

Jéssica Camila de Sousa Rosa

Travessias da participação social e estratégias de mudança da política de saúde: o controle social na saúde indígena em diferentes perspectivas

Brasília-DF, 2016.

Jéssica Camila de Sousa Rosa

Travessias da participação social e estratégias de mudança da política de saúde: o controle social na saúde indígena em diferentes perspectivas

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia.

Área de Concentração: Promoção, prevenção e intervenção em saúde.

Linha de investigação: Estratégias interdisciplinares em promoção, prevenção e intervenção em saúde.

Temática: Ciências Sociais na Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Maria Ferreira Guimarães.

Brasília-DF, 2016.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

RR788t Rosa, Jéssica Camila de Sousa
Travessias da participação social e estratégias de
mudança da política de saúde: o controle social na
saúde indígena em diferentes perspectivas / Jéssica
Camila de Sousa Rosa; orientador Silvia Maria
Ferreira Guimarães. -- Brasília, 2016.
136 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília,
2016.

1. Saúde coletiva. 2. Políticas públicas de saúde.
3. Saúde indígena. 4. Participação Social. I.
Guimarães, Silvia Maria Ferreira, orient. II. Título.

Comissão examinadora

Sílvia Maria Ferreira Guimarães – Orientadora
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde
Faculdade de Ceilândia –Universidade de Brasília

Oviromar Flores – Examinador
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde
Faculdade de Ceilândia –Universidade de Brasília

Éverton Luís Pereira – Examinador
Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Saúde-Universidade de Brasília

Rosamaria Carneiro – Examinadora (Suplente)
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde FCE-UnB
Faculdade de Ceilândia –Universidade de Brasília

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus amores, meus pais, José e Hilda, pelo amor sem medida e por nunca terem me deixado só em toda minha vida.

Dedico a toda minha família, que é base de tudo, a quem eu devo as minhas melhores risadas e alegrias e, também, os abraços mais doces e firmes quando as coisas não estão como gostaríamos.

Dedico aos velhos amigos e aos novos também, que estão sempre comigo independente se estamos um ao lado do outro ou bem distantes fisicamente.

Dedico, sobretudo, ao amor que recebi e a todas as formas de amor que pude dar nesses últimos anos, pois “sem amor eu nada seria”.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela oportunidade de fazer parte da pesquisa sobre os “Sistemas Médicos Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Silvia Guimarães docente do curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, dessa mesma universidade, que foi a inspiração para o desenvolvimento desse trabalho.

A Universidade de Brasília pela oportunidade ímpar de ter cursado a Graduação em Saúde Coletiva e ter ingressado no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Há em mim uma paixão inexplicável por essa universidade que além de se ocupar de formar profissionais capacitados se preocupa em formar pessoas para a vida.

Aos amigos e amores que me acompanham nessa jornada, entre risadas e lágrimas. Em especial a um amigo que talvez não saiba do quanto foi fundamental para que esse trabalho me inspirasse mais ainda, Gilson Urnau. Uma pessoa que carrega a experiência de uma vida inteira de saúde indígena e que muito me ensinou neste último ano.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a Silvia Guimarães pelos nossos anos juntas, pela paciência, pelas trocas, pela dedicação, pelo compromisso, pelo envolvimento, pelos projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos e, sobretudo, pela amizade.

Por fim, eu agradeço aos índios, em especial aos índios do Rio Grande do Sul que muito tem me ensinado sobre saúde, sobre pessoas e sobre a vida. Colocam-me a refletir diariamente sobre uma sociedade preconceituosa, que não suporta aqueles que são distintos deles mesmos e de um Sistema Único de Saúde que ainda não alcançou a equidade. Evidencia-se na luta e sofrimento diário que estamos numa sociedade que não respeita direitos e menos ainda a diversidade.

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.”

Boaventura Souza Santos

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

"Dizem que estão atendendo as minorias. É verdade, as minorias estão sendo muito bem atendidas. E as minorias são os ricos. Os mais pobres, a maioria da população, esses são postos de lado"

Liderança Kaingang, fala durante reunião da Comissão Municipal de Saúde Indígena de Porto Alegre/RS em 25 de abril de 2016.

