibilitaria encontrar soluções para os conflitos existentes entre os povos indígenas e o Estado brasileiro levou à necessidade de investigar a percepção dos usuários 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.

A pesquisa de campo iniciou-se com uma busca de informações sobre os Conselhos Distritais de Saúde Indígena. A falta de informações levou à necessidade de delinear o perfil dos Condisi.

Destaca-se a importância dos resultados da pesquisa intitulada *Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS*, para definir o tema deste estudo. Realizada pela Fiocruz, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, foi divulgada por meio do ParticipaNetSUS.⁽¹²⁸⁾ Nesse estudo, os autores tiveram o objetivo de produzir e disseminar informações que subsidiassem a reflexão, a formulação e a proposição

de abordagens inovadoras de análise, de avaliação e de apoio aos Conselhos de Saúde do Brasil. Essa pesquisa não englobou os Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Decidiu-se, então, elaborar um estudo descritivo da organização, do funcionamento, da estrutura e da atuação desses conselhos. Para isso, foi utilizado um questionário semiestruturado (anexo 1).

Os itens 1 a 3 do questionário apresentam perguntas objetivas e o item 4 contém um roteiro para as entrevistas.

Durante o desenvolvimento do trabalho percebeu-se que nem todas as informações solicitadas por meio do questionário seriam relevantes. Sendo assim, foram utilizadas apenas as informações pertinentes à compreensão e à discussão da situação apresentada.

As perguntas objetivas do questionário foram respondidas em 2010 por informantes dos 34 Condisis, portanto, as respostas referem-se ao ano 2009.

As entrevistas foram realizadas em reuniões ocorridas em 2011 e em 2012 com presidentes de 32 Condisis (anexo 2).

Após a realização das cinco primeiras entrevistas, direcionadas por meio do roteiro do item 4 do questionário, optou-se pela adoção de perguntas mais abertas a fim de propiciar a livre expressão dos informantes. Considerou-se a espontaneidade um aspecto fundamental para cumprir o propósito de captar a percepção dos indígenas sobre o controle social do subsistema.

Os presidentes entrevistados discorreram sobre as perguntas: Como foi a criação do Conselho Distrital de Saúde Indígena no seu distrito? Quais as principais dificuldades e avanços relacionados ao controle social?

Foram entrevistados os membros do fórum, que são indígenas que presidem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dominam a língua portuguesa. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, mediante consentimento livre e esclarecido, atestado por escrito. Elas foram concedidas por existir uma relação de confiança estabelecida durante os anos em que a pesquisadora acompanhou o processo de construção do subsistema.

A quantidade de entrevistados prevista era 34, ou seja, todos os presidentes de Condisi. Duas entrevistas não foram realizadas, uma por desencontro entre o entrevistador e o presidente do Condisi e outra por indisponibilidade para a entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

Não foi delimitada a duração de cada resposta, e as entrevistas foram realizadas durante eventos ocorridos em Brasília. A saber: Reunião do Controle Social/MS – março/2011, Abril Saúde Indígena – abril/2011, Acampamento Terra Livre – maio/2011,

Oficina de Planejamento Estratégico – fevereiro/2012, Reunião do fórum – março/2012.

Durante a realização da pesquisa, houve a oportunidade de registrar o processo de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, iniciado no final de 2008 e concluído em outubro de 2010. A análise desse fato histórico permitiu identificar a influência da participação indígena na definição das decisões governamentais acerca do modelo de gestão do subsistema.

A confrontação entre as informações colhidas diretamente com os usuários e o fato concreto permitiu comparar a proposição teórica com a percepção dos usuários e a prática estabelecida nos processos decisórios.

A interpretação do material coletado seguiu a modalidade de análise hermenêutica e dialética e utilizou a proposta operativa indicada por Cecília Minayo.⁽¹²⁵⁾ Os dados colhidos foram analisados com base nos conceitos iniciais, a fim de confrontá-los, de realizar a descrição das ideias verificadas anteriormente e de identificar a necessidade de aprofundar a análise de outros temas. Para tanto, foram seguidos estes passos:

- a) ordenação dos dados: esse momento constituiu-se na ordenação das entrevistas, do material de observação e dos documentos.
- b) classificação dos dados, composta por:
 - leitura horizontal dos textos: leitura de cada entrevista e de todos os outros documentos, para apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave e suas posturas sobre o tema;
 - leitura transversal do conjunto em sua totalidade e recorte de cada entrevista ou documento em unidade de sentido, por estruturas de relevância, por tópicos de informação ou por temas, colocando as partes semelhantes juntas e buscando perceber as conexões entre elas.
 - análise final, que estabelece a lógica interna do grupo estudado sobre o tema.
- c) apresentação dos resultados, com a compreensão e a interpretação do material da pesquisa.

As informações colhidas na pesquisa de campo foram classificadas de acordo com sua relevância para a compreensão do controle social do subsistema, constituindo as categorias empíricas. São elas: (i) conformação dos conselhos de saúde indígena; (ii) reuniões e orçamento; (iii) deliberações; iv) capacitação; v) conselhos de saúde e sua relação com índios

e com não índios; vi) fórum; vii) especificidade; viii) gestão participativa; e ix) desafios e expectativas.

Apesar de a autonomia ter sido referenciada frequentemente, nos documentos sobre o tema e nas falas dos entrevistados, ela não foi definida nesse trabalho como uma categoria específica porque a reflexão sobre essa questão perpassará toda a discussão. Essa escolha se justifica pela diversidade sentidos em que a autonomia pode ser expressa, situação esta identificada no trabalho de Teixeira,⁽⁶⁾ citado nesta tese, no item 3.7.

4.2.1 A análise das entrevistas

As primeiras leituras dos discursos registrados visaram a apreender as estruturas de relevância, as ideias centrais e a postura dos entrevistados diante do controle social.

Cada entrevista foi analisada e os trechos com informações relevantes foram destacados e numerados, ao final, com algarismos arábicos entre colchetes.

Com o objetivo de facilitar a sistematização, foi construído um quadro com as expressões relevantes de cada entrevista e a síntese de cada parte. Posteriormente, as expressões foram agrupadas por similaridade do tema.

Para exemplificar esta etapa, apresenta-se, a seguir, o quadro com os trechos que abordaram a “capacitação”. As entrevistas foram identificadas por números para evitar a relação direta entre os depoimentos e os entrevistados, visando preservá-los.

QUADRO 1 - Quadro de sistematização dos trechos das entrevistas com o tema capacitação.

continua

Entrevista	Trecho da Entrevista	Síntese
1	Dificuldade também de orientar as comunidades, de formação dos conselhos locais e distritais [3]	Existe dificuldade para orientar a comunidade e formar os conselhos locais e o distrital. (1/3)
1	O facilitador que o fórum trouxe através dos presidentes de Condisi, a gente sendo capacitado para conduzir as conferências, no processo de capacitação sendo multiplicadores, isso facilitou porque as nossas comunidades confiam no nosso trabalho e muitas vezes não confiavam no trabalho dos brancos, porque muitas vezes enganaram as comunidades, então com esse trabalho que foi feito em muitos estados de multiplicadores, de construir as conferências e de multiplicadores, nós fomos trabalhando esse papel [12].	Através do Condisi houve capacitação e formação de multiplicadores indígenas que têm a confiança da comunidade. (1/12)

continuação

Entrevista	Trecho da Entrevista	Síntese
2	E logo no começo isso deu um pouco de trabalho porque não entendiam muito bem qual era o sistema, a dinâmica de tudo aquilo. Aí se criou o conselho, o conselho atuou mas foi meio aleatório por falta de conhecimento, de capacitação, da legislação, de toda essa máquina administrativa [2].	A falta de capacitação para conhecimento da legislação e da máquina administrativa prejudica a atuação do conselho. (2/2)
2	A gente tem que fazer as 3 capacitações do conselho local e distrital durante 2012, mas esse planejamento ainda não tá consolidado, a gente tá trabalhando nele pra mandar para a contratada para eles viabilizar os recursos [7].	Falta planejamento para realização de capacitações. (2/7)
2	E qual é a dinâmica agora? O assessor indígena, que a gente ganhou espaço para contratar 2 assessores indígenas dentro dessa nova estruturação do Dsei, e o gestor vai dar esse apoio para capacitação do presidente, do vice-presidente e dos assessores nessa nova dinâmica, nessa nova visão, para eles serem células multiplicadoras de capacitação dentro das aldeias, trazendo aquilo da reestruturação e qual é a dinâmica da Sesai trabalhar. Então dentro dessa dinâmica, desses parâmetros, como legislação e outras coisas mais, se passar para esses conselheiros locais para eles ficarem entendendo toda essa máquina administrativa [9].	Os conselheiros distritais capacitados podem atuar como multiplicadores nas aldeias, para os conselheiros locais. (2/9)
4	Então nós do Condisi hoje tem alguma dificuldade, como a capacitação dos conselhos locais e distrital [2].	Dificuldade para realização de capacitações dos conselhos locais e distrital. (4/2)
4	[...], mas para poder melhorar mesmo tem que fazer capacitação dos conselheiros [6].	Para melhorar o controle social devem ser feitas capacitações. (4/6)
4	Nós até agora nunca foi feita uma capacitação. Dez anos atrás teve uma capacitação, depois de lá pra cá nunca teve capacitação. Foi recurso para fazer a capacitação mas o dinheiro voltou. Mas não foi incompetência do conselho, foi incompetência do gerenciamento, do administrador do tempo da Funasa. Por isso nós tiramos o recurso da Funasa para por na Sesai, para melhorar essa relação e gastar o dinheiro conforme os itens que tem nos projetos [13].	Só houve uma capacitação dez anos atrás. O recurso que estava disponível não foi aplicado por problemas de gestão. (4/13)
6	Realizamos algumas capacitações com conselheiros, só que naquela época teve muita rotatividade. Os que receberam capacitação saíram e entraram outro [5].	Os conselheiros capacitados já saíram. Deve haver capacitação para os novos conselheiros. (6/5)
6	Então a dificuldade que temos é com os conselheiros locais que entrou e não tem experiência. Então queremos agora é que a gente tá planejando, é capacitação para os novos, para poder saber como reagir na prefeitura, para falar com nós mesmo, na Funasa [9].	Necessidade de capacitação para os novos conselheiros. (6/9)
6	Nós capacitamos o conselho local 2 vezes e ano passado nós não conseguimos [12].	Não conseguem realizar capacitações. (6/12)
8	Outra coisa é a questão de informação e capacitação dos conselheiros, isso é de suma importância para que nos saibamos como é a atuação do conselho, qual é o papel do conselho, qual é o papel do conselho local, essas coisas também precisamos amarrar para começar a fortalecer [21].	Necessidade de realização de capacitação dos conselheiros sobre o papel do conselho para fortalecer o controle social. (8/21)

continuação

Entrevista	Trecho da Entrevista	Síntese
10	Capacitação dos conselheiros é necessário, não está tendo. E aí você sabe que o conselheiro não é permanente, ele tem dois anos e tem quatro se for reeleito. E aí como fica, às vezes esse conselheiro não tem nem experiência, o que que ele tá fazendo ali?... Precisa está reavaliando, sabendo o que é o conselho, o que é a obrigação dele, o que ele tá fazendo, que é importante dele agir... [4]	A capacitação dos conselheiros é necessária, mas não está ocorrendo. Os conselheiros precisam saber qual é o seu papel e a importância de sua atuação. (10/4)
11	O que poderia ajudar a fortalecer mais o controle social? Capacitação continuada de conselheiros. Para esclarecer o papel do controle social. [20]	Necessidade de capacitação e esclarecimento sobre o papel do controle social. (11/20)
11	Quais os principais assuntos tratados nas reuniões do fórum? Funcionamento dos serviços: deu menos resposta Mudança do modelo assistencial: criação da Sesai Capacitação de conselheiros: fortalecimento do controle social através das capacitações. [6]	As capacitações fortalecem o controle social. (11/6)
11	Se houvesse mais capacitações de conselheiros, dependeriam menos do gestor colocar as reivindicações. [23]	A capacitação dos conselheiros diminuiria a dependência do conselho em relação ao gestor. (11/23)
12	Aí que o problema ficou pior, porque com o controle social os gestores, o distrito, diziam: bem, nós vamos ter que obedecer uma determinação do conselho; até porque eles não sabiam o que era isso e como tinha que funcionar, e nós também não sabíamos fazer como fazer essa questão do controle social porque fomos pegos e colocados no conselho, a gente não foi preparado para isso, até hoje muitos conselheiros não sabem nem qual é a sua função [6].	Os índios foram colocados no conselho sem uma preparação, muitos conselheiros não sabem qual é a sua função. (12/6)
12	O que se precisa ainda muito é que nós não sabemos da função de controle social de fato, precisamos ter um curso e uma preparação para assumir de fato essa tarefa [12].	Necessidade de capacitação sobre a função do controle social. (12/12)
12	Então tem esse medo também, que eu acho que é falta de preparo nosso, nós temos que saber o que é controle social, quem pode fazer parte do controle social, porque que tem que fazer parte, acho que falta esse trabalho [17].	Necessidade de saber o que é controle social, quem pode fazer parte do conselho. (12/17)
14	Nós temos feito só 3 capacitações, todo esse tempo. Às vezes o pessoal cobra capacitação, a gente fala que não tem recursos [13].	Há cobrança para realização de capacitações. (14/13)
16	Nós temos falta de preparação dos membros, porque muitos são da aldeia e precisam de uma orientação, até de uma formação continuada, para conhecer as leis, o SUS, as leis que amparam a saúde do índio, esses decretos que foram assinados, a gente tem alguma dificuldade [5]	Falta preparação dos conselheiros da aldeia para conhecer as leis, o SUS. (16/5)
18	[...] principalmente de tudo isso é capacitação que não tem há mais de 6 anos. Capacitação do controle social tá faltando muito. [7]	Está faltando capacitação no controle social. (18/7)
19	Qual é a nossa intenção nesse momento? É que seja feita a capacitação dos conselheiros, tanto locais quanto distritais, a recomposição de alguns conselhos locais por região [5]	Necessidade de realizar capacitação dos conselheiros. (19/5)

continuação

Entrevista	Trecho da Entrevista	Síntese
19	A outra coisa é em relação à capacitação dos conselheiros porque se fizer a capacitação dos conselheiros distritais eles poderão ser os multiplicadores dessas ideias com mais profundidade, coisa que não aconteceu durante esse processo todo, nós nunca tivemos uma capacitação e isso é ruim porque a saúde como um todo, o sistema do governo, ele passa por processo de mudança e a gente enquanto conselheiro tem que estar atualizado. [9]	Os conselheiros distritais que fizerem capacitação podem atuar como multiplicadores. Nunca tiveram capacitação. A capacitação permite a atualização do conselheiro. (19/9)
20	[...] mas não é 100% do segmento dos usuários, são uns 30 a 40% conseguem acompanhar perfeitamente, e para que os demais possam acompanhar a gente propôs que nas capacitações fosse debatido esse assunto de perfil epidemiológico, indicadores de saúde. [4]	É necessária a realização de capacitações para que os conselheiros entendam sobre perfil epidemiológico, indicadores de saúde. (20/4)
21	A capacitação, tivemos uma em 2009, pela CORE, e depois disso não tivemos mais. Eu acho que a capacitação é um ponto fundamental para que os conselheiros venham a entender o que é o controle social, qual o papel do controle social, para que o controle social serve, então uma capacitação para os conselheiros vai ser muito ótimo, porque eles vão entender o seu papel [8].	A capacitação é fundamental para que os conselheiros entendam o que é e qual o papel do controle social. (21/8)
23	Nossos conselheiros são bem formados, nós concluímos uma capacitação muito importante, nós demos os três módulos de uma vez só porque estávamos muito atrasados e precisávamos capacitar todos, então a gente conseguiu em 2009-2010 nós conseguimos capacitar todo mundo, no que é subsistema, o que é SUS, então eu acredito que nossos conselheiros absorveram muito bem essas informações. [6]	Conseguimos capacitar os conselheiros no que é subsistema, no que é SUS. (23/6)
25	E o fórum hoje avançou mas está meio tímido diante das mudanças, precisa estar mais ousado, com mais conhecimento, com mais firmeza. Eu tenho sentido uma esfriada, e talvez pela falta das capacitações, de um projeto continuado de formação para que a gente realmente entenda que não é a mudança que vai mudar a concepção das pessoas sobre a saúde e sim a gente estar inserido nessa discussão para não perder esse contexto [11].	A falta de capacitações prejudica a atuação dos conselheiros. (25/11)
26	Nós tivemos quatro capacitações, tanto pela Funasa quanto pelas ONGs, OPAN. Ela deu esse curso de políticas públicas, política indigenista, política indígena também, [...]. Então entendemos esse processo. Então começamos a discutir a política de saúde no Dsei Porto Velho e conseguimos dominar essa política [2].	Capacitações permitiram entendimento sobre políticas públicas, política indigenista, política indígena. (26/2)
26	É por isso que eu vejo a necessidade do conselho ter uma capacitação, porque tem que ter uma pessoa capacitada para analisar os processos administrativos, que analisa o processo de prestação de contas. [...]. Eles não colocam na planilha simplificada, colocam muito técnico, então tivemos essa dificuldade [...]. Isso não nos intimidou, por isso a gente formava essa comissão, porque a gente entendia que não batia uma coisa com outra, então a gente fazia a comissão e apurava onde tava errado. [...] A comissão tem mais facilidade porque ela vai lá na sede ver os documentos e o pessoal começou a respeitar. E as pessoas que colocamos foram pessoas capacitadas, são os professores de universidade, arrumamos parceria. [...] [15].	O conselho precisa de capacitação para analisar a prestação de contas, que não é apresentada de forma simplificada, é muito técnica e gera dificuldades. A formação de comissões, formada, por exemplo, com parcerias de professores e universidades, auxilia a fiscalização. (26/15)

		conclusão
Entrevista	Trecho da Entrevista	Síntese
28	Expectativa para melhorar é fazer mais capacitação e ter uma assessoria indígena no controle social dentro do Dsei para melhorar as nossas lideranças, os conselheiros, onde eles estão perdidos ainda. Então se o Dsei procurar um meio de puxar recursos para a capacitação eu acredito que o controle social seja o melhor parceiro do Dsei. [9]	A melhoria do controle social ocorre por meio da capacitação dos conselheiros. (28/9)
29	A dificuldade a gente tem ainda é não ter capacitação suficiente para a gente entender a burocracia que tem na sociedade, como por exemplo orçamento da União, planejamento, fazer licitação. Então são esses detalhes que nós conselheiros tem que estar apto, aprender e também ser capacitado na legislação brasileira, que garante que tem que ter um conselho que entenda qual é sua função e não do controle do gestor [2].	Necessidade de capacitação para compreender a burocracia do governo, o orçamento da União, planejamento, licitação, legislação e o papel do conselho. (29/2)
30	[...] e eu acho que 90% dos presidentes dos conselhos não estão capacitados para aprovar as prestações de conta dos distritos porque eles não têm essa formação, essa habilidade de lidar com a burocracia e aprovar dentro da legalidade de prestação de contas como deveria ser, tem poucos presidentes [que sabem]. [6]	A maior parte dos conselheiros não está capacitada para aprovar as prestações de contas. (30/6)
30	Nossos conselheiros, a maioria não são capacitados, tem que ser capacitados. Então como nós vamos, porque primeiro de tudo, para fazer saúde indígena para ter controle social nós temos que entender o papel do gestor e o do controle social [11].	Necessidade de capacitação para entender o papel do gestor e do controle social. (30/11)
31	Surgiu algumas capacitações no início, que montou os conselhos até para melhorar a compreensão da legislação e da participação do usuário [2].	As capacitações melhoram a compreensão sobre legislação e a participação do usuário. (31/2)

Após essa etapa, as informações foram interpretadas em conjunto, para permitir a elaboração de um texto coerente com as ideias reveladas nas entrevistas. As ideias semelhantes foram sintetizadas de modo a manter a identificação da entrevista que as originou registrada em números arábicos e entre parênteses ao final da parte do texto correspondente, por exemplo: (30/11), que significa: entrevista número 30, trecho 11. Quando o texto referir-se a mais de uma entrevista, elas estarão separadas entre si por ponto e vírgula, por exemplo: (4/13; 30/11).

Também foram colocados trechos originais das entrevistas, como forma de valorizar a expressão dos entrevistados.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foram obedecidas todas as normas para a pesquisa, estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde em 11 de novembro de 2009 (registro 106/09) e pela CONEP em 1º de outubro de 2010 (registro 15811, parecer N° 570/2010).

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE com esclarecimentos sobre a pesquisa (anexo 3).

A pesquisa não apresentou riscos aparentes aos participantes. Não houve visitas a aldeias indígenas. Todavia, a proposta foi apresentada previamente aos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena em reunião do fórum realizada em agosto de 2009. Os representantes indígenas manifestaram apoio à realização da pesquisa, sem ressalvas ou questionamentos relacionados a possíveis riscos. Apresentou-se a opção de anonimato no TCLE, para preservar os participantes.

5 O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - A PERCEPÇÃO DOS PRESIDENTES DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Neste capítulo, apresenta-se uma descrição do controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena sob a perspectiva dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. A fim de facilitar a compreensão e a leitura, foi elaborado um texto com os dados do questionário (ver resultados no anexo 4) e das entrevistas. As informações foram organizadas conforme os temas que constituíram as categorias empíricas.

Pelo caráter qualitativo da pesquisa, os dados quantitativos obtidos foram utilizados apenas para permitir uma visão geral de aspectos referentes à organização e ao funcionamento dos conselhos distritais, de modo a contextualizar o conhecimento da realidade estudada. Esses dados, isoladamente, não seriam suficientes para revelar as tensões que se estabelecem nos espaços de controle social, por isso as entrevistas foram fundamentais para a realização da reflexão proposta nesse trabalho.

5.1 CONFORMAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE INDÍGENA

A estruturação do conselho se deu em 99 com a criação da saúde indígena, [...], na época foi o próprio governo federal que incentivou isso [...]. Através da saúde, através dessa política de saúde, [...] a gente conheceu outros conhecimentos, a saúde trouxe pra nós lá, na aldeia mesmo, avanço não só da saúde, mas ensinou a gente fazer demarcação de terra, como buscar... ter terra marcada e homologada, sócio-econômico, ele levou, vigilância da terra, tinha muitos invasores, hoje não tem mais, [...]. Eu não tinha conhecimento nenhum de política de indígena, de nada, de nada, de nada. Eu, hoje em dia, já me sinto um pouco mais estruturado, tenho um conhecimento melhor (18/1).

O controle social deve ter um papel de fiscalização, de acompanhamento da gestão e da aplicação dos recursos e de avaliação das ações. O conselho local de saúde indígena deve encaminhar demandas e propostas para o conselho distrital e informar a comunidade. O Condisi é responsável por apresentar essas demandas e reivindicações ao Dsei, e este deve levá-las para Brasília, e também para o fórum, para que cobre dos governantes (12/5; 8/2; 8/8; 13/2; 4/7; 5/1; 15/1; 13/7; 8/4; 4/7; 26/19; 3/2).

Eu entrei na luta, fui nas reuniões, falar do direito da nossa saúde pra poder defender para não faltar medicação nas áreas e porque eu achei que, se não falar, ninguém vai dirigir nossa saúde. Por isso eu estou acompanhando a saúde agora e se não estiver bem direito eu reclamo, eu discute, eu cobra,

porque como eu sou presidente do conselho distrital de saúde eu quero defender meu povo de todas as áreas que tá tendo sofrimento até hoje [...]. (3/1)

[...] para nós, os indígenas, é muito importante até porque a gente tem que fiscalizar, acompanhar e reivindicar o direito da saúde indígena, porque nós somos diferenciados e cada povo são culturas diferentes e por isso nós temos o conselho local de cada povo, de cada comunidade, pra estar trazendo as dificuldades para o presidente de conselho distrital, para junto com o chefe do Dsei buscar o benefício lá para ser feita ações lá nas aldeias onde tem muita dificuldade. (4/1)

Então pra nós foi um ponto positivo de acompanhar mesmo a atenção básica, o profissional que está na área, a equipe multidisciplinar que está na área no dia a dia, então o controle pra nós é uma instituição que acompanha no dia a dia, tanto na base quanto no distrito e no fórum também. (8/3)

Os conselhos locais e distritais de saúde indígena tornaram-se uma referência para a população indígena. Além de serem um espaço de discussão e de deliberação da saúde indígena (25/2), esses conselhos podem atuar na solução de problemas da comunidade (27/1). Nos conselhos, não se discute apenas a questão assistencial: os conselheiros abordam também as questões sociais e políticas voltadas para a comunidade indígena (31/5). Assim, eles são procurados pela população indígena para resolver problemas junto aos municípios e a outros órgãos públicos (15/4; 22/8; 2/17; 25/8).

a gente ganhou confiança da nossa população e eu acho que por esse motivo a gente é procurado, pra resolver problemas que são da responsabilidade da Funai e outros problemas que não é nosso mas que vem pra gente. (2/8)

5.1.1 Conselhos Locais de Saúde Indígena

Os conselhos locais, formados apenas por indígenas (27/13), devem possibilitar mais participação da comunidade, de lideranças, caciques, pajés, parteiras, professores, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e anciões (31/3; 12/10; 7/2; 7/11; 14/4; 15/12; 19/3; 23/1). Nesses conselhos discute-se as questões de saúde entre a comunidade, que deve participar do planejamento, da avaliação e do acompanhamento das ações de saúde (16/1). Além de trazer avanços no acompanhamento das ações de saúde realizadas nas aldeias, melhorou a orientação dos profissionais que vão para a área indígena (30/8). Também ajudou a comunidade a se organizar. Essa organização em nível local, pode trazer mais benefícios, projetos do governo e apoio das prefeituras nas questões sociais (23/2; 23/4).

[...] a gente faz, as reuniões são rotativas e abertas, totalmente participativas, então todo mundo participa lá no âmbito local que é formado só por índios,

mas a gente traz problemas de saúde juntando equipe de saúde para discutir com o conselho, se o problema envolve a Funai a gente traz o coordenador técnico local da Funai para dentro da reunião para conversar com a gente, quando envolve lideranças a gente traz também, convida as lideranças, e assim é bem participativa. [...]. (25/6)

5.1.2 Conselhos Distritais de Saúde Indígena

No Brasil, existem 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, um em cada Dsei, 15 deles foram criados em 2000; 18, em 2001 e um em 2002. A quantidade de conselheiros varia entre 18 (Vale do Javari) e 72 (Ceará). Todos os Condisis informaram que são compostos por 50% de conselheiros representantes do segmento de usuários.

Em 27 Conselhos Distritais, o presidente representa o segmento dos usuários. Apesar de também haver três representantes dos profissionais de saúde, dois representantes dos prestadores de serviço e um representante do gestor. Ressalta-se que todos os presidentes dos Condisis são indígenas. Apenas o Condisi Pernambuco é presidido por um colegiado, do qual faz parte pelo menos um indígena.

Os presidentes são eleitos e, geralmente, o mandato é de dois anos e pode ser reconduzido por mais dois anos. No Condisi Mato Grosso do Sul, o mandato é de três anos, porém a recondução é de apenas mais um ano, o que totaliza quatro anos de mandato, conforme a maior parte dos conselhos. O mandato mais extenso é o do Condisi Xingu, são quatro anos, com recondução por mais quatro.

A importância da criação do conselho distrital no meu estado foi porque o conselho foi criado no amparo legal da 8.142, que dá oportunidade aos usuários a cobrar dos gestores a questão da melhoria da saúde, acompanhar os recursos que são gastos na saúde indígena, e também da autonomia dos povos indígenas se organizar através do controle social pra que seja o elo de ligação do povo da base com o controle social, reivindicando aquilo que precisa melhorar na saúde nas aldeias. Isso é muito importante, o conselho estar fazendo essa função e também acompanhando, detalhe por detalhe, o gasto dos recursos, seja ele da SAS, do teto do Dsei, seja nas conveniadas. Então isso facilita pra que o conselho tenha um acesso direto para esses recursos. E também sugerir propostas de melhorias na assistência nas bases, então isso melhorou muito com a criação do Condisi em cada estado. (29/1)

O Condisi agrega instituições públicas e privadas que lidam com a saúde indígena e as coloca para discutir as questões junto aos representantes do movimento indígena e usuários (25/4). Constitui-se, desse modo, uma referência para os órgãos do governo e para as comunidades indígenas (17/2).

5.1.3 INFRAESTRUTURA

A infraestrutura para o controle social é deficitária. Alguns conselhos têm sala e equipamentos (6/10; 11/10; 21/13; 26/7; 30/4; 31/6) e um técnico do Dsei para apoio à atuação do Condisi (19/8). No entanto, na maioria falta infraestrutura, o que dificulta a ação do conselho (2/19; 9/10; 12/14; 14/12; 19/8; 20/10; 23/15).

De acordo com os dados colhidos por meio dos questionários, existem 12 Condisis sem sede ou sala própria, 25 sem linha telefônica, 14 sem acesso à internet e 16 sem secretaria executiva ou pessoal de apoio.

Falta suporte para fazer o trabalho do controle social, que inclui visitas às aldeias. Ressalta-se o fato de que há um grande número de aldeias com dificuldade de acesso por causa das características geográficas (8/20; 9/1; 9/11; 11/10; 15/16; 19/10; 20/10; 28/2).

Eu acho que tem que dar suporte para visitar as aldeias, as bases, o controle social começa da base se não tem controle social, tem que ouvir lideranças antigas e todo mundo, para fazer um controle social bom. (9/8)

Pelo fato da gente ser indígena e estar no conselho, tem essa vantagem com as comunidades, mas tem casos que fica ruim quando a gente fica restrito a esses problemas de comunicação, falta de transporte, muitas comunidades imaginam que a gente não vai por que não quer, aí complica pra nós e pra unidade gestora, o distrito, e quando as lideranças vem, vem em cima da gente. (15/16)

A dificuldade que nós enfrenta é que o Dsei não dá apoio para os conselhos para que possa deslocar para outras aldeias e comunidades, tem 105 aldeias, tem as etnias Kaiabi, Apiaká, Kaiapó, Munduruku, estas etnias tá com a gente. Para que a gente possa alcançar a troca de experiência e fazer uma palestra na dentro das comunidades indígenas o que dificulta pra mim hoje é transporte, gasolina não temos, transporte próprio para o Condisi não temos e isso dificulta o trabalho, e a comunidade fica cobrando ‘quando é que tu vai vir aqui fazer um trabalho?’ (28/2)

Falta também liberdade e independência para fazer o controle social (5/4; 15/7; 16/6).

A gente tem dificuldade de recursos humanos, que todo conselho tem que ter uma estrutura própria, um meio próprio dele se manter ali, porque ficar na dependência do distrito é muito complicado [...]. (15/7)

Há uma expectativa para a estruturação do controle social: “Já temos uma resposta do Secretário da Sesai que nós vamos estar estruturando um setor importante que é para os conselheiros” (4/12).

5.2 REUNIÕES E ORÇAMENTO

O item do questionário sobre financiamento foi respondido por 30 Condisis e, apesar de 23 deles informarem participar da elaboração do orçamento, apenas três declararam ter autonomia para gerenciá-lo.

Nas entrevistas, foi relatado que alguns conselhos têm apoio do Dsei e realizam reuniões regularmente, como é o caso de Pernambuco e Alto Rio Solimões (6/11; 25/5). Entretanto, a maior parte dos conselhos não têm realizado as reuniões conforme a programação anual (2/8; 5/5; 7/5; 9/2; 9/12; 18/8; 21/7; 14/15; 28/3; 22/3).

Dos 24 Condisis que prestaram informações nos questionários sobre a realização das reuniões ordinárias, a maioria informou prever, em seu regimento, a realização de três (11 Condisis) ou quatro (12 Condisis) reuniões por ano. O Condisi da Bahia informou prever somente duas reuniões por ano. Porém, em 2009 apenas cinco Condisis conseguiram realizar o número de reuniões ordinárias previstas no regimento. Os Condisis Kaiapó do Pará e Xavante relataram não ter realizado nenhuma reunião do conselho.

As grandes distâncias, além das dificuldades de acesso e de comunicação, prejudicam a atuação dos Condisis (15/2; 23/18). As principais dificuldades, todavia, são a falta de recursos financeiros e os problemas de gestão da Funasa (2/6; 4/17; 7/3; 9/9; 11/17; 13/3; 14/2; 15/2; 19/4; 21/4; 23/3; 31/7).

Para cada reunião do conselho distrital era enviada uma solicitação de recursos ao Desai/Funasa, que às vezes era negada, e motivava o adiamento da reunião (20/2). Inclusive quando conseguiam recursos para as reuniões, não tinham apoio para as outras atividades do controle social, por exemplo, para as visitas às aldeias (8/20; 9/1; 9/12; 22/2; 22/7).

A maioria dos presidentes dos 34 conselhos mora na aldeia (1/6) e declararam ser pressionados pelas comunidades quando não há reuniões do conselho ou visitas às aldeias (15/16; 28/2). A comunidade cobra a realização de reuniões do conselho local para ter informações sobre a atenção à saúde (7/12; 26/11) e, em alguns casos, tem contribuído com recursos próprios para não perder os momentos de discussão (4/5; 16/3; 18/5; 22/4; 26/18).

[...] o nosso orçamento ficava dentro da entidade, a gente não tinha orçamento na Funasa, era separado, [...], então a gente tinha articulação na aldeia, supervisão na aldeia, separado da Funasa, a gente fiscalizava as obras, como saneamento, obras executadas pelo governo, [...] então fragilizou o controle social no meu estado devido ao rompimento novamente de parceria com as ONGs, [...]. A gente não pactuava direto com a Funasa, pactuava com as ONGs que tinham mais facilidade de fazer, de arcar com nossa despesa. Através dessa fragilidade a gente não acompanhou mais, a situação do controle social hoje no meu estado está fragilizado. Ano passado consegui realizar só uma reunião, e nós tínhamos o calendário cumprido, de

quatro reuniões por ano, e antes tinha as reuniões locais [...]. (26/4; 26/8)

[...] aí o pessoal fala, mas porque que foi criado conselho, se não tiver dinheiro então não cria! (14/14)

5.3 DELIBERAÇÕES

No questionário, ao responder se as reivindicações das populações indígenas foram atendidas em 2009, a metade dos 34 Condisis informou que não, oito responderam que sim, oito informaram que foram atendidas em parte e um deles não respondeu.

O descumprimento das deliberações pelos gestores é um problema enfrentado pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (1/2; 11/17; 27/9; 27/12). Isso decorreu no afastamento de lideranças tradicionais (8/14; 8/15) e na perda de credibilidade junto a entidades que compunham o conselho. Também provocou a ausência de algumas instituições nas reuniões (19/2).

[...] porque hoje o gestor não respeita as deliberações do conselho, ele faz de conta que não sabe, ele faz de conta que não vai atender, enrola entendeu? Então nesse sentido não vai melhorar, pode estar um conselho capacitado, conselho funcionando, mas se o gestor não respeitar não tem como melhorar. (30/13)

No caso fórum, houve relato sobre gestores que se mostravam favoráveis às reivindicações, mas não as executavam (11/19).

5.4 CAPACITAÇÃO

A falta de capacitações dos conselheiros também é citada entre as dificuldades. Apenas nove, dos 34 Dseis, realizaram capacitações para conselheiros no ano 2009, e dois destes realizaram apenas capacitações para conselheiros locais. Alguns deles justificaram a ausência de capacitação pela inexistência de recursos para essa atividade.

Segundo os entrevistados, uma das formas de melhorar o controle social é capacitar os conselheiros (4/6; 8/21; 11/6; 11/23; 28/9). A falta de capacitações pode prejudicar a atuação dos conselheiros (2/2; 25/11), pois é fundamental que eles entendam qual é o papel do controle social (21/8; 12/6-12-17; 10/4; 11/20; 10/4).

Espera-se que as capacitações possam auxiliar os conselheiros no entendimento do perfil epidemiológico e dos indicadores de saúde (20/4), assim como na compreensão sobre a burocracia do governo, o orçamento da União, o planejamento, as licitações, a legislação e o papel do conselho e do gestor (16/5; 29/2; 30/11; 31/2).

A maior parte dos conselheiros não está capacitada para aprovar as prestações de contas. Essas prestações são apresentadas de forma bastante complexa, ou seja, por serem muito técnicas, acabam por gerar dificuldades. A formação de comissões, por exemplo, em parceria com professores e universidades, pode auxiliar a fiscalização (30/6; 26/15).

Vamos estar com tarefas sabendo qual é a função dele [chefe do Dsei] e os Condisis também tem que ter clareza de qual é o seu papel, porque muitas vezes é invertido, alguns conselhos não conheciam seu papel aí houve muitos confrontos. Aí cria um clima ruim e as coisas não funcionam. (1/17)

Os conselheiros capacitados podem atuar como multiplicadores (2/9; 19/9). Através do Condisi houve capacitação e formação de multiplicadores indígenas que têm a confiança da comunidade (1/12). A formação de multiplicadores que possam atuar nas aldeias é fundamental, visto que toda a comunidade, e não apenas os conselheiros, têm a necessidade de esclarecimento sobre os serviços de saúde:

Tem muitas pessoas que não tem conhecimento, só porque nós temos uma saúde que é obrigação do governo, então tem muitas lideranças dentro da aldeia que, por falta desse conhecimento, do sistema, da gestão de recursos, a participação dos próprios indígenas pra que melhore a saúde indígena, mudou muita coisa na cabeça, porque antigamente eles diziam que tinha que fazer as coisas do jeito que eles imaginavam, que eles pensavam, e do modo que eles queriam fazer. Vou dar um exemplo simples, tem as vezes um veículo, que são poucos, mas não da pra fazer muita coisa ao mesmo tempo, aí eles pensam que 'a saúde indígena tem muito dinheiro aí vou pegar um táxi, um vôo, pra tal lugar e aí eles vão pagar isso porque o dinheiro que vem é nosso, é da comunidade', então eles não entendiam essa parte do programa, do plano que foi elaborado e tem que ser cumprido conforme foi elaborado ali. Antigamente eles não viam isso, quer dizer, a mesma coisa de eles tá vendo um plano aqui, mas quando era pra trabalhar com o recurso eles não queriam nem saber, queriam fazer outras coisas. (15/11)

O esclarecimento sobre o trabalho do controle social tem despertado mais interesse na participação das comunidades, das lideranças e das organizações indígenas (7/6). O entendimento sobre o processo de planejamento para aplicação de recursos do distrito possibilitou a participação da comunidade que começou a apresentar propostas (5/2). E a participação nas reuniões fez surgir pessoas preparadas para exercer o controle social (6/16).

Já ocorreram algumas capacitações, sobre o subsistema e o SUS (23/6; 26/2), mas ainda está faltando capacitação no controle social (18/7; 19/9), inclusive porque há novos conselheiros (6/5-9). Há cobrança para realização de capacitações (14/13; 19/5), porém têm-se encontrado dificuldades (4/2; 6/12), por exemplo, os problemas de gestão (4/13) e a falta de planejamento (2/7).

5.5 OS CONSELHOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM ÍNDIOS E COM NÃO ÍNDIOS

5.5.1 Relação com lideranças tradicionais

A relação com as bases é fundamental para o controle social do subsistema, para garantir o apoio das lideranças e das comunidades ao controle social (22/10; 32/13).

Apesar de alguns Condisis não terem tido problemas na relação com caciques, lideranças indígenas ou movimento indígena, porque todos participaram da criação do conselho (17/7; 30/1), no início da atuação de alguns conselhos de saúde indígena, houve problemas com as lideranças tradicionais (28/4).

No início foi conflituoso, tanto com as organizações quanto com as lideranças. [...] as lideranças se sentiam ameaçadas nesse processo inicialmente aí foi contornado esse problema e hoje flui tudo normalmente. Há participação das lideranças e do movimento indígena no espaço do controle social e tranquilamente é feita as discussões [...]. (20/1)

O avanço no controle social se deve ao bom relacionamento com lideranças, com professores e com pajés. As lideranças têm contribuído para a conscientização da população, no trabalho do agente indígena de saúde e dos profissionais de saúde para um atendimento melhor (16/2). Os conselheiros atuam em parceria, eles ouvem as lideranças antigas (6/4; 8/24; 9/8). Há uma relação de confiança entre os conselheiros e a comunidade (10/6).

Mas quando a gente chega a um certo ponto de nomear ou de contratar, até mesmo de exonerar alguém, às vezes o conselho chega em um consenso que a pessoa não tem perfil, não tem que trabalhar, aí vem o cacique de lá e diz que quer que contrate essa pessoa, e aí? Aí que eu estou falando, porque com uma liderança dentro do conselho, participando dos trabalhos que a gente tá fazendo, aí essa liderança vai estar tomando conhecimento do que está sendo tratado, quais os caminhos certos, para não fazer uma coisa errada. (15/15)

Inicialmente, as lideranças tradicionais não se interessaram pelo controle social porque não acreditaram que daria certo, acharam que seria passageiro (1/23; 27/4). Também havia conflito entre as deliberações dos conselheiros e a posição das lideranças tradicionais (11/12). O conselho começou a tomar decisões que eram das lideranças tradicionais, por falta de entender o papel do conselheiro.

O problema acabou quando o conselheiro começou a levar, para o conselho, as reivindicações e as decisões das comunidades (12/11). Problemas na relação dos conselheiros com a comunidade também foram contornados com capacitação e com esclarecimento sobre o papel do conselho de saúde (1/24). Hoje, pajés, parteiras e benzedeadas participam da

indicação dos conselheiros (6/18).

A participação dos indígenas despertou o interesse de lideranças com relação ao distrito (8/1). Por meio dos conselhos, a população indígena deve participar das ações executadas no Dsei (21/9; 32/7). Com a criação dos conselhos locais estão ocorrendo reuniões nas malocas:

Mas antigo era muito difícil, quando não tava tratado de conselho. Hoje tem reunião na maloca, de conselho local, vai professor, gestor, AIS, técnicos de branco mesmo, nós pede pra [eles] participar para poder ficar anotando o que os conselhos locais estão falando. (3/3)

Lideranças tradicionais são participantes ou convidados dos conselhos de saúde, apoiam o controle social e levam às aldeias o que foi discutido (2/3; 14/3; 15/15; 29/4). As lideranças indígenas, hoje, entendem o que é o controle social (26/1).