“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.”

Cora Coralina

Sumário

LISTA DE ANEXOS.....	IX
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	X
RESUMO.....	XII
ABSTRACT	XIII
Introdução.....	14
Objetivos.....	17
Caminhos metodológicos.....	18
Capítulo 1:Desenhos e definições de um Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
1.1. Participação social e/ou controle social.....	24
1.2. O CNS.....	29
Capítulo 2: Os indígenas e o SUS: as interseções possíveis, legais e reais.....	33
2.1. Repensando o processo de criação das políticas de saúde indígena no Brasil: breve histórico.....	34
2.2. A construção de uma política social: notas sobre a equidade e a interculturalidade...40	
Capítulo 3: O CNS e a saúde indígena nos últimos 30 anos.....	47
3.1. Apresentando o debate sobre a saúde indígena nas atas do CNS: panorama cronológico.....	48
3.2. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena: algumas considerações.....	87
Capítulo 4: Uma experiência na saúde indígena: entre o controle social e a gestão da política de saúde indígena.....	91
Conclusões.....	104
Considerações finais.....	109
Referências Bibliográficas.....	111
Anexos.....	118

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Artigo submetido a periódico científico

Anexo 2 – Diretrizes para submissão de artigo da Revista Mediações

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGU Advocacia Geral da União
ARPINSUL Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul
CES Conselho Estadual de Saúde
CIS Comissão Intersetorial de Saúde
CISI Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CIR Comissão Intergestores Regional
COIAB Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
COSEMS Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAI Coordenação de Saúde do Índio
CONDISI Conselho Distrital de Saúde Indígena
CMS Conselho Municipal de Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
CNSI Conferência Nacional de Saúde Indígena
DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS Equipe Volante de Saúde
FUNAI Fundação Nacional do Índio
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOB Normas Operacionais Básicas
OMS Organização Mundial da Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PIM Primeira Infância Melhor
PNASPI Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas
PNS Política Nacional de Saúde
RS Rio Grande do Sul
RBS Reforma Sanitária Brasileira
SES Secretaria de Estado da Saúde

SESAI Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI Sistema de Informação da Saúde Indígena

SUS Sistema Único de Saúde

SUSA Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SPI Sistema de Proteção ao Índio

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro passou por intensas mudanças no decorrer da história, influenciado, além de outros fatores, pelas demandas por uma sociedade mais democrática e participativa. Nesse contexto, as conferências de saúde bem como outros espaços de controle social foram importantes para a definição das políticas de saúde. Destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que especificou o papel dessas instâncias de controle. No âmbito da saúde indígena, também, foram criados espaços específicos de controle social como as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, além da representação dada aos indígenas dentro de instâncias como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) instituída dentro do CNS. A organização desses espaços ainda está muito associada ao modo não indígena de participação social evidenciando a necessidade de uma reflexão sobre sua efetividade. Desse modo, o objetivo desse trabalho é compreender o papel de espaços de controle social na formulação, implementação e análise das políticas públicas de saúde para os povos indígenas no Brasil através de uma pesquisa documental. A pesquisa documental permite ao pesquisador estudar o problema a partir da própria expressão e linguagem dos indivíduos. Após a reconstrução do caminho das políticas de saúde indígena, realizada por meio de um levantamento bibliográfico e legislações referentes ao tema, foi feito o estudo das atas do CNS que apresentam discussões sobre a saúde indígena bem como a análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e da CISI. Neste caso, a análise de dados possui três finalidades: a primeira é estabelecer a compreensão dos dados, em seguida responder as questões do estudo e por último articular ao contexto social e histórico no qual está inserido. Foram identificadas as tendências e o desenvolvimento das políticas de saúde ao longo do tempo e o reflexo das instâncias de participação e controle social na formulação, implementação e análise das políticas de saúde indígena. Desse modo, a partir desse material foi possível analisar os mecanismos de participação social indígena nas políticas de saúde no tange aos caminhos oficiais criados pelo Estado democrático no Brasil.

Palavras-chave: saúde indígena, participação social, políticas públicas de saúde e gestão em saúde.