O problema ocorre quando as lideranças enviam demandas para os conselhos e não têm retorno (17/7). Ou quando não há concretização das expectativas apresentadas nos discursos, o que afastou lideranças do conselho (8/13). Há também a falta de recursos para levar as lideranças para a reunião do conselho (13/9), impedindo que a reunião seja ampliada (26/9).

Isso a gente não excluiu o controle social tradicional do povo indígena, sempre respeitando caciques, pajés, lideranças de base, só que esses são nossos aliados e a gente traz esse povo para dentro do conselho. Quando tem uma pauta importante envolvendo determinado polo, de um determinado povo, a gente nunca discute só os conselheiros, a gente inclui as lideranças daquele povo, inclui caciques, vem como convidados com direito a voz, com os custos garantidos pelo Dsei, tem todo esse espaço garantido dentro do conselho, para trazer suas dificuldades, porque tem momentos que não há consenso entre conselheiros e lideranças, então a gente chama para o conselho maior, que é o conselho distrital e tenta construir esse consenso e dar os encaminhamentos de acordo com o entendimento dos dois movimentos, o movimento indígena tradicional e do controle social, então a gente não tem muita dificuldade de inserir as nossas lideranças e trabalhar juntos. (25/3)

5.5.2 Relação com o Movimento Indígena

Trabalhamos em conjunto com as associações indígenas, tem assento no conselho local também, e no conselho distrital conseguimos trazer associações de um povo e regionais também, que representam mais etnias, por isso nosso conselho ficou sempre forte. (26/10)

Poucos Condisis ainda encontram dificuldades na relação com as organizações indígenas (6/14; 17/4; 22/6; 28/5). Na região Sul, apesar da necessidade de fortalecer a

relação com o movimento indígena, algumas organizações indígenas têm assento no conselho (13/8). A maioria dos Condisis tem uma forte relação com o movimento indígena, pois as lideranças que compõem o conselho fazem parte do movimento indígena (30/2).

As associações indígenas acompanham as reuniões e têm assento no conselho distrital e nos conselhos locais (1/4; 4/8; 5/7; 6/13; 7/7; 8/18; 11/11; 18/11; 21/2; 26/5; 27/3; 3/4). Até quando há diferença de posicionamento das organizações indígenas, quanto à questão de demarcação de terras ou afinidade partidária, não há divergências nas discussões sobre saúde e educação (16/4).

Lá distribuímos assim, as associações fazem a parte política. Se uma coisa não existe na lei a associação vai lutar para que isso seja de fato um direito, começa por aí e a partir daí o conselho distrital, o controle social, tenta elaborar, propor condições para a gente começar a trabalhar, da parte administrativa, já da parte de gestão. Cada um está no seu devido lugar, a gente respeita, a gente não toma decisões políticas como presidente de conselho. Eu sou liderança, mas eu tenho que me colocar como liderança no momento certo e tenho que me colocar como controle social no momento certo. Nós separamos as coisas, a gente entende que a força maior é o movimento indígena, nós [o conselho] somos uma força menor, e o movimento indígena tem que ter uma visão mais ampla para todas as áreas, saúde, educação, terra e todas as causas indígenas. E o controle social ter a visão mais da questão de saúde, como temos também um conselho que é só na área de educação. Então a gente dividiu isso pra não ter complicação e cada um respeita o seu espaço. (12/20)

O movimento indígena leva informações para as aldeias, mas é pontual porque tem outros assuntos para discutir (5/6). Além disso, representantes do governo dificilmente participam das assembleias promovidas pelo movimento indígena ou se comprometem com as deliberações que ocorrem nessas instâncias (25/9; 26/14).

5.5.3 Relação com o gestor

A gente às vezes não sabe o interesse do governo qual é, agora o interesse da população indígena a gente sabe, que é o bem estar da população indígena, políticas sociais que vá trazer que o índio sobreviva na sua área e tudo mais. (23/13)

Os conselhos de saúde indígena têm criado oportunidades para o estabelecimento de um diálogo entre a população indígena e os gestores, que não havia no período em que a saúde indígena estava na Funai (27/2; 19/13): “Num bom diálogo a gente consegue muita coisa, [...] eu acho que o diálogo tem que acontecer, [...] agora a gente vai falar diretamente com o gestor. (1/16); e “[...] discutir olho no olho essa problemática da saúde indígena, como é que ela vai funcionar” (2/11).

Existem Condisis que mantêm um bom relacionamento com o chefe do Dsei, com diálogo, parceria e respeito (8/7; 8/10; 8/25; 15/6; 21/10; 22/1; 25/7; 26/3). E há aqueles que apresentam dificuldades na relação com o gestor (12/7-13, 18/2; 18/3; 18/6; 32/1). A relação do conselho com o gestor depende do perfil do chefe do distrito: “Hoje essa boa relação depende de cada gestor, se ele respeita a população indígena” (11/22); “O antigo chefe não valorizava o conselho, agora, com a nova chefe, avançou” (21/12); “[...] essa chefe do Dsei atual tem ajudado muito, consegue dialogar, a gente fala sobre projetos, principalmente do controle social” (7/4).

O bom relacionamento entre lideranças e gestores parece facilitar o trabalho do controle social (14/1; 14/5) e possibilitar o alcance melhorias para a comunidade (6/20). As dificuldades na relação com o gestor, por outro lado, tendem a impedir o avanço do controle social (6/1).

O conselho tem um papel de interlocução entre o gestor e as comunidades e o movimento indígena (2/10; 30/3; 31/8). Os conselheiros assessoram o Dsei e intermediam a relação entre o gestor e a população indígena (15/9).

[...] o nosso conselho foi sempre atuante e as lideranças avançaram junto com a gente, criamos os assessores indígenas que faziam a intermediação do usuário para o gestor, e isso facilitava a comunicação. Como indígena ele fazia essa articulação em geral na CASAI, pólo, município, hospitais, postos de saúde, então fazia essa articulação com os diretores de unidades e o pessoal respeitava porque era um indígena que estava falando lá. (26/12)

Durante os debates na reunião a gente não tem tantos problemas porque é um conselho ativo, participativo, tem determinados temas que está pautado que na hora do debate dá uma briga boa entre gestor, usuário e trabalhador, mas o importante é que no final a gente consegue chegar num consenso, então evoluiu muito nesse sentido. (20/3)

5.5.4 Relação com o município

Os municípios devem atuar em parceria com o Dsei nas ações de saúde, fornecendo materiais, medicamentos, equipamentos e contratando profissionais, além de possibilitar a implantação de projetos (19/6; 6/7). Com o controle social, as lideranças fazem cobranças aos municípios para assistência à saúde, com respeito à cultura e na relação com os povos indígenas (4/3; 16/7).

Em alguns casos, a relação do Condisi com os municípios é boa, quando os representantes das secretarias de saúde participam das reuniões do conselho (6/2; 7/9; 14/6; 15/5; 23/5; 27/10). Outros municípios não participam das reuniões (22/5; 31/9; 27/14; 9/14) e

não prestam contas dos recursos recebidos por eles para serem destinados à saúde indígena (4/10; 12/15; 21/3; 30/5).

Existem também os municípios que não entendem como deve ser o trabalho em área indígena. Esses necessitam de auxílio da Sesai e do Condisi para obterem esclarecimento, mas os índios têm dificuldade de ser ouvidos pelo município. A falta de conhecimento dos municípios sobre o subsistema causa também uma dificuldade de acesso aos serviços de referência. Os conselheiros vão aos municípios para esclarecê-los sobre os direitos dos índios (4/18; 15/3; 16/8).

A participação dos índios nos conselhos municipais e estaduais ainda é incipiente, mas existem representantes indígenas que têm vagas no conselho municipal (2/13; 6/21; 15/8; 19/7; 23/8) e, inclusive, no conselho estadual de saúde (1/14). A falta de informação pode gerar medo da municipalização e de uma aproximação maior com o município:

A gente tentou uma cadeira no conselho municipal e outra no conselho estadual, mas o conselho estadual acha que esta decisão deve ser tomada em uma conferência, mas quando a gente vai para uma conferência estadual nós só consegue um representante, porque é muita gente que quer participar então acho que nós deveríamos partir de uma vaga, não sei como a gente pode dizer, de uma vaga para a população indígena dentro do conselho estadual e dentro do municipal, igual tem aqui no conselho nacional... Acho que o que falta pra nós do conselho é melhor ter consciência da importância nossa dentro dessas instâncias. Eu acho também que nós não temos essa consciência da importância de nós fazermos parte do conselho municipal, de nós fazermos parte do conselho estadual, e inclusive dentro do conselho distrital nós temos a participação do município, nós temos a participação de convidados especiais, o ministério público, a Funai, e tem sempre dificuldade de participar dessas reuniões. Até porque a comunidade indígena tem medo, por a gente não conhecer a formação deste conselho, a importância de ter o município, o estado, e a instituições que trabalham com a saúde indígena, com a saúde pública. Eles imaginam sempre assim, que se tem alguém de lá, então não corre o risco dessa saúde ser municipalizada? (12/16)

5.5.5 Relação com profissionais

Acompanho o movimento indígena desde 88 [...]. Pra nós foi uma novidade e a realização de um sonho quando foi criado os Distritos Sanitários Especiais Indígenas para dar assistência à população indígena. [...] mas que na realidade, no momento de implantação, aí que nós fomos ver que era muito mais difícil [...] até porque a gente não sabia fazer isso tecnicamente e os técnicos que estavam ali não entendiam o que era o distrito. [...] E aí, as pessoas que tinham que falar dessa implantação, de como ia se dar, enfim, era nós lideranças, nós tinha que falar com os técnicos, com as pessoas que iam ser gestores, e aí a gente também tinha dificuldades porque nós ia ter que falar tecnicamente e nós não somos técnicos. [...] e aí os trabalhadores

começaram a perceber que eles tinham mais conhecimento na área da saúde de que nós usuários, então começaram impor a posição deles e a gente ficou sem saber o que fazer. Aí a gestão começou a ficar complicada, não respondia à demanda. (12/1; 12/3; 12/8)

Os conselhos têm atuado na solução de conflitos entre índios e profissionais (14/7; 27/11; 3/6). Esses conflitos decorrem da falta de perfil do profissional para atuar junto à população indígena (18/9; 32/3) e da falta de diálogo:

Tem pessoas [profissionais] que pensa que vai resolver tudo sozinho, e também não entende como é a participação deles e pensam que é só Dsei é que vai decidir todas as coisas. Aí eu comecei a explicar para eles que a gente tem que se aproximar, fazer parceria, junto. (7/8)

5.6 FÓRUM

O fórum é uma instância muito grande aqui dentro, não é brincadeira, é uma organização de respeito em Brasília. Através do fórum conhecemos o presidente, conhecemos os senadores, deputados federais e estaduais, vamos pro gabinete e discutimos nossos problemas. Ganhamos muito com a construção do fórum. (13/11)

A partir da 4ª CNSI, em que o fórum foi formalizado, ele passou a ser mais respeitado (11/14; 1/5). O fórum deu visibilidade aos Condisis (11/1; 11/3). As reivindicações dos conselhos são levadas para o fórum (1/5; 1/11), que toma conhecimento dos problemas comuns a todas as regiões do país (15/10; 20/6). Assim, a discussão dos problemas passou do âmbito de cada região, para a discussão de problemas da coletividade (5/10). O encontro dos presidentes de Condisi, na reunião do fórum, propicia a troca de experiências e a cooperação entre eles para solução de problemas (4/11; 5/8; 10/5).

Troca de experiência eu estou gostando sim, porque quando a gente não reconhece outro parente e outros problemas, como eu sou presidente, eu não sabia, mas eu tô sabendo agora porque os parentes tão falando os problemas das aldeias deles. Eu pensei que só tinha problema nas nossas áreas, mas eu tô sabendo agora que tem problema na área do Brasil inteiro. Eu estou gostando do que os parentes tão contando, tão dizendo, contando a cultura deles e falando como é a vivência deles, isso é muito bom para conhecer. (3/5)

O fórum realiza articulação no nível central (2/4; 20/5), encaminha demandas dos conselhos para a Funasa, para setores do Ministério da Saúde, para a Cisi e faz cobranças (13/10; 28/8). Por meio do fórum é possível se reunir com autoridades para resolver os problemas (17/1). As questões encaminhadas pelo fórum têm sido acatadas pela Sesai (19/11).

O Condisi tornou-se mais forte por estar ligado ao fórum e ao CNS (27/7).

Além disso, o fórum tem um papel importante na disseminação de informação para os Condisis, o que contribuiu para o fortalecimento do controle social (20/5; 4/15; 7/10; 8/19), ajuda a melhorar a discussão nas bases e o acompanhamento das ações. E, com isso, pode influenciar na melhoria da gestão (12/9).

O movimento indígena reconhece e é parceiro do fórum, fortalecendo-o (32/9). Hoje o fórum está sintonizado com o movimento indígena (20/8).

O fórum, na maioria dos casos, ele tem como base as articulações políticas do movimento indígena. [...] E é por isso que não tem embate de movimento indígena com fórum [...]. Pode ter discussões, algumas coisas, mas não remete isso para um rompimento. Eu entendo que houve um avanço a partir do momento em que há uma afinidade de ideias que coincide com o anseio das populações indígenas como um todo. (19/12)

Representantes do fórum participam da subcomissão de saúde da CNPI, o que possibilitou a comunicação e sintonia das propostas além da união nas decisões (1/10; 19/15). O fórum, em parceria com o movimento indígena e ONGs, tomou a frente para a criação da Sesai (1/7; 1/22; 14/9; 5/9; 8/12; 13/12; 10/1; 11/4; 21/14; 23/10-14; 28/7; 30/7; 32/2; 32/10).

O fórum tem um importante papel na discussão da política de saúde indígena entre os povos indígenas das diversas regiões do país:

[...] e estamos ligados ao movimento indígena nacional então nós temos esse elo de intercâmbio entre o movimento indígena das regiões e o movimento indígena nacional. [...] Então o fórum politicamente para nós discutirmos a política de saúde indígena é essencial para nós. (30/9)

O fórum faz uma discussão ampla da política e encaminha propostas para o Conselho Nacional de Saúde (29/3), em que tem um representante (17/5; 9/6; 11/13). A presença de conselheiros indígenas no CNS foi uma das principais conquistas do movimento indígena (20/7) e gerou mais apoio da sociedade (32/11) ao dar conhecimento e sensibilizar os demais conselheiros sobre a situação da saúde indígena (1/20).

O fórum abriu um espaço politicamente, o acesso tanto para a gente ter alianças como o movimento indígena nacional, o próprio Conselho Nacional de Saúde, então a gente tem como somar forças com essa relação que a gente tem, a gente já tem o Conselho Nacional, durante a nossa luta pela criação da Sesai foi uma parceria muito importante que nos apoiou junto ao governo, reivindicando, então o Conselho Nacional é uma instância nacional de controle social, então a gente tem essas ligações onde construímos parceria do fórum. Só fortaleceu e muito a nível nacional. (30/10)

As questões relacionadas à saúde indígena também são encaminhadas para o CNS por meio da Cisi (1/19). A composição da Cisi permite o diálogo com instituições que têm

bagagem na saúde indígena e é importante para pautar o CNS (11/15), porém é um espaço pouco explorado (20/11).

Ainda que o fórum tenha se fortalecido pela participação ativa na articulação para a criação da Sesai (11/2; 21/5), sua atuação vem enfrentando alguns problemas, como a interferência do gestor. A atuação do fórum tem que ser autônoma, sem interferência nas decisões, para ser respeitada e reconhecida pelas organizações, pelas instituições e pelo governo (25/12): “O fórum entrou em outra etapa assim que, ao meu ver, eu acho muito perigoso, quem está responsável pelo fórum atualmente é a gestão, então eu vejo um pouco do foco desviado, isso que eu percebo” (23/9).

O fórum necessita de recursos próprios, sala e um profissional voltado para o controle social: “O fórum, para ficar fortalecido, tem que ter orçamento próprio, e o secretário executivo ser membro do governo acaba atrapalhando um pouco” (26/13). Deve tentar ser mais independente da Sesai, autônomo, com agenda própria, não fazer só a agenda do governo, mas ter uma agenda discutida nas bases, e transformar isso em políticas (5/11; 10/3).

O que está faltando é a Sesai ter perto dela e por mais tempo, não nas reuniões do fórum, os coordenadores do fórum, para que planejem a programação da agenda e a pauta das reuniões do fórum. Essa reunião foi diferente, não se pode dizer que foi uma reunião do fórum porque não teve tempo para tratar dos assuntos do fórum. (27/8)

[...] usam o nome do fórum mas essa reunião é do governo federal. (28/6)

Há necessidade de autonomia do controle social, as reuniões acontecem quando há interesse do gestor. Entraves burocráticos, a exemplo da pendência para emissão de passagens, dificultam a participação (11/18).

nós éramos parceiros, eles marcavam, buscavam, não sei que mais, eles queriam que a gente brigasse para criar [a Sesai] e depois tá criado, e hoje eles ainda querem continuar usando o fórum da forma como querem. Quando dá pra fazer chama, quando não dá tem que esperar. Aí tem que discutir isso, como essa reunião que eu estou vindo, para discutir regimento interno, nós estamos discutindo do fórum... é prioridade? É importante? A gente sabe que é importante mas nesse momento das paralisações das ações de saúde na área, a transição tá parada [transição da saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde] tudo tá ruim, não é o momento, mas eles tão chamando a gente pra discutir isso, então nós temos que sair dessa. O controle social tem que ter autonomia, nos temos que fazer nosso planejamento e cumprir, eles têm que dar condições para nós fazermos os planejamentos e fazer o controle social. Não adianta eles fazer. Por exemplo, qual a iniciativa que foi tomada, precisa discutir capacitações, mas as licitações tá tudo parada, a transição de verdade não está acontecendo. (30/14)

5.7 ESPECIFICIDADE

Então eu tenho a perspectiva que essa mudança, que os Dseis autônomos, eles não ultrapassem os limites nem de um lado nem do outro e que construa conjuntamente essa política até porque eu acho que a ansiedade tem sido tão grande que tem momentos nas falas dos gestores ou dos assessores da gestão de que o subsistema fica muito minimizado diante da proposta do SUS, mas não pode esquecer qual é o público do subsistema, porque se não fosse para respeitar esse diferencial, para que o subsistema? Então teria que fazer com que isso deixasse de existir para ser simplesmente o SUS. E nós enquanto usuários desse subsistema e pessoas para fazer o controle social acontecer não podemos perder essa noção, qual é realmente o nosso papel aqui, fazendo valer as especificidades, fazendo valer a política diferenciada, fazendo valer os espaços de construção política e entender que a saúde indígena só vai ser fortalecida se realmente esse espaço for garantido, for respeitado e as construções forem realmente participativas, se não, vir de cima pra baixo como foi o modelo durante décadas, não dá pra gente aceitar, e não é receita de bolo! (25/14)

O controle social atua na garantia do reconhecimento da especificidade dos povos indígenas e de os serviços de saúde serem adequados a eles: “Esse é nosso objetivo, por isso nós temos saúde especial dos povos indígenas, porque é diferente, não é só curar, é orientar como prevenir, chamando os pajés, chamando as parteiras, para fortalecer nossa cultura” (4/4).

A dificuldade de comunicação na língua portuguesa é uma situação frequente e interfere tanto no atendimento aos povos indígenas quanto na atuação do conselho de saúde. Em alguns casos, verificasse a necessidade de um intérprete (2/14; 11/8; 11/9, 15/13; 22/9) ou de elaboração de material na língua indígena (23/7).

Outra característica é a existência de várias etnias no mesmo distrito, o que estabelece uma relação entre povos com cultura, costumes e línguas diferentes (7/1; 13/4; 13/5): “no nosso caso é só um povo, só uma nação, nesse caso facilita muito uma pessoa indígena porque trabalha só com uma língua. Mas eu vi que em distritos aqui nem todos falam a mesma língua [...]” (15/14); “[...] Então o fórum ensina muito, como o Condisi, aqui se aprende a discutir, a se respeitar, a respeitar a cultura do outro, o costume, a gente aprende tudo” (13/13).

Essa relação entre diferentes etnias e o grande número de aldeias implica um desafio para o controle social: o da representação (19/1; 13/1; 13/4; 13/5; 13/14): “Porque primeiro o povo decidia por nós, hoje nós estamos discutindo as nossas políticas” (1/8); e ainda:

Então eu vejo que o Condisi tem um papel de liderança, como se tivesse um cacique que tem a função de coordenar, de organizar, ordenar tudo aquilo que pode ser feito na atenção básica (8/9). [...] aí eu ganhei essa confiança no âmbito do distrito, com relação a todas as aldeias que realmente deixou a mim chegar a presidente do Condisi (8/11). [...] porque na verdade nós

somos hoje porta voz legítimo da comunidade (8/22). [...] O controle social é uma instância bem respeitada até porque já teve três gestão do povo Karajá e agora está indo para o segundo mandato da minha pessoa Tapirapé na gestão, e que ganhei credibilidade de todos os povos, tanto do meu povo quanto do Karajá, independente, porque sou uma pessoa aberta para todo mundo. (8/23)

5.8 GESTÃO PARTICIPATIVA

Hoje não, eu como estou na presidência [do conselho], não quero só enfeitar o nosso distrito, nós queremos participar na administração participativa, na administração compartilhada, é nosso. Coisas que estão lá, nas bases, a nossa realidade, é diferente, é muito diferente. Realidade nossa é nós que estamos entendendo, porque nós estamos 24 horas e nós que sabe falar, que sabe explicar, que sabe reivindicar. Agora, fazendo a mesma coisa sem a nossa presença, isso não significa, não dá sentido. (32/4)

A população indígena quer participar mais na gestão (32/5; 18/10). O Condisi deve trabalhar em parceria com o gestor (32/8; 12/21), mas não deve ser chamado apenas para resolver problemas junto às comunidades, também deve ser chamado na hora de tomar decisões (24/1; 30/3).

Tipo assim, a gestão tem que ser participativa, por exemplo, não é só participar da reunião, eu tenho que dizer como tem que ser [...]. Mas se só você ditar regras, assim eu não sou participativo, e isso tá acontecendo no meu distrito. Diz que tá participando, não, eu tô participando das reuniões, mas da gestão ninguém tá participando. Ninguém tá dizendo 'é assim que vai dar certo, vamos tentar, então se não der certo assim, a gente vai melhorar de outro jeito'. (18/4)

Ainda há confusão entre o papel do controle social e da gestão (12/18) e falta de clareza sobre o que é gestão participativa (23/12).

Eu entendo que precise ter maior conhecimento da parte da gestão de qual é realmente o papel do conselho e do fórum nisso tudo [...]. Que tem hora que há essa inversão de papéis, do conselheiro achar que já pode organizar a gestão ou do gestor achar que já está organizada o suficiente para fazer as coisas sem uma prévia discussão com o conselho. (25/13)

Também acho interessante nesse processo que acabamos aprendendo a gestão do governo, a coisa de execução de obras, porque estava lá participando, por exemplo, quando abriu licitação de uma empresa para execução de obra de saneamento, a gente participava, a gente apreciava, a agente não tinha direito de voz, mas tava vendo lá, então não tivemos dificuldade de fazer esse tipo de fiscalização porque a gente bate em cima do contrato firmado depois de a empresa ganhar. Dá mesma forma também quando o pessoal faz execução de atenção básica na aldeia, a gente sabia o tipo de programa que tá sendo executado [...]. Hoje como presidente não tenho nenhum medo de estar debatendo o programa que é preconizado pro Dsei executar porque nós participamos do debate com os técnicos, a gente dá

nossa opinião, por isso hoje não tem dificuldade. (26/17)

Não houve dificuldade na criação do conselho distrital porque a comunidade entendeu que era o momento de ter uma participação efetiva, uma gestão participativa (2/1). O controle social deve participar das pactuações da Sesai, para facilitar o acompanhamento das ações:

Já que vai ter pactuações com exército e com municípios, a gente tem que estar junto, participando, não só pra receber informação. Nesse momento, além de fazer o acompanhamento, tem que estar na construção das pactuações, pois estão sendo feitas em nome dos índios e são melhorias que vão chegar para os índios. Como vai cobrar se não participar? (5/12)

O conselho distrital veio para evoluir o subsistema, a nossa participação na sociedade, e nós temos só a ganhar. O controle social veio para fortalecer, hoje nós temos uma parceria bem forte com os gestores, os gestores nos pede opinião, nos pede orientação e é uma coisa que eu creio, só tem a melhorar. (21/1)

5.9 DESAFIOS E EXPECTATIVAS

O Condisi é atuante (1/1; 26/12; 27/5), mas falta informação para passar para a base (6/19). Há dificuldade de conseguir informações no Dsei e de fazer contato com o fórum e com a Sesai (8/5; 8/6; 9/7; 23/17). É necessário melhorar a comunicação tanto por parte dos gestores, quanto do Condisi para os conselhos locais e dos conselhos locais para a comunidade.

Esse é um dos grandes desafios, como fazer essa informação chegar até para que possamos medir como está o nível de satisfação, programas, ações e até mesmo se a comunidade de base se sente representada por esses movimentos, a avaliação constante desses espaços. (20/9)

Para melhorar o controle social do subsistema é necessário fortalecer os espaços de controle social que existem hoje (1/15; 1/18; 21/6; 32/12), principalmente os conselhos locais (1/21; 7/13; 11/21), realizar capacitações, estruturar o conselho e garantir recursos para atividades em área (30/12).

Também é necessário melhorar a relação com a medicina tradicional (12/19), “porque a gente quer exatamente que a medicina tradicional tenha o seu papel de fato e de direito que até então era uma luta nossa para restaurar a prática de medicina tradicional” (2/12).

Com relação à Sesai, espera-se a solução de problemas administrativos e financeiros do Dsei (23/16).

Agora na minha avaliação, particularmente, dentro da Sesai a gente tem que ajudar secretário a fortalecer, equipar, ampliar, equipe competente, que realmente assume compromisso pra melhorar, não pra piorar, então isso é

uma das preocupações que eu tenho sempre pensado, sempre preocupado, por isso que nós temos que ter acesso diretamente com o secretário, pra gente conversar, apoiar ele pra ele arrumar a casa. (14/10)

Tem muitas pessoas curiosas, mas estou falando que tudo é devagar. Essa secretaria é assim, nasceu uma criança, então agora tem que fazer a casa, comprar mamadeira, fazer o roçado para dar de comer à criança, até chegar o ponto de começar a andar, então não vai ser hoje nem amanhã, daqui a dois ou três anos aí nós vamos começar a ver o resultado que nós indígenas temos também que ter responsabilidade para ajudar. (4/16)

6 POSSIBILIDADES E LIMITES DOS ESPAÇOS FORMAIS DE CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Por meio das informações apresentadas nos discursos descritos anteriormente foi possível identificar os principais problemas para a efetiva atuação dos conselheiros indígenas. O perfil dos conselhos, brevemente delineado, permitiu constatar que há baixa autonomia, uma vez que há dificuldades no que diz respeito: ao funcionamento (apoio administrativo, secretaria executiva), à organização (sede, infraestrutura e informatização) e ao orçamento (existência, elaboração e gerenciamento). Essas fragilidades tendem a dificultar ou, inclusive, a impedir a execução das ações de controle social.

Para compreender mais claramente o controle social do subsistema, segue-se uma análise crítica da realidade encontrada.

6.1 EQUIDADE

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena apresenta-se como uma alternativa Bioética de respeito às diferenças, pois expressa a possibilidade do SUS de adequar-se para atender à diversidade da população brasileira, de modo a criar uma configuração diferenciada da rede de serviços de saúde, para contemplar o princípio da equidade.⁽¹²⁹⁾ Por isso, busca-se, a seguir, identificar as adequações no controle social do subsistema que consideraram as características específicas dos povos indígenas.

Ao analisar os mecanismos formais de controle social do subsistema, inicialmente constituídos de forma semelhante aos anteriormente criados no SUS, observa-se que houve espaço para novas configurações demandadas pela população indígena. Um exemplo são os conselhos locais, compostos apenas por indígenas, cujas reuniões ocorrem nas aldeias e refletem a forma de organização local, seguindo as regras estabelecidas na comunidade.

Os conselhos locais têm importância fundamental na estruturação do controle social na saúde indígena, por permitirem a ampliação da participação comunitária e o contato direto dos usuários com os conselheiros, que levam as demandas das comunidades para o conselho distrital. Além disso, tornaram-se espaços estratégicos para ajustar as questões relacionadas à representação e à definição de papéis, que surgiram entre conselheiros e lideranças tradicionais em decorrência da criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Os conselhos distritais, pelo caráter deliberativo, seguem as recomendações das resoluções do CNS que orientam a composição e o funcionamento dos conselhos de saúde, de

maneira a espelhar sua estrutura nos demais conselhos do SUS. Ainda assim, apresentam as peculiaridades da relação intercultural que se estabelece nesses espaços e que interferem diretamente na sua forma de atuação, marcada pelo protagonismo indígena.

Nesse sentido, destaca-se o fato de os presidentes de todos os Condisis serem indígenas e ressalta-se a dificuldade na relação com os municípios, que frequentemente não têm se comprometido com a solução de questões relacionadas à rede de referência e com a prestação de contas nos conselhos de saúde indígena.

Essa situação é agravada pela diferença entre a área de abrangência dos distritos e a divisão administrativa dos municípios: “Tem aldeia que tá localizada em três municípios, no caso dos Araras de Cachoeira Seca, a área deles fica no município de Altamira, Placas e Uruará. Como lidar com essa situação uma vez que está localizada nesses 3 municípios?” (2/15).

Para solucionar essa questão seria necessário que índios, gestores do subsistema e representantes dos municípios se dispusessem ao estabelecimento de um diálogo que se inicie com o reconhecimento da existência de uma realidade diferente daquela encontrada nas áreas urbanas. Eles também deveriam se comprometer com a solução dos problemas que impedem o acesso da população indígena à atenção integral à saúde.

Isso implicaria, por exemplo, buscar novas alternativas para definir a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade, provavelmente diferente das configurações previstas no SUS.

No âmbito nacional, o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que surge de uma demanda dos representantes indígenas, torna-se o maior exemplo da capacidade de reconfiguração dos espaços de controle social para o atendimento às diferentes formas de relação entre o governo e a sociedade. Embora seja distinto das instâncias de controle social previstas no SUS, o fórum é reconhecido formalmente e, apesar de ter caráter consultivo, influencia de forma importante as decisões governamentais.

A criação do fórum surgiu de uma demanda dos presidentes dos Condisis, diante da necessidade de se estabelecer uma relação direta com o nível de tomada de decisão do governo. Isso ocorreu em função da falta de autonomia administrativa e financeira dos Dseis e da centralização das decisões na presidência da Funasa, que fragilizaram a atuação dos conselhos distritais.

Os chefes de distrito, enquanto gestores locais, ficavam impotentes diante das demandas da população indígena ou simplesmente omissos. Nesse contexto, o fórum tornou-se um importante espaço de interlocução entre gestores e população indígena e ganhou mais

força ao conquistar uma vaga no CNS, ao lado do movimento indígena.

Pode-se dizer então que a configuração formal dos mecanismos de controle social do subsistema incorporam características próprias para atender a uma realidade específica, apresentando, sobretudo, modificações institucionais, e reflete o princípio da equidade.

Mas, o alcance da equidade vai além da adequação das estruturas formais. As ações baseadas nesse princípio devem reconhecer as distintas necessidades e permitir a diminuição das desigualdades existentes na sociedade. Portanto, os espaços de controle social, criados especificamente para atender a uma população diferenciada, devem permitir a efetiva participação dos usuários, o diálogo entre os atores envolvidos, de modo a produzir mudanças na realidade social. Nesse sentido, na próxima seção será analisada a participação indígena com base no funcionamento dos conselhos.

6.2 PARTICIPAÇÃO

A criação dos conselhos de saúde indígena demonstrou o reconhecimento do Estado ao direito dos povos indígenas de participarem na definição das políticas e dos serviços saúde direcionado a eles.

Pela primeira vez que a gente tá participando de uma política nacional de saúde indígena dentro do governo federal onde se criou os conselhos locais e distritais. Em nenhum momento antes da Funasa assumir a saúde do índio nós não teríamos participação dentro da saúde pública, que hoje nós existe e estamos acompanhando de perto, e onde a gente tá tentando uma organização de saúde junto com as população indígena, os caciques, com os pajés e com as parteiras, raizeiros, para que a gente possa levar melhor saúde das populações indígenas. (28/1)

Além de ampliar os espaços para participação dessa população, antes representada principalmente por organizações indígenas e indigenistas, o governo coloca-se frente a frente com os índios no espaço de discussão, como membro do conselho, se comprometendo com as decisões ali tomadas.

Fazia uma assembleia [da organização indígena] e trazia de 120 a 140 pessoas, então a reunião era muito ampliada, com muitos assuntos e talvez assim o Condisi regulamentou nossa participação porque é um conselho específico para discutir a saúde indígena. E a reunião do movimento indígena é mais geral, de fazer encaminhamentos de saúde, de educação, terra e direitos sociais em um documento único. Hoje a gente discute somente a saúde através do conselho. E teve mais participação porque trazia mais o governo, e devido a legalidade de funcionamento do conselho, o governo respeita mais. Quando parte o convite eles mandam representantes, com o movimento indígena é diferente, eles não participavam. (26/14)

A constituição dos conselhos locais privilegiou a ampliação da participação indígena na discussão sobre as questões relacionadas à saúde. E a criação dos conselhos distritais, ainda que inicialmente tenha gerado conflitos com as lideranças tradicionais e com o movimento indígena, quanto à representação, propiciou estabelecer uma relação direta com os gestores e com os profissionais de saúde e possibilitou que os usuários indígenas se manifestassem.

O fórum ocupou um espaço no cenário nacional, de modo a promover o intercâmbio entre os indígenas, a ampliação da articulação com o movimento indígena e a proximidade com as instâncias de decisão do governo.

Uma análise mais profunda, porém, evidencia que a constituição formal dos espaços de controle social merece mais atenção quanto à sua capacidade de promover a inclusão.

As entrevistas com os presidentes dos Condisis revelaram uma situação contraditória entre os discursos sobre a participação e a sua efetivação prática. Apesar de, nos discursos expressarem a ideia da crescente participação indígena nas discussões sobre a saúde, para eles as dificuldades encontradas para o funcionamento dos conselhos, contraditoriamente, tendem a limitar essa participação.

A consolidação dos conselhos de saúde como espaços de diálogo inicia com a constituição formal desses conselhos. E deveria tornar-se um processo pedagógico que permitisse o encontro entre os diversos atores e propiciasse mudanças de condutas, a ponto de haver reconhecimento do outro e respeito mútuo. Porém, a falta de compromisso do governo com os mecanismos de controle social pode se tornar um obstáculo para essa relação avançar.

Essa postura é evidenciada pela falta de infraestrutura e pela dificuldade para realização das reuniões. Em nenhum momento, na fala dos presidentes dos Condisi, nas fontes documentais consultadas ou no produto de observação direta, houve indícios de que a não realização das reuniões dos conselhos se daria pela desmobilização dos representantes indígenas. Pelo contrário, a causa constante era a falta de uma designação clara de recursos financeiros para as ações do controle social associada a problemas de gestão da Funasa.

A resolução nº 333/CNS⁽¹³⁰⁾ estabelece que os governos devam garantir autonomia, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa para os conselhos de saúde. Porém, os dados sobre os conselhos nos mostram uma realidade em que isso não ocorre de maneira satisfatória.

Segundo informações disponíveis na página eletrônica da Funasa,⁽¹³¹⁾ foi destinado, em 2008, o valor de 3,2 milhões de reais do seu orçamento para apoiar as atividades do controle social nos distritos. Entretanto, foram enviados para as coordenações regionais

somente 31,5% deste valor: R\$ 1.007.871,06, cerca de pouco mais de um milhão. E foram efetivamente executados apenas R\$ 575.698,92, ou seja, menos de seiscentos mil.

Observa-se também que não há cobrança de qualquer tipo de comprovação sobre o funcionamento do Condisi e não se institui ao gestor nenhum tipo de penalidade caso as reuniões não aconteçam, conforme instituído pela Lei nº 8.142/90, a partir da qual se estabelece a criação e funcionamento dos conselhos de saúde como uma condição legal para a transferência de recursos por meio dos fundos públicos. Essa situação fragiliza o controle social indígena, pois não há garantia de realização das reuniões dos conselhos locais e distritais, que são as bases do controle social indígena.

A dependência dos conselhos em relação ao Dsei e a falta de qualquer dispositivo legal que obrigue o Dsei a manter as atividades dos conselhos de saúde indígena aumenta o desequilíbrio de forças e submete o controle social à “boa vontade” institucional.

Essa necessidade de autonomia do controle social é sentida e manifestada pelos presidentes dos Condisis : “A gente tem dificuldade de recursos humanos, que todo conselho tem que ter uma estrutura própria, um meio próprio dele se manter ali, porque ficar na dependência do distrito é muito complicado [...]” (15/7), “[...] então essa é uma dificuldade que nós temos, uma necessidade de independência fora do distrito, porque ficar atrelado ao distrito nós não temos independência de nada” (16/6).

A falta de capacitações é outro fator que dificulta a participação indígena nos conselhos, pois aumenta a desigualdade entre os conselheiros índios e não índios. Pressupõe-se que os representantes de gestores, os prestadores de serviço e os profissionais de saúde tenham, na formação e no exercício profissional, mais acesso a informações sobre o funcionamento burocrático do Estado e sobre as políticas públicas.

Os representantes indígenas, ao contrário, principalmente os que participam dos conselhos locais e distritais e residem em aldeias, têm menos acesso aos meios de comunicação e ao contato com a população nacional envolvente. Essa situação torna mais urgente realizar as capacitações dos conselheiros. A falta de capacitação dos conselheiros indígenas se reflete diretamente na atuação do conselho, como eles afirmam: “[...] porque fomos pegos e colocados no conselho, a gente não foi preparado para isso, até hoje muitos conselheiros não sabem nem qual é a sua função” (12/6), e “se houvesse mais capacitações de conselheiros, dependeriam menos do gestor colocar as reivindicações” (11/23).

Nós temos falta de preparação dos membros, porque muitos são da aldeia e precisam de uma orientação, até de uma formação continuada, para conhecer as leis, o SUS, as leis que amparam a saúde do índio, esses decretos que foram assinados, a gente tem alguma dificuldade. (16/5)

É por isso que eu vejo a necessidade do conselho ter uma capacitação, porque tem que ter uma pessoa capacitada para analisar os processos administrativos, que analisa o processo de prestação de contas. [...]. Eles não colocam na planilha simplificada, colocam muito técnico, então tivemos essa dificuldade [...]. Isso não nos intimidou, por isso a gente formava essa comissão, porque a gente entendia que não batia uma coisa com outra, então a gente fazia a comissão e apurava onde tava errado. [...] A comissão tem mais facilidade porque ela vai lá na sede ver os documentos e o pessoal começou a respeitar. E as pessoas que colocamos foram pessoas capacitadas, são os professores de universidade, arrumamos parceria. [...]. (26/15)

Porém, deve-se atentar para que essa capacitação não se restrinja àquela “oferecida” pelo gestor, o que poderia implicar triagem de informações convenientes ao governo, e, assim, aumentar o desequilíbrio nessa relação. Nesse sentido, a preparação dos conselheiros indígenas, para atuarem na capacitação de outros conselheiros, pode gerar mais autonomia e capacidade crítica:

A outra coisa é em relação à capacitação dos conselheiros, porque se fizer a capacitação dos conselheiros distritais eles poderão ser os multiplicadores dessas ideias com mais profundidade, coisa que não aconteceu durante esse processo todo, nós nunca tivemos uma capacitação e isso é ruim porque a saúde como um todo, o sistema do governo, ele passa por processo de mudança e a gente enquanto conselheiro tem que estar atualizado. (19/9)

A demanda dos índios por capacitações expressa a necessidade de diminuir a desigualdade existente entre os conselheiros. A participação indígena nos conselhos não pode ocorrer apenas para preencher uma composição eticamente recomendável. Ela deve permitir que os usuários compreendam as ações do governo para que possam se manifestar sobre elas.

Esses interlocutores devem ser reconhecidos e seu conhecimento valorizado. Caso contrário, a demanda por capacitações pode significar uma reação à predominância do discurso técnico e uma desvalorização do aspecto moral conferido às decisões por meio da participação dos usuários. Esse aspecto moral seria uma das principais contribuições dos usuários, conforme a teoria de Comte-Sponville, explorada nesse trabalho.

A necessidade de diferenciar o papel do controle social e o do gestor é outro aspecto de destaque nas entrevistas realizadas com os presidentes dos Condisis.

Nesse sentido, ressalta-se a expectativa que os índios têm sobre a atuação do conselho, que não se restringiria ao papel de fiscalização, mas que se estenda para participação na gestão. De certa forma, essa participação na gestão deveria, a princípio, constituir-se pelo próprio papel deliberativo dos conselhos distritais e não necessariamente por uma administração direta exercida por indígenas.⁽⁶⁾

No entanto, essa situação pode tornar-se complexa quando envolve a atuação do

conselheiro indígena. Nos depoimentos, os presidentes dos conselhos distritais revelaram que há ocasiões em que acabam fazendo o “papel de gestor” perante as comunidades, ao levar questões para serem debatidas e cobrar soluções, situação nem sempre confortável para eles.

Por um lado, a necessidade constante de consulta e de permissão das comunidades para realizar as ações de saúde em áreas indígenas leva os conselheiros indígenas, e principalmente o presidente do Condisi, a atuarem como intermediadores entre o gestor e a população indígena do Dsei. Isso porque eles detêm maior confiança das comunidades e conseguem se comunicar de forma mais clara com os índios.