ABSTRACT

The Brazilian health system underwent sweeping changes throughout history, influenced, among other factors, by the demands for a more democratic and participatory society. In this context, the conferences as well as other areas of social control were important to the definition of health policies. Noteworthy is the 8th National Health Conference that specified the role of these control bodies. In the context of indigenous health, too, specific spaces were created social control as the National Conferences of Indigenous Health, in addition to the representation given to indigenous within bodies such as the National Health Council (CNS) and the Intersectoral Commission on Indigenous Health (CISI) established within the CNS. The organization of these spaces is still very much associated with the non-indigenous form of social participation highlighting the need for a reflection on their effectiveness. Thus, the aim of this study is to understand the role of social control spaces in the formulation, implementation and analysis of public health policies for indigenous peoples in Brazil through a documentary research. The documentary research allows the researcher to study the problem from the very expression and language of individuals. After the reconstruction of the way of indigenous health policies, conducted through a literature and legislation on the topic, has made the study of CNS minutes presenting discussions on indigenous health and the analysis of the National Conferences Reports Health indigenous and CISI. In this case, the data analysis has three purposes: the first is to establish an understanding of the data, and then answer the questions of the study and finally articulate the social and historical context in which it is inserted. trends and the development of health policies over time and the reflection of instances of participation and social control in the formulation, implementation and analysis of indigenous health policies were identified. Thus, from this material it was possible to analyze the mechanisms of indigenous social participation in health policy in relation to official paths created by the democratic state in Brazil.

Keywords: indigenous health, social participation, public health policies and health management.

Introdução

No Brasil, os povos indígenas têm apresentado um papel histórico como protagonistas na garantia de direitos e de políticas sociais¹, o que se observa no capítulo específico da Constituição Federal de 1988 referente aos povos indígenas e nas políticas específicas de saúde e educação indígena. Diante dessa mobilização indígena, este trabalho visa discutir os contornos e possibilidades da participação social relacionados aos povos indígenas no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou uma carta de princípios que trazia o conceito de saúde como uma definição ampla, que envolve o bem estar físico, mental e social². Ao encontro dessa concepção, vários autores apresentaram uma discussão importante no interior das ciências da saúde sobre os processos de saúde-adoecimento, os quais se diversificam de acordo com a época, lugar, classe social e são dependentes de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas^{3,4,5,6}. Na esteira dessa discussão, entrou em pauta a necessidade de definição das responsabilidades do Estado brasileiro no campo da saúde diante de um quadro crescente de desigualdade social, o que foi fomentado por variados movimentos sociais com suas demandas políticas⁷.

Tensionado pelos temas levantados pelos movimentos sociais, foi necessário que o Estado se reconfigurasse e passasse a observar a questão da saúde atrelada à da diversidade que se apresentava no cenário nacional. Para os propósitos desse trabalho, diversidade refere-se às maneiras como os grupos sociais se constituem e constroem suas visões de mundo, dando significados diversos aos seus atos, práticas e maneiras de pensar, criando regimes de saberes e práticas além de modos distintos de viver^{8,9,10}, bem como de vivenciar os seus processos de saúde, adoecimento e cura.

O tema da saúde, no Brasil, passou por uma mudança radical com texto constitucional de 1988, o qual expunha claramente a necessidade de um sistema de saúde que fosse único e ao mesmo tempo observasse as especificidades locais e oferecesse serviços de saúde a qualquer pessoa. Ainda, deixava claro que o cuidado em saúde é muito mais amplo que a assistência, por conseguinte, o sistema único de saúde deveria ser integral, universal e equânime¹¹. Para a consolidação do direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 apontou os elementos democráticos para a construção de uma gestão das políticas públicas que sugerem um novo desenho das políticas sociais no Brasil¹². Desse modo, foi instituído o Sistema Único de Saúde

(SUS) que ainda hoje vivencia desafios no alcance de seus princípios e na efetivação do direito à saúde nas diversas dimensões que o engloba. Para que o texto constitucional se consolidasse existiram diversos movimentos importantes que influenciaram decisivamente a configuração atual da saúde no Brasil.