Por outro lado, gera um compromisso pessoal e uma maior exposição do conselheiro indígena perante os povos da região, o que pode trazer impactos importantes na sua atuação e na posição que ele ocupa na comunidade. Esse envolvimento dos conselheiros amplia a atuação do Condisi, que não se limita ao papel de fiscalizar o Estado, mas os aproxima fortemente da gestão do Dsei.

O conselho tem que se preparar para ajudar a fazer uma gestão de qualidade, que atenda a necessidade da população, não só denunciar problemas. Deve se preparar para identificar o problema, avaliar, propor, acompanhar e ser parceiro número um dos gestores. [...] Acho que nesse tempo todo tinha muito conflito por causa disso, a gente nunca se preocupou em ajudar o gestor, ajudar a gestão da saúde indígena, [...]. A partir do momento que teve o espírito do controle social ser um grupo de pessoas para ajudar a fazer a gestão da saúde indígena aí vai andar mais junto, a gente vai chegar mais rápido, a gente vai ter mais alternativa, solução. (12/21)

Observa-se que há um maior envolvimento da população indígena nas questões relacionadas aos serviços de saúde, e essa situação não é a mesma com relação ao comprometimento dos gestores. A composição de conselhos com metade dos membros representando gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde, parece não ter sido suficiente para garantir o estabelecimento de uma interação com os usuários.

Essa situação é indicada pelo não comparecimento dos gestores nas reuniões do conselho e pela dificuldade de acesso dos conselheiros às prestações de contas do Dsei e dos municípios. E mais nitidamente, pelo não cumprimento das resoluções do conselho, ao se considerar que descumprir as deliberações do controle social equivale a não reconhecê-lo.

O risco que se corre, em um contexto onde não há um equilíbrio de forças na relação entre usuários e gestores e em que o controle social não se apresenta estruturado, é o de fazer-se uso da presença dos representantes indígenas para se legitimar as ações do governo, em vez de, efetivamente, para compartilhar as decisões: “Acho que o Condisi tem que ser chamado na hora de tomar as decisões. Atualmente só é chamado pelo gestor quando tem que resolver

problemas junto à população indígena” (24/1).

Outro problema evidente é o privilégio dado pelo governo à relação com os presidentes dos Condisis no nível central, em detrimento da relação do Condisi com o chefe do Dsei. Apesar de essa situação ter contribuído para fortalecimento do fórum, ela tende a homogeneizar a população indígena, pela falta de se reconhecer as diferentes organizações social e cultural de cada região do país e, principalmente, por não se considerar as especificidades de cada etnia.

As diferenças entre a etnias provocarão diferentes abordagens às questões que envolvem a saúde de cada povo. E, por isso, poderiam ser tratadas de forma mais adequada nos conselhos distritais. Decisões tomadas no nível central tenderiam a impedir um tratamento eticamente adequado a povos com modos de vida diferenciados.

Além disso, os compromissos assumidos pelo gestor do nível central são abrangentes, a maioria deles inseridos em um nível político, distanciados do nível de execução, no qual se encontram os responsáveis pela realização das ações (gestores locais e técnicos) e os usuários que receberão os serviços. Essa situação levaria novamente à invisibilização desses povos.

Assim, observa-se a fragilização dos espaços de controle social que estão mais próximos da população, os conselhos locais e distritais. São esses conselhos que apresentam mais capacidade de inclusão dos usuários nas decisões e no acompanhamento dos serviços realizados.

O fórum fortalecido, por sua vez, tornou-se um espaço estratégico na definição da política de saúde indígena. A atuação do fórum, além de promover a aproximação entre os povos indígenas de diversas regiões do país, possibilitou a discussão de temas divergentes entre eles.

Foram estabelecidos consensos e houve um posicionamento único frente a determinadas questões, conforme afirmam os conselheiros: “[...] nós temos que nos unir e falar uma língua só e brigar pelo fortalecimento do fórum e melhoria de qualidade de atendimento da população indígena de modo geral” (14/8); e “se você lutar sozinho não consegue, mas se lutar com o grupo vai conseguir” (13/15).

A atuação do fórum de modo a se aproximar e sintonizar-se com o movimento indígena influenciou determinantemente o Conselho Nacional de Saúde a apoiar as propostas apresentadas. O exemplo mais recente, descrito no capítulo anterior, foi a criação da Sesai. A proposta apresentada na 4ª CNSI, não foi adiante em virtude das divergências de posicionamento dos representantes indígenas e do *lobby* institucional, mas foi retomada pelo fórum com apoio do CNS.

Ressalta-se que essa conferência foi um exemplo do dilema encontrado na estruturação dos mecanismos de participação e do reconhecimento das diferenças. Nesse evento, revelou-se a dificuldade de se adequar os processos de participação e de obter-se a legitimidade política, aos olhos dos participantes indígenas, diante da imposição rígida de normas pré-estabelecidas para a participação, amparadas por uma legitimidade formal.

Essa questão é abordada com detalhes na tese de Alex Shankland,⁽¹⁾ quem descreve esse episódio, marcado por discordâncias quanto às táticas usadas para votação e por inúmeras manifestações de grupos indígenas para invalidar a conferência. Apesar dessas manifestações, o CNS e o próprio movimento indígena recusaram-se a declará-la inválida, por três razões principais.

A primeira é que ao desqualificar a conferência, também seriam anuladas propostas legítimas, por exemplo, a reafirmação do princípio da "autonomia do Dsei", que tinha se tornado um importante foco de mobilização do movimento indígena. A segunda é que realmente havia divisões dentro do movimento indígena. E a terceira razão é que muitos delegados indígenas não chegaram a considerar essa conferência ilegítima, porque apesar do processo profundamente falho, a 4ª CNSI contribuiu para a construção de um sentido político importante de inclusão. Ou seja, mostrou significativamente que os índios existiam na qualidade de cidadãos, que já não eram invisíveis para o Estado. Isso não significou que os representantes indígenas estavam cegos para o comportamento manipulativo da Funasa ou satisfeitos com a aplicação rígida das regras de deliberação utilizadas na conferência.⁽¹⁾

Nas entrevistas, os presidentes dos Condisis reafirmaram a divisão do movimento indígena naquela ocasião: “porque na 4ª CNSI, houve o maior racha dos índios do nordeste com os outros” (1/13); “nós que criamos, na 4ª conferência, a ideia de criar uma secretaria e, no entanto, os parentes do nordeste não aceitaram na 4ª conferência, hoje é realidade” (18/12).

Alex Shankland⁽¹⁾ conclui o relato sobre essa conferência destacando que os indígenas podem não ter concordado com a forma de condução da conferência, no entanto, na ausência de uma plataforma política claramente definida em torno da qual se mobilizariam, esforçaram-se em aprender, tão rápido quanto possível, as regras do Estado não índio, para se envolverem de forma mais eficaz em outros momentos e em outros espaços.

Ele acrescenta que as deliberações da 4ª CNSI não foram consideradas obrigatórias pela própria Funasa, pois a única decisão da conferência que interessou à Funasa foi a que deixou o controle do subsistema em suas mãos. Ressalta-se que não foram tomadas quaisquer medidas concretas para transformar os Dseis em unidades de gestoras, financeira, técnica e administrativamente autônomas, o que atenderia uma das maiores reivindicações do

movimento indígena.⁽¹⁾

O descontentamento com a política de saúde indígena tornou-se evidente e foi alvo de manifestação na Conferência Nacional dos Povos Indígenas, realizada cerca de um mês depois da 4ª CNSI, em abril de 2006, com o apoio da Funai. Nessa conferência, indígenas, insatisfeitos com os resultados da 4ª CNSI, propuseram o retorno das ações de saúde para a FUNAI, porém não houve repercussão para esta proposta.⁽⁶⁾

A discussão sobre a gestão da saúde indígena foi retomada pelo fórum e levada adiante com o apoio do Conselho Nacional de Saúde. No seminário solicitado pelo fórum e realizado com o apoio da Cisi/CNS, em novembro de 2008, houve a manifestação de um grande grupo de lideranças indígenas. Com apelo a valores tradicionais, esse grupo chamou a atenção dos representantes indígenas que estavam ao lado do governo. Isso provocou a retomada da união do movimento indígena e afastou os argumentos de que a mudança seria legítima somente se fosse aprovada por um longo processo de consultas, comparado ao de uma nova conferência.

Dessa maneira, concorda-se com Shankland,⁽¹⁾ ao afirmar que a retomada de uma proposta não aprovada na 4ª CNSI, sem a convocação de uma nova conferência, indica a insuficiência dos espaços formais de controle social – conselhos e conferência – para responder às cobranças do movimento indígena. E também mostra a capacidade do surgimento de novos espaços democráticos (caracterizados no processo de criação da Sesai), de modo a reafirmar o potencial da democracia brasileira para acomodar uma ação política transformadora.

Nesse caso, reforçando a autonomia indígena em saúde, ainda que essa venha “sendo construída por dentro das instâncias que compõem o Estado brasileiro nos termos das formas previstas e negociadas no âmbito da cidadania via eixo dos direitos diferenciados e da equidade”.⁽¹³²⁾

É importante destacar que a autonomia, no caso da saúde indígena, não é colocada em contradição à proposta da Bioética de Intervenção, na qual ocorre a primazia do princípio da justiça sobre o princípio da autonomia (individual). Pelo contrário, a reivindicação do respeito à autonomia desse “sujeito coletivo político” ocorre por um critério de justiça.

A participação indígena no processo de criação da Sesai gerou mudanças significativas na proposta inicialmente apresentada pelo governo. Mas a característica mais marcante desse episódio foi os representantes indígenas o perceberem como uma mudança ocorrida com base nas reivindicações deles e no qual eles foram ouvidos e tiveram influência direta no desfecho. A seguir, descreve-se declarações importantes sobre essa questão retiradas das entrevistas:

A criação da secretaria foi uma das demandas que a gente conseguiu através do fórum, que conseguiu articular com as demais organizações indígenas. (17/3)

Como já havia uma discussão sobre a autonomia dos Dseis, que não passou na última conferência a criação da secretaria, mas diante dos fatos que vinham acontecendo na Funasa, o Abril Indígena e outros movimentos acionaram, e também a CNPI, para a criação da Sesai, agora temos que fortalecer os conselhos para que possamos acompanhar de perto. (1/22)

Tudo começou na reunião do fórum, não me lembro a data, para se criar uma Secretaria Especial para os povos indígenas, mas isso já vinha dos índios de todo o Brasil, as organizações já estavam pedindo isso, aí o fórum alavancou tudo isso, criou seminários, começou a discutir e hoje estamos aí com essa secretaria que ainda é um bebê, está com fralda ainda, mas temos que zelar para esse bebe crescer saudável, para que o nosso povo possa crescer saudável também. (13/12)

Teve essa aproximação com o movimento indígena, Coiab, Apoimne, Apib, buscaram junto para criar a Sesai. Isso é muito bom, essa nossa luta, a luta dos presidentes dos Condisis entenderam que a luta do movimento indígena favorece o nosso povo, então buscamos, eu estava presente nessa luta para criar a Sesai e os presidentes dos Condisis ficaram junto no Abril Indígena, a gente convidou várias vezes o fórum pra ficar junto, participar nas discussões, de tudo, não só da saúde, mas de tudo o fórum tem que estar presente, e aí a gente sempre convidava a representação do fórum permanente quando se começou a lutar para a criação da Sesai. (32/10)

Tem parceiros, tem fórum, tem movimento indígena, tem ONGs, então essa equipe, essa união, a ideia chegou nesse ponto para que o fórum tomar a frente e brigar pra conseguir a secretaria. Então isso, na minha avaliação, eu vi, acompanhei, participei. (14/9)

Acho que foi uma experiência boa, uma experiência nova, de realidade mesmo da coisa, conseguiu muita coisa aqui em Brasília. Acho que muitos levaram para sua base essa experiência, porque brigamos mesmo por essa secretaria, foi luta, então isso foi um aprendizado, isso é importante. (10/1)

Até mesmo de ter ido no plenário da Câmara, de ter participado ativamente, porque eu te garanto que se a gente não tivesse representantes indígenas a Sesai não tinha sido criada, não tinha passado. Se não tivéssemos criado um grupo de trabalho que fosse fazer a articulação com os parlamentares, não tinha existido a Sesai. (23/14)

Hoje a gente está comemorando a Sesai, criada através do fórum e de outras lideranças indígenas. (28/7)

E por isso mesmo que o controle social indígena exigiu que fosse criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena, que a gora é Sesai, que o recurso da saúde indígena seja centralizado em só uma fonte e que o distrito seja autônomo para fazer a gestão da saúde indígena em termos administrativos, políticos e financeiro, [...]. (30/7)

E com relação a essa nova política de gestão, acompanhei de perto a criação da secretaria especial, foi uma conquista com muita transparência, não foi

por debaixo do pano. Foi uma discussão desde a base, a nível regional, nacional e que se tornou a criação dessa secretaria com força total do Condisi e do Dsei e do conselho local. Então essa é uma articulação que se fez da base para o distrito e até o fórum que é a instância maior de representatividade da política de saúde indígena. (8/12)

Apesar de esse processo ter sido marcado por intensas rodadas de negociação, com cortes e alterações constantes nas propostas do grupo de trabalho, o resultado final, ainda que não fosse o mais esperado, foi entendido como o possível de ser alcançado naquele momento, tendo o apoio do movimento indígena.

Portanto, a despeito das fragilidades dos conselhos distritais e embora suas deliberações não sejam completamente cumpridas, deve-se reconhecer que o movimento impulsionado pela criação dos mecanismos de controle social do subsistema conseguiu influenciar a tomada de decisão do governo, conforme observou-se no processo de criação da Sesai.

Assim, os mecanismos formais de controle social do subsistema, associados à capacidade do SUS de formação de novos espaços de discussão, com legitimidade reconhecida pelos usuários, apresentam-se potencialmente como um caminho para aumentar a participação, o reconhecimento de diferenças e o estabelecimento de um efetivo diálogo para busca de soluções que diminuam as desigualdades sociais.

Os avanços, nesse sentido, dependerão da postura dos atores envolvidos. Assim, deve-se ter um olhar atento para as relações que ocorrem nos espaços de controle social do subsistema. E é este o assunto da próxima seção.

6.3 RELAÇÃO INTERCULTURAL

E com o surgimento do fórum oportunizou a gente estar socializando, ainda que duas ou três vezes no ano que se reunia, mas ajudava a entender a dinâmica que um ou outro estava vivendo em cada estado, em cada região. O que eu ainda sinto que o fórum tem muita dificuldade é de fazer entender que os gestores da saúde indígena no nível central conheça essa peculiaridade que é a saúde indígena. Ainda tem muita dificuldade de saber como isso se dá na ponta, como é que agente pode trabalhar conjuntamente sem deixar que o protocolo das coisas fira a organização social, que esse eu acho que é o maior problema que nós enfrentamos é com essa sensibilidade de entender uma população diferenciada, uma população com organização diferente, com perfil epidemiológico diferente, que a gente tem tudo isso. (25/10)

Nos espaços de controle social ocorre o encontro de diferentes atores, com culturas diferentes e, muitas vezes, com interesses divergentes. O estabelecimento de um diálogo

legítimo entre esses atores é fundamental para que aflorem questões a serem debatidas e encaminhadas de forma consensual. Esse caminho inicia-se, então, pelo reconhecimento e respeito ao outro. Sobre isso, destacam-se, adiante, as relações estabelecidas nesse contexto, as quais foram citadas nas entrevistas.

A primeira delas diz respeito ao impacto da criação dos conselhos de saúde na relação entre os próprios indígenas e aparece nos depoimentos dos entrevistados. Especificamente quando eles se referem à relação dos conselheiros com as lideranças tradicionais e com o movimento indígena.

Essas relações estão diretamente vinculadas à questão da representação. Os conflitos iniciais decorrentes da criação dos conselhos de saúde indígena levaram à necessidade de estabelecer acordos internos. Também de manter o respeito às lideranças antigas, sempre ouvidas pelos conselheiros indígenas e de articular com o movimento indígena para delimitar claramente os papéis de cada um.

No início foi conflituoso, tanto com as organizações quanto com as lideranças. [...] as lideranças se sentiam ameaçadas nesse processo inicialmente aí foi contornado esse problema e hoje flui tudo normalmente. Há participação das lideranças e do movimento indígena no espaço do controle social e tranquilamente é feita as discussões. (20/1)

Da escolha não teve problema porque a escolha foi feita pela comunidade e as lideranças participaram, pra formar o conselho local, mas no momento de fazer a função de conselho, aí nós tivemos problemas porque o conselho começou tomar a decisões que eram da liderança e complicou porque não sabiam o que era a nossa função como conselheiro, isso complicou muito. De fato a gente começava a tomar decisões que não era para nós conselheiros tomar. E mesmo que era para tomar a nível externo, mas interno, dentro da base, é da liderança. E nós tava tomando decisões sem a participação das lideranças... por ser escolhido pela comunidade, por não saber da função que estávamos exercendo, enfim, um monte de coisas. Agora não tem mais esse problema, porque nós conselheiros conseguimos pelo menos entender que a nossa função é de levar a reivindicação da comunidade, portanto, que nós temos que falar lá as decisões tomadas pela comunidade... A primeira coisa que faz é ouvir a comunidade... (12/11)

Aí nós fomos buscar o entendimento com as lideranças indígenas, nós envolvemos as lideranças indígenas. A maior parte das lideranças indígenas entendem o que é hoje o controle social. (26/1)

Destaca-se que apesar do caráter deliberativo dos conselhos distritais, permanece a necessidade de legitimar essas decisões pelas lideranças tradicionais da aldeia. Essa posição emerge nas falas dos entrevistados. Para ilustrá-la será usado um depoimento ocorrido na reunião sobre controle social realizada no Ministério da Saúde, em março de 2011.

Nessa reunião, um presidente de Conselho Distrital de Saúde Indígena relatou que as

lideranças antigas dão pouca autonomia para os conselheiros, que são mais novos. Ele acrescentou que concorda que o Condisi tenha que ser organizado, mas que não vai entrar em confronto com as lideranças mais antigas, que sempre são ouvidas antes das decisões do Conselho. Disse que está trabalhando na questão da representação e da autonomia do conselheiro nos processos decisórios e reforçou que o processo é lento e deve respeitar a cultura de cada povo. Acrescentou, ainda, que as mudanças já são visíveis, pois as vagas de conselheiros agora são mais disputadas porque as comunidades perceberam que o conselho tem força nas discussões sobre saúde.

Portanto, a criação de um novo espaço de discussão com o governo envolveu consequentemente questões de representação e distribuição de poder, ao abrir a possibilidade de participação e de deliberação. Isso causou impacto na relação entre os índios e ocasionou condições para que tais questões fossem ajustadas internamente.

A relação dos conselheiros indígenas com o gestor é definida pelo perfil do chefe do distrito, conforme o grau de acessibilidade e o diálogo que se estabelece entre eles. A dificuldade na relação com o chefe do distrito parece ser diretamente relacionada aos problemas para executar das ações do controle social. Ao contrário, a boa relação com o gestor parece favorecer a realização das ações dos conselhos.

Essa questão, inicialmente simples, pode esconder problemas mais profundos que indicam a fragilidade da população indígena frente ao gestor, ator que detém o poder de distribuição de bens e dos serviços. Se houvesse um real compromisso institucional para a manutenção do controle social e transparência na gestão, as comunidades não dependeriam de uma “boa” relação com o gestor para avançar no controle social e no aprimoramento do subsistema.

Os conselheiros indígenas têm se comprometido e se apresentado para o estabelecimento de um diálogo: “A gente não quer bater no governo, a gente quer fortalecer o governo com ações que vá dar qualidade de vida para a população indígena” (23/11); “E para fazer a cobrança tem que ser na hora certa pra conseguir a cobrança do controle social. Não fica só batendo. Tem que ter um objetivo de como resolver um problema [...]” (6/17).

A relação com os municípios caracteriza-se pelo não estabelecimento de um diálogo, que ocorre por ausência dos representantes das secretarias de saúde nas reuniões do Condisi. Ou por falta de entendimento, por parte das prefeituras, do seu papel na relação com o subsistema.

Alguma secretaria de saúde do município participa da reunião do Condisi, e alguma não porque tem preconceito. Eles às vezes não acreditam muito nos

indígenas, mas com essa reunião que estamos fazendo de 3 em 3 meses, alguma secretaria já está participando. (4/9)

Não temos muita dificuldade, acho que o que falta nessa relação, se continuar com o município, é uma relação mais frequente com o controle social, [...] então dentro desse recurso existe discordância no sentido de prefeitos e secretários que não querem obedecer muitas coisas e profissionais também, que por necessidade de transporte não cumprem o planejamento e os cronogramas que são feitos por eles mesmos e pela equipe. [...] O que está faltando é um entendimento. [...] Então se for esse trabalho, do distrito fazer a atenção básica e o município a atenção especializada, vai melhorar o entendimento, mas é preciso que o Distrito e o controle social com os municípios tenha uma discussão mais ativa e que seja positiva também, porque se for só discórdia não vai dar. (16/8)

Frequentemente, a relação estabelecida entre representantes indígenas e municípios ocorre no âmbito do Condisi, pois a participação indígena nos conselhos municipais e estaduais de saúde ainda é incipiente.

A relação com os profissionais de saúde é mais próxima em virtude da presença deles nas comunidades. No entanto, existem queixas constantes dos indígenas com relação à falta de preparo das equipes para atuarem nas aldeias, sobretudo quanto ao desconhecimento das especificidades dos povos indígenas por esses profissionais.

Em vários momentos a gente tem boas pessoas que trabalham com um compromisso maior, de conhecimento maior, que já passou por uma capacitação antropológica, esses são mais fácil de entender. Agora tem uns que são recém chegados, que o município contrata, muitas vezes são pessoas difíceis. Eles não sabem o que é lidar com um indígena, não sabem a diferença, muitas vezes não querem respeitar uma decisão, então esse pessoal dura pouco. Eles não aguentam, quando chegam na reunião e as lideranças cobram eles, olham nos olhos deles, eles de repente pedem as contas e vão embora, porque é difícil a situação. Esses profissionais que não querem ouvir os índios, então eu observo que os presidentes de conselho local pegam pesado. (16/7)

Observa-se que o diálogo estabelecido entre índios, gestores, municípios e profissionais de saúde não tem ocorrido de forma plena, ainda que esse diálogo deva se estabelecer em algum nível para garantir a possibilidade de executar as ações. Nesse sentido, os conselheiros indígenas atuam como interlocutores entre as comunidades e os gestores.

Então eu vivi essa experiência de assumir o papel do gestor porque eles não tem coragem de ir lá reunir com as lideranças, até hoje isso é difícil pra eles. Por isso que nós falamos em todas as reuniões nacionais que quem leva a porrada é a gente, porque nós é que vamos lá. Então por isso pedimos que o controle social seja respeitado, porque nós é que negociamos. (26/16)

6.4 PERSPECTIVAS E DESAFIOS

As novas configurações dos mecanismos formais de controle social surgidas com o subsistema apontam para a possibilidade de adequação do SUS a diferentes realidades, particularmente da população indígena. Essas estruturas devem refletir novas práticas, que superem a relação histórica de subjugação dos povos indígenas pelo Estado. Portanto, o maior desafio é fazer desses novos espaços, meios para a efetivação do diálogo entre índios e não índios.

O estabelecimento formal das instâncias de controle social é, sem dúvida, um passo importante nesse sentido e proporcionou concretamente a abertura de canais para a participação da população atingida por ações governamentais. Analisar a equidade e a participação indígena impele o olhar para além das mudanças na estrutura formal do controle social, ou do aumento quantitativo de participantes nos conselhos e conferências de saúde, e restringe a possibilidade de aceitá-los como resposta suficiente do Estado à sociedade multicultural.

Deve-se atentar sobre o modo de conduzir as questões relativas aos povos indígenas, particularmente sobre a maneira de eles compreenderem as mudanças decorrentes das intervenções do Estado em suas vidas e sobre o que eles têm a dizer sobre isso. Caso isso seja ignorado, a atitude de tutela e de desrespeito aos povos indígenas, adotada por anos pelos governos, será perpetuada. Esse alerta é de Saulo Feitosa,⁽¹³³⁾ quando diferencia intervenção e intromissão:

A primeira [intervenção], nós a entendemos enquanto uma ação política, devidamente planejada, dentro de um processo construído conjuntamente com as pessoas diretamente envolvidas, as destinatárias da ação. A segunda [intromissão] trata-se de uma decisão unilateral, onde é desrespeitada a autonomia da pessoa ou do grupo supostamente beneficiário da ação. Pode ser praticada por um indivíduo ou até mesmo por instituições públicas ou privadas, algumas vezes sob a forma de ‘política de assistência’ ou ‘legislação protetiva’.⁽¹³⁴⁾

A perspectiva Bioética remete, portanto, à necessidade de estabelecer diálogo “com” os mais vulneráveis e não apenas “sobre” os mais vulneráveis. Principalmente remete a uma reflexão crítica sobre a forma como ocorrem, na prática, as ações de saúde para os povos indígenas, com base na relação estabelecida com esses povos.

Nesse sentido, a relação intercultural não pode ser apenas inserida nos discursos. Conforme foram identificadas, neste trabalho, existem lacunas na relação entre índios, gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde, provocadas pela dificuldade em lidar

com diferentes moralidades, histórias, culturas e interesses. Por isso, deve-se abandonar os resquícios de uma postura assimilacionista para ser possível, sobretudo, compreender as diferenças:

Neste sentido, o diálogo seria um movimento de diferenciação, ou seja, não de buscar o que há em comum entre os dialogantes, mas explicitar o que há de incomum, mostrar no que se funda a divergência, o desacordo. E aprender juntos a lidar com esses fatores.⁽¹³⁵⁾

O reconhecimento dessa situação deve levar à criação de estratégias que propiciem o estabelecimento de um diálogo efetivo e considerar toda a complexidade da interação que envolve pessoas com diferentes interesses:

Aqui o próprio diálogo estará sujeito à autocrítica. A atividade dialógica deverá se interrogar constantemente acerca das possibilidades de silenciamento, sob o risco de tornar-se um falso diálogo. A tarefa dialógica deve enfrentar a dificuldade do dialogar. Não há diálogo longe da tríade desejo-poder-interesse. Dessa forma, devemos partir para o diálogo sabendo que ele é um terreno problemático e por isso necessitando constantemente ser reavaliado. Assumir as tensões existentes na prática dialógica e os perigos que os jogos de poder que estão nela inerentes é uma tarefa constante para a busca da equidade que não se decida unilateralmente, o que finda por não alcançar uma proposta equitativa viável, como modo de lidar com as diferenças historicamente conformadas.⁽¹³⁶⁾

Dessa forma, a reflexão teórico-política da Bioética de Intervenção pretende quebrar o círculo vicioso que inviabiliza a criação de soluções para problemas persistentes na sociedade e propõe uma análise crítica da equidade, da participação e do diálogo na relação com o Estado. Pois é necessário compreender o subsistema no contexto do Sistema Único de Saúde criado pelo Estado.

No contexto econômico, a saúde é considerada uma mercadoria, um bem que se pode comprar e vender, apesar de, no Brasil, manter-se também o pensamento contra-hegemônico em que a saúde é um serviço público, um direito do cidadão. Por isso, a intervenção a ser realizada no contexto do controle social deve diminuir a atuação “intromissiva” e levar a práticas interventivas que reconheçam e respeitem o direito dos povos indígenas. Esse direito é, sobretudo, uma conquista do protagonismo político desses povos.

O verdadeiro compromisso com essa questão implica executar ações que possibilitem o exercício deste direito à saúde pelos indígenas. Essas ações devem ser estabelecidas com base na identificação dos entraves presentes na relação com esses povos, alguns deles descritos neste trabalho.

O pouco conhecimento da sociedade nacional envolvente sobre os problemas enfrentados pelos povos indígenas é uma barreira a ser vencida. Os conselhos distritais têm

tido pouco impacto nessa questão, e a participação dos indígenas nos conselhos municipais ainda é incipiente. Nesse sentido, o CNS parece ter sido um espaço com melhores perspectivas para visibilidade das questões relacionadas à saúde dos povos indígenas.

Destaca-se que os conselhos locais e distritais de saúde indígena apresentam dificuldades básicas para funcionarem. Há uma completa dependência das ações do gestor governamental. Ainda que as condições materiais devam ser garantidas pelo governo, e por isso devam ser dele cobradas, ressalta-se que os mecanismos formais de controle social do subsistema não são as únicas expressões do movimento indígena.

Nesse sentido, quanto mais o controle social estiver integrado à forma de organização tradicional dos povos indígenas, mais será representativo e respeitado. Por um lado, eles poderão se fortalecer mutuamente, a fim de garantir o reconhecimento para os grupos minoritários e para as especificidades de cada etnia. Essa consciência prática da necessidade de alianças emerge nas falas dos indígenas:

Eu acho que nós deveríamos pensar que o controle social não é só esse grupo que se prepara pra ser o controle social. Acho que o controle social, se nós formos imaginar, é toda a comunidade, a comunidade ajuda, a comunidade olha. Eu acho que qualquer construção ela tem que ser uma construção participativa para nós não sentir que tá ali dentro da comunidade um projeto que é do governo, nós temos que sentir que este projeto não é do governo, é um projeto nosso, foi uma luta nossa, uma conquista nossa e quem está ali está administrando um projeto que nós também temos responsabilidade. Quando nós tivermos essa consciência, acho que não só na área de saúde, mas na área de saúde, educação, questão fundiária (nós indígenas temos que fiscalizar porque a terra é nossa), então esse espírito é que faz ter mais força de lutar, conseguir ter mais parceiros pra lutar e conseguir fazer com que não tenha divisão dentro de uma administração. Acho que é melhor dizer: 'nós fizemos isso, estamos fazendo isso', porque aí é mais coletivo, é mais participativo, e tem mais alternativa, mais chance de acertar. (12/22)

Por outro lado o governo tende a aceitar como legítimos e suficientes apenas os espaços formais (institucionais) de controle social, por ele criados. E, concomitantemente, é responsável pela falta de condições materiais ao exercício do controle social, ou seja, o próprio governo fragiliza esses espaços que criou.

O conflito bioético evidente nesta questão é a relação com a alteridade indígena e a gestão da vida que advém dela. Essa tensão se concretizaria no impasse intercultural da relação com o controle social, que é formalizado, mas não efetivado. Ou seja, a natureza bioética desse conflito consiste no impacto que essa questão tem sobre a saúde e a vida dos povos indígenas.

Quando a responsabilidade sobre a vida desses povos é tomada pela sociedade nacional, que define as questões relacionadas à saúde desses grupos sem dialogar com eles, é

gerado um impasse na gestão da vida. A situação toma contornos cruéis quando a sociedade afirma que existem espaços de controle social, nos quais a tomada de decisões sobre a saúde desses povos ocorreria de forma compartilhada, mas que, efetivamente, não funcionam e isso leva os povos indígenas a perderem a gestão da própria vida.

Desse modo, no debate atual sobre os mecanismos de controle social, existem posições divergentes quanto ao envolvimento dos movimentos sociais nesses espaços. Há quem considere, por um lado, a possibilidade de os conselhos e conferências estarem totalmente capturados pelo Estado e, por isso, deverem ser abandonados pelos movimentos sociais.⁽¹³⁷⁾

São frequentes os casos em que os conselhos, ao invés de exercerem o papel de controle social, são controlados politicamente pelo Estado (governos). Isso constitui uma inversão da lógica que motivou a criação deles: há perda do papel de controle sobre as ações do Estado e os conselhos se transformam em mecanismos de legitimação do poder dominante.

Por outro lado, há também aqueles que defendem “que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer os seus limites em uma conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses”.⁽¹³⁸⁾

Além disso, a questão da interculturalidade e do pluralismo moral deve ser incorporada de modo que esforços sejam feitos para compreender a saúde como produção da vida das comunidades indígenas. Local onde a saúde e a vida são produzidas de forma diversa e plural.

O Estado deve ser capaz de escutar os pensamentos vindos dessas comunidades tradicionais, desse modo haverá diálogo intercultural. As comunidades indígenas não estão totalmente colonizadas pela sociedade de consumo e produzem seus próprios projetos históricos. E isso é uma das muitas diferenças entre índios e não índios.

Ressalta-se que esse diálogo intercultural contribui para a avaliação ética de conflitos sobre a saúde da população indígena, pois possibilita a identificação dos conflitos resultantes do encontro entre realidades diversas que se atritam. Derivaria também, desse encontro, a possibilidade de surgir novas alternativas que permitam às comunidades manterem um estilo de vida diferente, de acordo com as próprias escolhas, valores e tradições.

Ao requerer posturas e ações éticas na relação com o Estado, o controle social na saúde indígena, apesar de funcionar aquém das expectativas, tem servido de instrumento de manifestação, de resistência, de reafirmação e de defesa dos direitos desses povos.

7 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 defende-se a constituição das instâncias de controle social da saúde indígena, mas o exercício desse controle social ainda apresenta-se 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 são 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.

Tal situação tende a diminuir o aspecto moral que a participação dos usuários poderia conferir às decisões sobre os serviços e políticas de saúde destinadas aos povos indígenas, conforme a argumentação apresentada por Comte-Sponville. Esse aspecto moral da participação indígena é fundamental para garantir a adequação das práticas de saúde às características culturais específicas de cada povo, de modo a se fundamentar na ação ética.

Portanto, não há como se avançar no controle social exercido pelos povos indígenas, sem a garantia de realização das reuniões dos conselhos locais. São 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, ou seja, 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.

Os conselhos distritais, por sua vez, tornaram-se um espaço privilegiado para identificação dos conflitos decorrentes da relação intercultural. Apesar disso, eles têm sido pouco efetivos para encontrar soluções para esses conflitos em virtude da fragilidade estrutural e das dificuldades para eles funcionarem.

As conferências nacionais de saúde indígena, embora tenham um papel importante para dar visibilidade às questões enfrentadas por esses povos, não apareceram de forma contundente nas entrevistas. A criação da Sesai é um fato que remete à fragilidade dessa instância de controle social, pois, por um lado, contrariou uma das decisões da 4ª CNSI: a de manter a gestão da saúde indígena na Funasa. Por outro lado, esse fato revela a vitalidade política desses povos ao pautar essa questão no CNS e ao promover modificações na política de saúde indígena.

Nesse episódio, destaca-se a atuação do fórum que, pela aliança estabelecida com o movimento indígena, teve força para pautar a agenda governamental e criar novos meios para retomar questões importantes. Ressalta-se, porém, que uma atuação centralizada do fórum, sem uma forte ligação com os conselhos distritais e com suas bases, pode desvirtuar seu papel. Ou seja, discutir a pauta colocada pelo governo e não as demandas das comunidades indígenas.

Essa é uma questão ética relevante, pois a dificuldade em definir a pauta de discussão indica a falta de autonomia dos conselhos que deveriam ter um caráter participativo, e não predominantemente gestor.

A relação entre os indígenas e não indígenas, nos espaços de controle social, apresenta lacunas que têm origem na falta de comprometimento com as questões demandadas pela população indígena. A ausência de representantes de gestores e de municípios nas reuniões dos conselhos, somada à incipiente participação indígena nos conselhos municipais e

estaduais, revelam a dificuldade de se estabelecer de um diálogo entre partes com diferentes interesses.

O não cumprimento das deliberações dos conselhos leva à suspeita de que falta reconhecimento da legitimidade desses espaços, ou dos próprios interlocutores ali presentes. Essas e outras questões, por exemplo, a dinâmica interna dos conselhos e a busca de formas apropriadas para capacitar os conselheiros, indígenas e não indígenas, convidam para a realização de estudos que auxiliem na busca de soluções para os desafios da saúde dos povos indígenas.

Sob a perspectiva Bioética de Intervenção, a situação do controle social descrita neste trabalho não pode ser aceitável, pois se transforma em um mecanismo de silenciamento, mascarado por um discurso ideológico de defesa da participação e do controle social. Discurso que se prestaria exclusivamente para esconder o desequilíbrio na relação de poder com prejuízo para a população mais vulnerável.

Essa situação pode ser revertida com a ocupação mais incisiva dos espaços de controle social pelos povos indígenas: eles devem exigir a consolidação desses espaços na qualidade de mecanismos de interlocução com os governos. Para isso, é necessário haver um maior envolvimento do Movimento Indígena e de lideranças tradicionais nos conselhos de saúde indígena, impedindo que estes atuem de forma isolada e paralela.

É necessário também que se aprofunde o conhecimento sobre as tensões que se estabelecem no encontro entre índios e não índios, a fim de se estabelecer uma interação que produza transformações positivas na vida desses povos. Isso inclui ampliar o reconhecimento dos diversos espaços onde esses povos se manifestam. Ou seja, não insistir no modelo em que os conselhos ou conferências sejam suficientes para traduzir as demandas e solucionar os problemas enfrentados pelos povos indígenas.

As evidências apresentadas nesta tese ancoram a consideração de que o controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda que passe por um processo de estruturação, apresenta um grande potencial para inclusão dos povos indígenas, tradicionalmente excluídos dos debates sobre as ações governamentais. Por um lado, o controle social é um meio para que esses povos sejam ouvidos e possam influenciar a tomada de decisão, o que, por sua vez, tem importantes reflexos na definição da forma de intervenção do Estado.

Por outro lado, o desrespeito e o não reconhecimento do controle social se traduzem na manutenção do contexto que exclui os povos indígenas, com o risco de o Estado utilizar esse mecanismo para legitimar as próprias ações.

Os espaços de controle social do subsistema, ainda em processo de consolidação, acabam deixando ocultas questões relacionadas ao preconceito, que dificulta o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, a relação entre a medicina ocidental e a medicina tradicional, questões de gênero e outras fundamentais para o aprimoramento dos serviços de saúde indígena.

Porém, diante da vitalidade política e social desses povos, considera-se a possibilidade de se avançar no controle social na saúde indígena, com respeito às características históricas e culturais de cada povo e o estabelecimento de um diálogo intercultural. Esse diálogo deve ser fundamentado na ação ética, em favor de delinear novas práticas que promovam a participação efetiva dos povos indígenas nas decisões relativas às políticas públicas de saúde.

Com as questões e as críticas apresentadas neste estudo objetivou-se impulsionar o aprimoramento dos mecanismos de controle social. Por mais complexa que seja a relação que se estabelece nos conselhos de saúde indígena, todo esforço deve ser feito para favorecer um diálogo real, verdadeiro. E por mais que se procure o consenso, é necessário identificar os conflitos e as diferenças, ao invés de escondê-los.

É importante conhecer as diferenças e trabalhar no sentido encontrar alternativas que sejam aceitas por todas as pessoas envolvidas. Não há como tratar de questões da vida sem reconhecer o outro, afinal este será diretamente afetado pelas decisões políticas e pelos procedimentos técnicos. Os desejos e as necessidades dos indígenas devem ser conhecidos e respeitados. Do contrário, o processo de dominação de uma cultura sobre a outra será repetido. E, atualmente, evidencia-se um processo camuflado por estratégias institucionais de legitimação das ações governamentais que ocorrem por meio da constituição de mecanismos de controle social com estruturas de precária efetivação.

Nesse sentido, a reflexão induzida pela Bioética de Intervenção, convida a uma reflexão sobre a forma de se tomar decisões que afetam a saúde e a vida das pessoas. E, ao chamar a atenção para as relações de poder sobre a vida e se colocar do lado mais vulnerável, esse conteúdo provoca o desconforto próprio das situações em que se é impelido a rever os próprios conceitos. Faz-se necessário aprofundar a análise sobre a realização prática dos princípios defendidos obstinadamente pelos profissionais de saúde e pelos gestores.

Mas é esse estranhamento quanto às questões que pareciam resolvidas que permite enxergar as falhas e possíveis soluções. Desse modo, possibilita a ocorrência de mudanças nas posturas e nas condutas cristalizadas diante de problemas conhecidos (persistentes) que levarão a transformações da realidade.

É importante reconhecer que a equidade não se traduz apenas pelas modificações

estruturais nos sistemas de saúde; a participação não se mede somente pela presença dos indígenas nos espaços de discussão, e o diálogo não pode ser concretizado sem o real encontro e respeito à alteridade.

REFERÊNCIAS

1. Shankland AJL. Speaking for the people: representation and health policy in the brazilian amazon [tese]. Sussex, England: University of Sussex, Institute of Development Studies; 2010.
2. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003 jan/fev; 19(1):311-7.
3. Athias R. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos distritos sanitários indígenas. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p.217-32.
4. Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2011 mai 18]; 22(2):295-305 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200007
5. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc.* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2011 dez 6]; 16(2):19-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/04.pdf>
6. Teixeira CC. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico/2009* [periódico na Internet]. 2010 jun [acesso em 2011 mai 18]; I:99-128. Disponível em: http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf
7. Porto D. O diálogo da bioética: minorias étnicas. *Revista Brasileira de Bioética*. 2008; 4(1-2):24-34.
8. Schramm FR. Da bioética privada a bioética pública. In: Fleury SMT, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 227-40.
9. Garrafa V. Introdução à bioética. *Revista do Hospital Universitário Ufma*. 2005; 6(2):9-13.
10. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
11. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo saúde (Impr.)*. 2002; 26(1):6-15.
12. Cruz MR, Trindade ES. Bioética de Intervenção – uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(4):483-500.

13. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 jan/mar; 10(1):130.
14. Viana ALD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspect*. 2003; 17(1):58-68.
15. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*. 2005; 1(2):122-32.
16. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008 mar; 24(3):698.
17. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicada aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo; 2003. p.35-48.
18. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008 mar; 24(3):696-701.
19. Porto SM. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. p.123-40.
20. Peliano AM, organizadora. Desafios e perspectivas da política social - texto para discussão no 1248 [internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006 dez [acesso em 2008 ago 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1248.pdf
21. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 jan/mar; 10(1):129-42.
22. Oliveira AAS, et al. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Garrafa V, Córdón J, organizadores. *Pesquisas em Bioética no Brasil de Hoje*. São Paulo: Gaia, 2006. p.19-44.
23. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética (CFM)*. 1997; 5(1):27-33.
24. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. p.66
25. Nascimento WF. Entre a subjetividade e a diferença: notas foucaultianas. In: Milovic M, Sprandel M, Costa A, organizadores. *Sociedade e diferença*. Brasília: Casa das Musas, 2005. p. 87.
26. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. p.73
27. Garrafa V, Pyrrho M. Bases epistemológicas e políticas da bioética de intervenção. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.298

28. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Soc.* [periódico na Internet]. 2011 abr/jun [acesso em 2011 dez 6]; 20(2): 287-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200003&lng=en&nrm=iso
29. Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*. 2008; 66(10):2173-84.
30. Bravo MIS, Souza RO. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. *Ser Social*. 2002; 10:57-92.
31. Morita I, Guimarães JF, Di Muzio BP. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2006 jan/abr [acesso em 2011 dez 6]; 15(1):49-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000100006>
32. Costa MR apud Shankland AJL. Speaking for the people: representation and health policy in the brazilian amazon [tese]. Sussex, England: University of Sussex, Institute of Development Studies; 2010
33. Fleury SMT. A questão democrática na saúde. In.: Fleury SMT, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p.40
34. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008 mar; 24(3):700.
35. Fortes PAC, Zaboli ELCP. Os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *Mundo saúde (Impr.)* [periódico na Internet]. 2005 jan/mar [acesso em 2010 ago 20]; 29(1):20-25. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/28/02_Principios_SUS.pdf
36. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. p.18
37. Batagello R, Benevides L, Portillo JAC. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2012 jul 27]; 20(3):625-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300009&lng=en&nrm=iso
38. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. p.21
39. Alvarez MC. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo perspect.* 2004 jan/mar; 18(1):168-76.
40. Silva JO. Conselhos, controle social e racionalidade do Estado. *Divulg. saúde debate*. 2008; 43:118-27.
41. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005.

42. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.51
43. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.52
44. Sánchez-Vázquez A. *Ética*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.103
45. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.54
46. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.55
47. Comte-Sponville A. *O capitalismo é moral?* São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.59
48. Escorel S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulg. saúde debate*. 2008 jun; 43:23-8.
49. Lattman-Weltman, F. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional . *Divulg. saúde debate*. 2008; 43:29-36.
50. Lattman-Weltman, F. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional . *Divulg. saúde debate*. 2008; 43:34.
51. Coelho VSP. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos estudos [periódico na Internet]*. 2007 jul [acesso em 2009 mar 16]; 78:77-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002007000200009&script=sci_arttext
52. Gonçalves AO, Silva JFS, Pedrosa JIS. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2008; 43:96-105.
53. Silva AB, Labra E. Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. *Ci. Inf.* 2007 mai/ago; 36(2): 106-17.
54. Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde debate*. 2006; 30(73-74):149-60.
55. Moreira MR. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. *Divulg. saúde debate*. 2008; 43:15-22.
56. Labra E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P.353-83.
57. Delgado MM, Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulg. saúde debate*. 2008 jun; 43:79-95.
58. Guizardi FL. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3):797-805.
59. Kleba ME. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em conselhos municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3):793-802.

60. Scheffer M. Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. *Saúde debate*. 2006; 30(73-74):313-20.
61. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5):2437-45.
62. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo; 2003. p.49-61.
63. Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):45-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
64. Ortiz R apud Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):45-56. p.45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
65. Santos BS apud Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):45-56. p. 49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
66. Garrafa V. Bioética Forte - uma perspectiva periférica às teorias bioéticas tradicionais. *Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética/CEAM-UnB*. 2000; 18:1-5.
67. Fleury RM. Educação intercultural, gênero e movimentos sociais no Brasil. *Educar*. 2003; Especial:121-36.
68. Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
69. Sen A apud Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):45-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
70. Candau VM. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Rev. bras. educ.* [periódico na Internet]. 2008 jan/abr [acesso em 2011 mai 18]; 13(37):51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/05.pdf>
71. Walsh C. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: Candau VM. (organizadora). *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 12-42.
72. Walsh C. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: Candau VM. (organizadora). *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p.13

73. Teixeira CC. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica* [periódico na Internet]. 2008 nov [acesso em 2011 mai 18]; 12(2):323-51. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v12n2/v12n2a03.pdf>
74. Teixeira CC. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica* [periódico na Internet]. 2008 nov [acesso em 2011 mai 18]; 12(2):344. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v12n2/v12n2a03.pdf>
75. Walsh C. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: Candau VM. (organizadora). *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 21
76. Spivak GC. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: UFMG, 2010.
77. Spivak GC. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: UFMG, 2010. p.14
78. Stephens C, et al. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. *The Lancet*. 2006 jun; 367:2019-28.
79. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (DESA). *The Concept of Indigenous Peoples*. Documento elaborado pela Secretaria do Fórum Permanente da ONU sobre questões indígenas. Workshop sobre coleta de dados e desagregação por povos indígenas; Nova York, 2004 jan 19-21 [acesso em 2010 ago 20]. UN Doc. No. PFII/2004/WS.1/3. Disponível em: www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_data_background
80. Brasil. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção no 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. *Diário Oficial da União*. 2004 abr 20. p.1
81. Consórcio IDS-SSL-Cebrap. *Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena - relatório inicial (revisado)*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2009 [acesso em 2009 mai 24]. Disponível em http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf
82. Fundação Nacional de Saúde (Brasil), Departamento de Saúde Indígena. *Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010*. Brasília: Funasa, 2010. 96p.
83. Ricardo B, Ricardo F, editores. *Povos indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.
84. Rodrigues AD. Línguas indígenas no Brasil. In: Ricardo B, Ricardo F, Editores. *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p.59-63.
85. *Povos Indígenas no Brasil* [homepage na Internet]. Instituto Socioambiental. [acesso em 2010 ago 20]. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/contato-com-nao-indios>
86. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*. 2006 jun; 367: 1859-69.

87. Coimbra CEA Jr., Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1):125-32.
88. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. Siasi: criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 abr [acesso em 2010 dez 6]; 23(4). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso
89. Coimbra CEA Jr, et al. Sistema em Transição. In: Ricardo B, Ricardo F, editores. *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p.141-4.
90. Ministério da Saúde (Brasil). Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose - Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2009) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [atualizada em 2010 set 3; acesso em 2011 fev 8]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incidencia_tabela2.pdf
91. Abrasco. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas recebe o prêmio Destaque ENSP [homepage na Internet]. [acesso em 2010 set 21]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=463
92. Paixão MJP, Carvano LMF, Oliveira JC, Ervatti LR. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005. p.49-189
93. Santos RV, Coimbra CEA Jr. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra CEA Jr., Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003. p.13-48.
94. Figueiroa I. A Convenção 169 da OIT e o dever do Estado brasileiro de consultar os povos indígenas e tribais. In: Garzón BR (organizador). *Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais: oportunidades e desafios para sua implementação no Brasil*. São Paulo: instituto Socioambiental, 2009. p.13-48.
95. Figueiroa I. A Convenção 169 da OIT e o dever do Estado brasileiro de consultar os povos indígenas e tribais. In: Garzón BR (organizador). *Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais: oportunidades e desafios para sua implementação no Brasil*. São Paulo: instituto Socioambiental, 2009. p.31
96. Garzón BR (organizador). *Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais: oportunidades e desafios para sua implementação no Brasil*. São Paulo: instituto Socioambiental, 2009.
97. Luciano, GS. 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.
98. Luciano, GS. 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. p.59
99. Consórcio IDS-SSL-Cebrap. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena - relatório inicial (revisado). Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2009 [acesso em 2009 mai 24]. p. 44. Disponível em http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf
 100. Brand A apud Consórcio IDS-SSL-Cebrap. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena - relatório inicial (revisado). Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2009 [acesso em 2009 mai 24]. Disponível em http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf
 101. Albert B. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. In: Ricardo CA, editor. Povos Indígenas no Brasil 1996-2000. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA); 2001. p.197-207.
 102. Matos MHO. Rumos do movimento indígena no Brasil contemporâneo: experiências exemplares no Vale do Javari [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia; 2006. p.35
 103. Verdum R. Povos indígenas no Brasil: o desafio da autonomia [homepage na Internet]. Americas Programa; [acesso em 2009 dez 14]. Disponível em: <http://www.cipamericas.org/pt-br/archives/1762>
 104. Montejo P. Lideranças regionais criam articulação dos povos indígenas [homepage na Internet]. Agencia Latinoamericana de Información, América Latina en Movimiento; 2005 nov 21 [acesso em 2010 set 21]. Disponível em: <http://alainet.org/active/9843&lang=es>.
 105. Luciano, GS. 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. p.61
 106. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
 107. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cad. saúde pública. 1987 out/dez; 4(3):388-401.
 108. Marques IMSF. A política de atenção à saúde indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
 109. Varga IVD, Adorno RCF. Terceirizando a indianidade?: Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos "500 anos". Rev. Direito Sanit. [periódico na Internet]. 2001 mar [acesso em 2010 ago 18]; 2(1):9-26. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792001000100002&lng=pt&nrm=iso
 110. Magalhães EDO. Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social; 2001.

111. Brasil. Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições s para a prestação de assistência a saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev 5.
112. 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.
113. Brasil. Projeto de Lei nº 4681-D de 1994. Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, DF. 1997 out 8.
114. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e o seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo [Internet]. 1995 ago 23 [acesso em 2010 jun 20]. Não Paginado. Disponível em:
<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>
115. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa, 2009.
116. Neumann ZA, coordenadora. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000–2006. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2006.
117. Garnelo L, Macedo M, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
118. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Nota Técnica no 067/2008/Assessoria/GAB/Desai [Internet]. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 19 de agosto de 2008 [acesso em 2010 fev 25]. Disponível em:
<http://www.Funasa.gov.br/internet/desai/legislacaoNotasTecnicas.asp>
119. Tribunal de Contas da União (Brasil). Acórdão 402/2009 – Plenário. Relatório de Auditoria Operacional. Brasília: Tribunal de Contas da União. 2009. Processo n.º TC 013.233/2008-5.
120. Ministério da Justiça, Comissão Nacional de Política Indigenista. Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista [Internet]. Brasília: Funai; 2008 [acesso em 2010 fev 25]. Disponível em:
http://www.funai.gov.br/ultimas/CNPI/atas/Ata_da_6a_Reuniao_Ordinaria_da_CNPI.pdf
121. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003 jan/fev; 19(1):313.
122. Teixeira CC. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico/2009 [periódico na Internet]. 2010 jun [acesso em 2011 mai 18]; I:106. Disponível em:
http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf
123. Teixeira CC. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico/2009 [periódico na Internet]. 2010 jun [acesso em 2011 mai 18]; I:107.

- Disponível em:
http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf
124. Teixeira CC. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico/2009 [periódico na Internet]. 2010 jun [acesso em 2011 mai 18]; I:108. Disponível em:
http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf
 125. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
 126. Habermas J. Dialética e hermenêutica. São Paulo: Editora L&PM, 1987.
 127. Habermas J. Dialética e hermenêutica. São Paulo: Editora L&PM, 1987. p.21
 128. Fiocruz. Participanetsus: Pesquisa, gestão e Conselhos de Saúde [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca [acesso em 2010 out 1]. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>>.
 129. Castellani MR. Subsistema de Saúde Indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.
 130. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 2003 dez 4.
 131. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). O Orçamento do Controle Social [Internet]. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; [acesso em 2011 jun 9]. Disponível em:
<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/controlSocialOrcamento.pdf>
 132. Teixeira CC. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico/2009 [periódico na Internet]. 2010 jun [acesso em 2011 mai 18]; I:111. Disponível em:
http://dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas%202009_I%20Jun%202010/Autonomia%20em%20sa%C3%BAde.pdf
 133. Feitosa SF. Pluralismo moral e direito à vida: apontamentos bioéticos sobre a prática do infanticídio em comunidades indígenas no Brasil [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2010.
 134. Feitosa SF. Pluralismo moral e direito à vida: apontamentos bioéticos sobre a prática do infanticídio em comunidades indígenas no Brasil [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2010. p.94
 135. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. p.101
 136. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. p.102

137. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.* [periódico na Internet]. 2012 jan/mar [acesso em 2012 ago 13]; 109:126-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008
138. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.* [periódico na Internet]. 2012 jan/mar [acesso em 2012 ago 13]; 109:135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

1. Dados Básicos

- 1.1 Número da entrevista
- 1.2 Data da entrevista
- 1.3 Local da entrevista
- 1.4 Nome [deixar opção de anonimato]
- 1.5 Etnia
- 1.6 Telefone de contato
- 1.7 E-mail

2. Histórico

- 2.1 Há quanto tempo é conselheiro?
- 2.2 Em que ano o presidente iniciou a gestão atual?
- 2.3 Qual o segmento que o presidente do conselho representa?
- 2.4 Que entidade o presidente do Condisi representa?

3. Perfil do Condisi

- 3.1 Em que ano foi criado o Conselho Distrital de Saúde Indígena?
- 3.2 Quantos anos dura o mandato do presidente?
- 3.3 Esse mandato pode ser reconduzido por quanto tempo? ____ anos
- 3.4 Qual o número total de conselheiros?
- 3.5 Quantos são representantes de usuários?
- 3.6 Quantos são representantes de profissionais de saúde?
- 3.7 Quantos são representantes de gestores?
- 3.8 Quantos são representantes de prestadores de serviços?
- 3.9 O presidente do Condisi é escolhido por meio de eleição? () sim () não
- 3.10 No que se refere à organização funcional, o Condisi possui:
 - () mesa diretora: para organização e condução das reuniões do Condisi.
 - () secretaria executiva: para realização de registro em ata e da redação de documentos do Condisi.
 - () elaboração de planos de trabalho: documento com o conjunto de ações e as prioridades do Condisi.
 - () comissões permanentes de trabalho () grupos de trabalho

- 3.11 No que se refere à organização administrativo funcional, o Condisi possui:
 sede sala própria telefone próprio computador
 acesso à internet equipe de apoio administrativo própria
 necessita da equipe de apoio administrativo do Dsei
- 3.12 Financeiramente, o Condisi possui:
 Orçamento próprio sim não
 Participação na elaboração de seu orçamento sim não
 Acompanha a execução seu orçamento sim não
 Autonomia para gerenciar os recursos recebidos sim não
- 3.13 O orçamento do Condisi é aplicado em:
 realização de reuniões do Condisi
 material de divulgação passagens combustível diárias
 equipamentos estrutura física assessoria e consultoria técnica
 outros: _____
- 3.14 Quantas reuniões ordinárias deve haver por ano segundo o regimento?
- 3.15 Quantas reuniões ordinárias houve em 2009?
- 3.16 Houve alguma reunião extraordinária em 2009? sim não quantas?
- 3.17 Houve capacitações de conselheiros em 2009? sim não quantas?
- 3.18 Como os conselheiros são convocados para a reunião do Condisi?
 telefone e-mail correio
 a data da próxima reunião é marcada na reunião anterior
 avisa pessoalmente entrega aviso em mãos rádio
 outro: _____
- 3.19 As datas e os locais das reuniões são divulgados para a população?
 sim não Explique como:
- 3.20 As reuniões são abertas à população? sim não
- 3.21 As atas são disponíveis para consulta pública? sim não
- 3.22 Descreva os 3 principais temas discutidos nas reuniões de 2009.
- 3.23 De um modo geral, as reivindicações do Condisi foram atendidas em 2009?
 sim não
- 3.24 Para onde o Condisi encaminha formalmente suas reclamações e denúncias:
 chefe de dsei fórum de presidentes de Condisi desai/Funasa
 ministério público ministério da saúde prefeitura outro:

- 3.25 Sobre o plano distrital, marque a(s) alternativa(s) que mais se aproximam da realidade do seu Condisi:
- realiza oficina para elaboração do plano distrital.
 - participa da elaboração.
 - propõe alterações e sugestões ao plano apresentado pelo Dsei.
 - aprova o plano distrital.
 - discute o plano distrital em reunião, mas sem aprovar.
 - o plano é elaborado pelo Dsei sem discussão com o Condisi.
- 3.26 Explique as principais dificuldades encontradas para a atuação do Condisi.

4. Visão/avaliação da Saúde

- 4.1 Sua atuação como presidente dos Condisis melhorou após a criação do fórum?
- 4.2 Consegue identificar que resultados das reuniões do fórum para a atuação do Condisi?
- 4.3 O Condisi ficou mais forte após a criação do fórum?
- 4.4 Que conquistas atribui ao fórum?
- 4.5 Acha que o fórum propicia troca de experiências entre Condisis?
- 4.6 Quais os principais assuntos tratados nas reuniões do fórum?
- 4.6.1 Funcionamento dos serviços
 - 4.6.2 Mudança do modelo assistencial
 - 4.6.3 Capacitação de conselheiros
- 4.7 O fórum se reúne de acordo com uma agenda? Quem faz a agenda? Ela é seguida?
- 4.8 Dificuldades encontradas:
- 4.8.1 Argumentação técnico-científica
 - 4.8.2 Respeito à cultura
 - 4.8.3 Infra-estrutura (transporte, tempo, assessoria)
- 4.9 As Associações indígenas têm se articulado com o fórum?
- 4.10 Como é a articulação das associações indígenas com o CNS?
- 4.11 Como avalia a atuação da Cisi?
- 4.12 Como avalia o papel do Ministério Público na saúde indígena?
- 4.13 Quais são as maiores dificuldades do controle social no Distrito?
- 4.14 Quais são as maiores dificuldades do controle social no nível nacional?
- 4.15 O que poderia ajudar a fortalecer mais o controle social?
- 4.16 Acha que deveria haver uma instância paritária em nível nacional deliberativa sobre saúde indígena? Conselho Nacional de Saúde Indígena?
- 4.17 Pensa em alguma nova forma de participação?

ANEXO 2 – LISTA DE ENTREVISTADOS

Agnelo T. Wadzatsé - Condisi Xavante
Antônio Lulu (Darã) - Condisi Interior Sul
Aurélio Tenharim - Condisi Porto Velho
Carlos Akai Munduruku - Condisi Tapajós
Carlos Brandão - Condisi Alto Rio Juruá
Clóvis Ambrósio - Condisi Leste de Roraima
Edemilson Canale - Condisi Cuiabá
Ercília da Silva Vieira - Condisi Médio Solimões e Afl.
Fernando da Silva Souza - Condisi Mato Grosso do Sul
Germilson Dias Chaves - Condisi Manaus
Hyrál Moreira - Condisi Litoral Sul
João Francisco Neri Pantoja - Condisi Médio Purus
Joaquim Ferreira Lima - Condisi Altamira
Jorge Oliveira Duarte - Condisi Vale do Javari
José Arão Marizê Lopes - Condisi Maranhão
Kaitona Wajãpi - Condisi Amapá e norte do Pará
Kaorewgi Reginaldo Tapirapé - Condisi Araguaia
Lázaro Calixto Xerente - Condisi Tocantins
Lindomar dos Santos Rodrigues - Condisi Alagoas e Sergipe
Lindomar José de Almeida Silva - Condisi Minas Gerais e Espírito Santo
Luiz Brazão - Condisi Alto Rio Negro
Manoel Eufrásio Rodrigues - Condisi Potiguara
Maria de Jesus Sobrinho (Dijé) - Condisi Ceará
Maria do Carmo Andrade Silva (Carmem Pankararu) - Condisi Pernambuco
Nelson Mutzie - Condisi Vilhena
Nilton Makaxi - Condisi Parintins
Peri Xiriana Yanomami - Condisi Yanomami
Piná Tembê - Condisi Guamá -Tocantins
Pituyaro Metuktire - Condisi Kaiapó/MT
Reginaldo Neves Gomes - Condisi Bahia
Sebastião Ramos Nogueira - Condisi Alto Rio Solimões e Afl.
Takwry Kaiapó (Sandro) - Condisi Kaiapó/PA

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO

A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e da Política Nacional de Saúde Indígena lançou o desafio para o governo brasileiro de reconhecer e valorizar a diversidade cultural e avançar no que se refere à equidade e à participação da sociedade na definição das políticas públicas. O objetivo deste estudo é realizar uma reflexão de como controle social do Subsistema Atenção à de Saúde Indígena possibilita a participação dos usuários, técnicos e gestores na definição de políticas de saúde para a população indígena. Também serão analisadas as possibilidades e os limites dos espaços de Controle Social da Saúde Indígena como mecanismos de inclusão social e gestão participativa.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Reflexão Bioética Sobre a Equidade e o Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” realizada por Luciana Benevides Ferreira, aluna do Programa de Doutorado em Bioética da Universidade de Brasília.

A pesquisa não apresenta riscos aparentes aos participantes. O participante poderá se recusar a responder questões da entrevista que lhes tragam constrangimentos e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O nome dos entrevistados e trechos de sua entrevista somente serão divulgados mediante autorização do entrevistado. O resultado da pesquisa será enviado ao órgão gestor da política de saúde indígena e aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena visando a subsidiar discussões sobre o tema e a auxiliar o fortalecimento do controle social.