A criação do SUS fez com que o Estado brasileiro assumisse oficialmente a responsabilidade pela política de saúde, o que significou uma mudança de perspectiva para a população brasileira que se achava responsável por seu cuidado a qualquer custo. Deve-se enfatizar que esse processo de garantia de direitos na prática é problemático, há desafios como compreender os individualismos e subjetivismos em busca de uma atenção à saúde diferenciada¹³ de acordo com os seus princípios e diretrizes. Efetivar políticas de saúde para grupos sociais localizados significa observar o direito à diversidade cultural acoplado ao direito à saúde¹⁴.

A constituição de 1988, também, avançou quando estabeleceu que para que as políticas sociais fossem desenvolvidas de modo democrático fazia-se necessário a criação de mecanismos de participação da sociedade civil por meio de órgãos representativos, que permitissem a participação em espaços de deliberações das diretrizes das políticas, de planejamento, de execução, de controle e da supervisão¹². Nesse sentido, foram criadas instâncias colegiadas para a coordenação do conjunto das ações em saúde nas áreas distritais por meio da formação dos Conselhos de Saúde, o que passou a ser chamado de controle social, ou seja, a participação da sociedade civil por meio de suas representações na gestão das políticas públicas¹⁵.

O controle social se refere, então, aos diferentes mecanismos que nas últimas décadas o governo brasileiro, em diferentes composições políticas, tem criado para fazer acontecer a gestão estratégica e participativa ou de forma mais abrangente a democracia direta¹⁶. Na construção de um Estado democrático é clara a importância dos espaços de controle social e da participação social para uma gestão participativa; no entanto, o como fazer ainda é problemático. Observando alguns segmentos específicos, como os povos indígenas, identifica-se que há muito a ser pensado, mas não se pode negar que a participação indígena nos espaços de controle social tem sido um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde¹⁶. Porém, ainda, é possível perceber que o “modelo igualitário defendido pelo SUS não se completou e o sistema continua cheio de

iniquidades, reproduzindo como as demais políticas públicas no Brasil, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira”¹⁷. E os povos indígenas são um dos grupos sociais que vivenciam essa desigualdade.

O CNS assim como os conselhos e conferências de saúde apresentam-se como espaços legítimos de participação social e têm aberto e permeabilizado as demandas de diferentes segmentos e novas pautas. As funções, formulações e processos políticos engendrados no CNS apresentam uma relação direta com os rumos da política de saúde que promovem novas formas de gestão e de elaboração política. No entanto, a “dinâmica do funcionamento do CNS é bastante complexa e não favorece a articulação horizontal entre demandas específicas em busca da construção da saúde como um direito e o SUS”^{18:43}. No âmbito do CNS, há a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), criada por meio da resolução nº 11/1991 do CNS com a função de assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas¹⁹.

Conforme dito anteriormente, este trabalho pretende compreender o papel da participação social e dos espaços de controle social na formulação, implementação e análise das políticas públicas de saúde destinadas aos povos indígenas, no Brasil. Para tanto, será feita uma análise sobre a política de saúde brasileira a partir das travessias realizadas pelos povos indígenas na construção de uma política de saúde indígena a partir de uma análise da participação indígena no Conselho Nacional de Saúde. Serão definidos conceitos considerados necessários para a compreensão desse debate como controle social, participação social, tecnologias leves, interculturalidade, política social e equidade.

Para a discussão que se quer realizar, aqui, serão concentrados esforços no levantamento e análise das atas e relatórios produzidos pelo CNS e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI). Em contraponto aos documentos oficiais, também faremos uso de um relato de experiência do movimento de gestão e controle social na saúde indígena que se dá a partir da experiência do estado do Rio Grande do Sul.

O intuito deste trabalho é contribuir com o debate sobre as instâncias de controle social no âmbito da saúde indígena e ainda sobre debates recentes que evidenciam a reinvenção do SUS e

das tecnologias lançadas para o alcance do direito à saúde. Analisar os processos do controle social no campo da saúde indígena e os mecanismos em que se efetivam poderá ser revelador do atual quadro encontrado na saúde indígena.