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, **CONCORDO** em responder o questionário e autorizo a utilização dos dados fornecidos, para efeitos de um trabalho científico de tese na Universidade de Brasília.

Concordo que esta entrevista seja gravada para maior fidelidade no registro das minhas respostas: Sim Não

Concordo que o meu nome seja incluído na lista de pessoas entrevistadas e na atribuição de minhas falas: Sim Não

Local e data:

Nome:

Assinatura do participante:

Assinatura do Pesquisador:



Impressão dactiloscópica no caso de não saber escrever

Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, telefone ou envie um e-mail para:
 Luciana Benevides Tel.: (61) 9970-0308 e-mail: lucianabenevides2001@yahoo.com.br
 CEP/FS UNB: Tel: (61) 3107-1947 e-mail: cepfs@unb.br

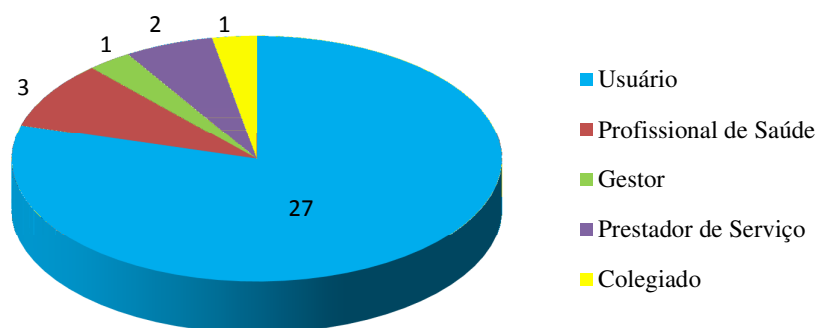
ANEXO 4 - PERFIL DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Os dados dos questionários foram consolidados e os principais resultados obtidos a partir das questões objetivas são apresentados a seguir.

IDENTIFICAÇÃO

A maior parte (27) dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena representa o segmento dos usuários. Também há três representantes de profissionais de saúde, dois de prestadores de serviço e um de gestores (Gráfico 1). Todos os presidentes dos Condisis são indígenas, a única exceção é o Condisi Pernambuco, presidido por um colegiado formado por um representante de usuários, um dos gestores e um de profissionais de saúde.

GRÁFICO 1 - Distribuição dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena por segmento que representa, 2009.



Fonte: Pesquisa de campo.

ANO DE CRIAÇÃO

Os Condisis foram criados nos anos 2000 (15), 2001 (18) e 2002 (1), conforme observa-se no Quadro 1.

QUADRO 1 - Ano de criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Ano de criação	Condisi
2000	Alagoas/Sergipe, Altamira, Alto Purus, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões e Afluentes, Amapá e Norte do Pará, Araguaia, Bahia, Interior Sul, Leste de Roraima, Mato Grosso do Sul, Médio Solimões e Afluentes, Potiguara, Tapajós, Tocantins
2001	Alto Rio Juruá, Ceará, Cuiabá, Guatoc, Kayapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Manaus, Médio Purus, Minas Gerais/ Espírito Santo, Parintins, Pernambuco, Porto Velho, Vilhena, Xavante, Xingu, Vale do Javari, Litoral Sul, Maranhão
2002	Yanomami

Fonte: Pesquisa de campo

MANDATO

De uma forma geral o mandato dos presidentes dos Condisis é de dois anos, podendo ser reconduzido por mais dois anos. O Condisi Mato Grosso do Sul tem uma mandato de três anos, porém a recondução é de apenas mais um ano, totalizando quatro anos de mandato, como a maior parte dos conselhos. O mandato mais extenso é o do Condisi Xingu, que é de quatro anos, com recondução por mais quatro anos (QUADRO 2).

QUADRO 2 - Tempo do mandato dos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Condisi	Tempo do mandato do presidente conselheiro	Esse mandato pode ser reconduzido por quanto tempo?
Alagoas/Sergipe	2 anos	por mais 2 anos
Altamira	2 anos	por mais 2 anos
Alto Rio Juruá	2 anos	por mais 2 anos
Araguaia	2 anos	por mais 2 anos
Bahia	2 anos	por mais 2 anos
Cuiabá	2 anos	por mais 2 anos
Interior Sul	2 anos	por mais 2 anos
Kaiapó do Pará	2 anos	por mais 2 anos
Kayapó do Mato Grosso	2 anos	por mais 2 anos
Leste de Roraima	2 anos	por mais 2 anos
Litoral Sul	2 anos	por mais 2 anos
Mato Grosso do Sul	3 anos	1 ano
Médio Purus	2 anos	por mais 2 anos
Médio Solimões e Afluentes	2 anos	por mais 2 anos
Minas Gerais/ Espírito Santo	2 anos	por mais 2 anos
Parintins	2 anos	por mais 2 anos
Porto Velho	2 anos	por mais 2 anos
Potiguara	2 anos	por mais 2 anos
Tocantins	2 anos	por mais 2 anos
Vale do Javari	2 anos	por mais 2 anos
Xavante	2 anos	por mais 2 anos
Xingu	4 anos	por mais 4 anos
Yanomami	2 anos	no regimento não consta

Fonte: Pesquisa de campo

COMPOSIÇÃO DOS CONDISI

A composição dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena foi informada em todos os questionários e em todos eles há 50% de conselheiros representantes do segmento de usuários.

Porém, em apenas 15 Condisis a proporção entre profissionais de saúde e gestores e prestadores de serviço, correspondia às orientações da resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde que recomenda que a representação total dos conselhos deva ser distribuída da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Foram encontrados alguns erros nas quantidades de conselheiros que dificultaram a análise sobre a composição dos conselhos.

No Quadro 3 está a composição de cada Condisi, conforme informada no formulário, e as porcentagens de cada categoria.

QUADRO 3 - Composição dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Condisi	Número total de conselheiros	Usuários (a)	%	Profissionais de saúde (b)	%	Gestores (c)	Prestadores de serviços (d)	Gestores + Prestadores de serviço (c+d)	%	Total (a+b+c+d)	% (100%)
Alagoas/ Sergipe	26	13	50	5	19	4	4	8	31	26	100
Altamira	32	16	50	8	25	5	3	8	25	32	100
Alto Purus	20	10	50	6	30	2	6	8	40	24	120
Alto Rio Juruá	20	10	50	5	25	5	0	5	25	20	100
Alto Rio Negro	34	17	50	3	9	3	11	14	41	34	100
Alto Rio Solimões (Portaria)	48	24	50	12	25	4	8	12	25	48	100
Amapá e Norte do Pará	24	12	50	1	4	3	8	11	46	24	100
Araguaia	56	28	50	14	25			14	25	56	100
Bahia	24	12	50	2	8	6	4	10	42	24	100
Ceará	72	36	50	18	25			18	25	72	100
Cuiabá	32	16	50	8	25	4	4	8	25	32	100
Guatoc	32	16	50	8	25	4	4	8	25	32	100
Interior Sul	64	32	50	16	25			16	25	64	100
Kaiapó do Mato Grosso	40	20	50	10	25	5	5	10	25	40	100
Kaiapó do Pará	22	11	50	4	18	2	5	7	32	22	100
Leste Rr	36	18	50	9	25	4	5	9	25	36	100
Litoral Sul	64	32	50	16	25	5	8	13	20	61	95
Manaus	32	16	50		-			-	-	-	-
Maranhão	44	22	50	11	25	5	6	11	25	44	100
Mato Grosso do Sul	32	16	50	8	25	4	4	8	25	32	100
Médio Purus	28	14	50	7	25	0	7	7	25	28	100
Médio Solimões e Afluentes	40	20	50	18	45	1	1	2	5	40	100
Minas Gerais/ Espírito Santo	50	25	50	16	32	6	3	9	18	50	100
Parintins	34	17	50	2	6	2	7	9	26	28	82,35
Pernambuco	28	14	50	7	25	7	0	7	25	28	100
Porto Velho (Portaria)	28	14	50	1	4			13	46	28	100
Potiguara	32	16	50	8	25			8	25	32	100
Tapajós	22	11	50		-			-	-	-	-
Tocantins	36	18	50	8	22	8	4	12	33	38	105,55
Vale do Javari	18	9	50	5	28			4	22	18	100
Vilhena	34	17	50		0			17	50	34	100
Xavante	48	24	50	6	13	6	6	12	25	42	87,5
Xingu	50	25	50	10	20	10	5	15	30	50	100
Yanomami	46	23	50	6	13	1	16	17	37	46	100

Fonte: Pesquisa de campo

REUNIÕES

Apenas 24 Condisis informaram o número de reuniões ordinárias por ano (QUADRO 4). A maior parte informou realizar entre três (11 Condisi) e quatro (12 Condisi) reuniões. Apenas um Condisi informou prever apenas duas reuniões ordinárias por ano. Apenas 5 Condisis conseguiram realizar, em 2009, o número de reuniões ordinárias previstas e os Condisi Kaiapó do Pará e Xavante relataram não ter realizado nenhuma reunião do conselho.

QUADRO 4 - Número de reuniões ordinárias previstas no regimento e número de reuniões realizadas no ano 2009 por Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Condisi	Reuniões ordinárias por ano segundo o regimento	Reuniões ordinárias realizadas em 2009
Alagoas/Sergipe	4	4
Altamira	3	2
Alto Purus	3	1
Alto Rio Juruá	3	2
Alto Rio Negro	3	2
Alto Rio Solimões e Afluentes	4	3
Amapá e Norte do Pará	3	2
Araguaia	4	3
Bahia	2	1
Ceará	4	4
Cuiabá	4	3
Guamá-Tocantins	4	3
Interior Sul	4	3
Kaiapó do Pará	3	0
Litoral Sul	4	4
Manaus	4	1
Maranhão	4	3
Médio Purus	3	2
Minas Gerais/ Espírito Santo	3	1
Parintins	3	1
Pernambuco	4	4
Potiguara	3	3
Tapajós	3	1
Vilhena	4	2

Fonte: Pesquisa de campo

DIVULGAÇÃO

Todos os 23 Condisis que responderam à questão sobre a divulgação das datas e locais das reuniões para a população e se as reuniões são abertas. Apenas dois deles não disponibilizam a ata das reuniões para consulta pública (QUADRO 5).

QUADRO 5 - Divulgação da data, local e atas das reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2009.

Condisi	As datas e os locais das reuniões são divulgados para a população? Explique como.	As reuniões são abertas à população?	As atas são disponíveis para consulta pública?
Alagoas/Sergipe	Sim, mandamos convites e colocamos no fixador nos pólos-bases de cada povo.	sim	sim
Altamira	Sim. Por convites e documentos	sim	sim
Alto Rio Juruá	Através de ofícios	sim	não
Araguaia	- sim. Convite através de ofício e ligações para os pólos.	sim	sim
Bahia	Através de convites e outros meios de comunicação.	sim	sim
Cuiabá	- são realizado ofícios e são encaminhados para os membros de outras instituições (Funai, SES, universidades, Cosems etc.). - para os indígenas são repassados as informações da data e local da reunião através de radiofonia as aldeias.	sim	sim
Interior Sul	São realizadas nas reuniões ordinárias do conselho onde é feito o sorteio de qual estado ira sediar a próxima reunião.	sim	sim
Kaiapó do Pará	Informação repassadas aos conselheiros / mural Dsei / telefone	sim	sim
Kaiapó do Mato Grosso	Através de ofício circular as entidades, radiograma aos polos e aldeias, oficio para as rede de televisão entre outros.	sim	não
Leste de Roraima	Sim, pelos conselheiros.	sim	sim
Litoral Sul	Sim. Previamente na reunião que antecede. Divulgada na reunião anterior.	sim	sim
Mato Grosso do Sul	Todos os polos bases são informados do período da reunião que repassam as informações aos representantes do Condisi e presidentes de conselhos locais; é publicado no site da coordenação regional bem como nos principais meios de comunicação online.	sim	ficam à disposição na sede do Condisi.
Médio Purus	Sim. Para todos os conselheiros e usuários. Através de convite e rádio	sim	sim
Médio Solimões	Sim. Os conselheiros são avisados com no mínimo 30 dias.	sim	sim
Minas Gerais/Espírito Santo	Sim. Através de documentos.	sim	sim
Parintins	Sim. Rádio	sim	sim
Porto Velho	Sim. Por documentos e convites aos conselheiros.	sim	sim
Potiguara	Sim. 15 dias antes das reuniões, o Condisi encaminha ofícios para as lideranças, e nos pólos-bases. As populações das aldeias são todas convocadas.	sim	sim
Tocantins	Sim. Rádio, telefone e fax.	sim	sim
Vale do Javari	Sim, via radio de comunicação e ofícios.	sim	sim, se for necessário
Xavante	Sim. Oficio para os pólos, para os profissionais.	sim	sim
Xingu	Sim. Através de radio, via internet	sim	sim
Yanomami	Sim, através das reuniões do Condisi	sim	sim

Fonte: Pesquisa de campo

FUNCIONAMENTO

A criação de grupos de trabalhos e comissões depende exclusivamente da necessidade local, não sendo obrigatória e não tendo relação direta com o nível de estruturação do conselho. Porém a experiência desenvolvida por estes grupos e comissões pode ser compartilhada, por isso a importância do registro da ocorrência destas atividades nos Condisis, que pode ser vista no Quadro 6.

QUADRO 6 - Elaboração de plano de trabalho e existência de grupo de trabalho e comissões nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2009.

Condisi	Elaboração de plano de trabalho	Grupo de trabalho	Comissões permanentes de trabalho
Alagoas/Sergipe	x		
Altamira	x		
Araguaia			
Bahia	x		
Cuiabá	x	x	
Kaiapó do Pará	x		
Alto Rio Juruá			
Interior-Sul	x	x	x
Kaiapó do Pará	x	x	
Leste de Roraima	x		
Litoral Sul	x		x
Médio Solimões e Afluentes	x	x	x
Mato Grosso Do Sul	x	x	
Médio Purus	x	x	x
Minas Gerais/ Espírito Santo	x	x	x
Parintins	x	x	x
Porto Velho	x		
Potiguara	x		
Tocantins		x	
Vale do Javari	x		x
Xavante	x	x	
Xingu	x		
Yanomami			

Fonte: Pesquisa de campo

PRINCIPAIS TEMAS – ANO 2009

Todos os Condisis, com exceção dos que não realizaram nenhuma reunião em 2009 (Kaiapó do Pará e Xavante) informaram os principais temas abordados nas reuniões. Dentre eles destacam-se questões relacionadas ao próprio Condisi (reestruturação, regimento, eleição, avaliação da atuação, papel dos conselheiros, infra-estrutura, orçamento) e as pactuações e prestação de contas de recursos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

repassados diretamente aos municípios para atenção à saúde indígena. Outro tema que teve destaque em todas as regiões do país foi a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde. Segue abaixo (QUADRO 7) a lista completa dos principais temas discutidos e o número de vezes em que foi citado.

QUADRO 7 - Principais temas discutidos nas reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2009.

Principais temas discutidos nas reuniões do Condisi no ano 2009	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sul e Sudeste	Total
Condisi (reestruturação, regimento, eleição, avaliação da atuação, papel dos conselheiros, infraestrutura, orçamento)	6	4		5	15
Pactuação e prestação de contas de recursos da SAS / Portaria nº 2656/PPI	8	3	2		13
Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena	2	1	2	2	7
Saneamento básico	1	3	3		7
Planejamento (Plano Distrital/Plano de Trabalho)	3		2	1	6
Gestão (Autonomia do Dsei, gestão do Dsei e gestão da CORE)	3	1	1		5
Doenças e Programas de saúde específicos (Hepatites Virais, surto de diarreia, campanha de vacinação, saúde bucal, saúde da mulher)	3	2			5
Convênio	4		1		5
Atuação/Planejamento/ Avaliação das ações das EMSI	3	1	1		5
Infraestrutura (necessidade de obras e equipamentos)	2	1	1		4
Medicamentos	2	1			3
Avaliação das ações do Dsei	1	1	1		3
Melhoria na qualidade de vida dos indígenas (em geral, saúde e educação)	3				3
Transporte	2				2
Consumo de bebidas alcoólicas nas aldeias			1	1	2
Orçamento	1	1			2
Melhoria do atendimento / Humanização	1		1		2
Combustível	2				2
Atendimento nas CASAI	2				2
Acompanhamento de metas e dos indicadores	1	1			2
AIS	1				1
Mão de Obra Indígena			1		1
Medicina tradicional X Medicina Convencional			1		1
Atendimento aos índios desaldeados			1		1
Capacitação de conselheiros e AIS	1				1
Contratação de motoristas		1			1
Contratação de médicos	1				1
Passagens aéreas para pacientes	1				1
Discussão e avaliação do representante indígena no CNS	1				1
Aumento do salário dos profissionais	1				1

Fonte: Pesquisa de campo

DELIBERAÇÕES

Ao responder se as reivindicações das populações indígenas foram atendidas em 2009, metade (17) dos Condisis informaram que não, oito responderam que sim e oito informaram que foram atendidas em parte.

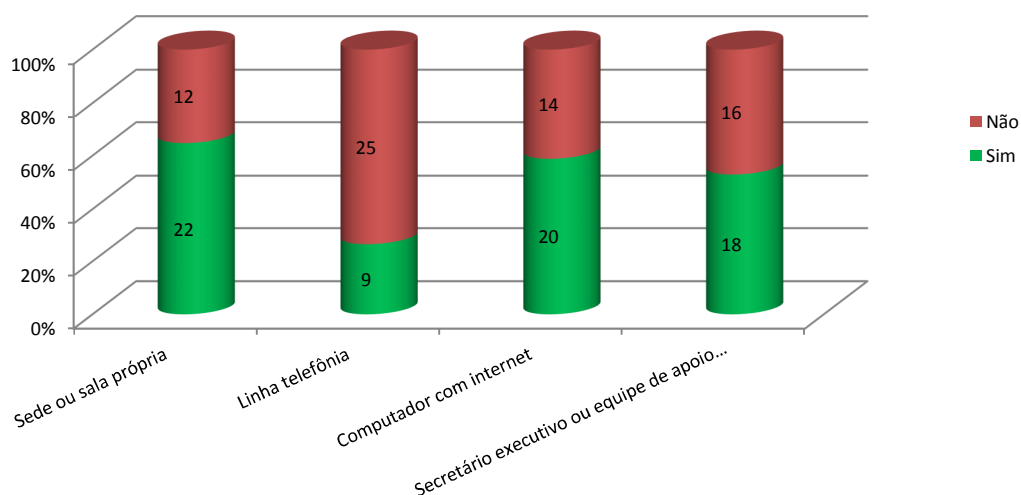
CAPACITAÇÕES DE CONSELHEIROS

Apenas nove dos 34 Dseis realizaram capacitações para conselheiros em 2009, e dois destes realizaram apenas capacitações para conselheiros locais. Alguns deles apresentaram como justificativa a falta de recursos para essa atividade.

INFRAESTRUTURA

A Resolução n.º 333/CNS, aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Quanto à estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde esta resolução estabelece que os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa. Como pode ser observado no Gráfico 2, ainda existem Condisis sem sede ou sala própria (12), sem linha telefônica (25), sem acesso à internet (14) e sem secretaria executiva ou pessoal de apoio (16).

GRÁFICO 2 - Infra-estrutura dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2009.



Fonte: Pesquisa de campo

FINANCIAMENTO

O item do questionário sobre financiamento foi respondido por 30 Condisis, sendo que 23 deles informaram participar da elaboração do orçamento e apenas três declararam ter autonomia para gerenciar seu orçamento.

DIFICULDADES

A questão sobre as principais dificuldades encontradas para a atuação do Condisi foi respondida em 24 questionários. Além da infraestrutura precária, da falta de recursos e autonomia para as ações do controle social, a dificuldade na gestão dos recursos e o transporte são problemas recorrentes. Aparecem também reclamações relativas à falta de capacitações dos conselheiros, à reduzida participação de representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde nas reuniões do Condisi. Há também relatos da incipiente participação incipiente dos conselheiros distritais dos segmentos dos gestores/prestadores de serviço de saúde (QUADRO 8).

QUADRO 8 - Principais problemas para atuação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2009.

Principais problemas para atuação do Condisi	Número de vezes em que foi citado
Falta de infraestrutura e pessoal de apoio	7
Falta de recursos próprios/falta de autonomia	7
Dificuldade na gestão (falta de planejamento entre gerência do Dsei e Condisi, falta de participação na gestão, dificuldade de execução de recursos pela CORE, demora na descentralização de recursos)	6
Transporte	6
Realização de capacitação de conselheiros	2
Dificuldade de acompanhamento das ações realizadas por prefeituras	1
Reduzida participação das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde	1
Participação incipiente dos conselheiros distritais dos segmentos dos gestores/prestadores de serviço de saúde	1
Ineficiente co-responsabilidade dos gestores/prestadores de serviço	1
Descumprimentos das deliberações aprovadas	1
Dificuldade de comunicação	1
Falta de respeito	1
Presidente do Condisi distante das outras aldeias	1
Existência de conflitos entre os conselheiros indígenas, falta de compromisso de alguns conselheiros	1
Entendimento do papel do conselheiro	1
Pagamento de diárias	1

Fonte: Pesquisa de campo