Santos e Coimbra Jr.²⁰ apontam que o perfil epidemiológico e demográfico dos indígenas, no Brasil, ainda é pouco conhecido influenciado pela ausência e irregularidade de inquéritos bem como a precariedade dos sistemas de informação em saúde. Embora os estudos sobre morbidade e mortalidade não cubram a totalidade da população indígena brasileira é possível identificar taxas de três a quatro vezes maiores do que a população em geral²¹. É importante ressaltar, ainda, que as análises demográficas e epidemiológicas dos povos indígenas têm o desafio de considerar a enorme sociodiversidade desses povos, bem como as trajetórias sociais e históricas²².

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre os limites da democracia direta via controle social e a possibilidade de ação política que contemple o diálogo interétnico que se traduza em melhorias significativas na realidade¹⁶ e evidencie a necessidade de valorizar e fortalecer as tecnologias que se adéqüem às realidades indígenas.

Estes processos assumem características complexas e contraditórias quando são pensadas a relação entre oferta restrita de serviços sociais públicos e demanda social ampliada. Um dos desafios se volta para alcançar a formulação de uma arquitetura institucional que consiga garantir transparência administrativa, equacionar demandas e garantir formas de participação em níveis decisivos de gestão²³.

Objetivos

Objetivo geral: Compreender como se efetiva a participação e controle social nas políticas públicas de saúde indígena no âmbito do CNS.

Objetivos específicos:

- Reconstruir o caminho das políticas de saúde indígena no Brasil;
- Levantar e analisar documentos oficiais produzidos pelas instâncias de controle social relacionadas à saúde indígena;

- Contribuir para a discussão de tecnologias leves e a saúde indígena.

Caminhos metodológicos

Essa é uma pesquisa qualitativa, portanto, não se busca enumerar ou medir eventos, mas realizar uma descrição detalhada de situações com o objetivo de compreender as produções dos indivíduos e suas ações em seus próprios termos²⁴.

Para este estudo, utilizou-se uma pesquisa documental em que foram levantadas informações em documentos produzidos nos espaços oficiais de controle social e a legislação de saúde destinada aos povos indígenas. Godoy²⁵ afirma que a pesquisa documental permite ao pesquisador estudar o problema a partir da própria expressão e linguagem dos indivíduos. Desse modo, este tipo de pesquisa permite identificar tendências e o desenvolvimento das políticas de saúde ao longo do tempo e operacionalizando a atenção à saúde aos povos indígenas.

Este estudo tem como interesse o período compreendido entre 1985 e 2015, ou seja, os últimos 30 anos. A escolha por esse recorte temporal é justificada, pois compreende as conferências específicas da saúde indígena bem como os principais momentos da saúde pública e da saúde indígena, no Brasil. A promulgação Constituição Federal de 1988 foi um momento marcante, pois permitiu a posterior criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e aprovação da Política Nacional dos Povos Indígenas. Além disso, o período em tela compreende a criação do Sistema Único de Saúde e a participação ativa dos movimentos sociais no campo da política.

Foram levantadas as atas do CNS¹ de 1991 a 2015, que compreende os anos disponíveis no site do CNS (http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_91.htm). Foi utilizado o programa *word* do pacote *Microsoft Office* por ser o formato em que as atas são disponibilizadas. Através da

¹ As atas do CNS configuram-se como fonte secundária de informações, em que “não apresentam a totalidade das falas dos sujeitos e não correspondem a transcrições ou compilações de falas integrais [...] as falas constantes nas atas apresentam caráter resumido e interpretação dos relatores que buscam sistematizar o conjunto de ideias que compõem cada fala”^{27:16}.

ferramenta “localizar”, utilizou-se os termos “indígena” e “índio” que são as formas mais utilizadas na discussão sobre saúde indígena, recorte de interesse desse trabalho.

Os dados serão analisados a partir de uma interpretação fenomenológica²⁶ que buscou entender como os espaços de controle social indígenas modificam o processo político e promovem ações específicas. A partir das opiniões e representações que serão analisadas, pretende-se apresentar narrativas referentes ao ponto de vista dos indivíduos²⁸ e não apenas de uma esfera governamental e burocrática pela qual o direito a saúde está submetido e o controle social, também, quando se fala das instâncias institucionalizadas.

De acordo com Bakhtin²⁶ há uma ubiqüidade social nas palavras, visto que são indicadores de transformações sociais, assim apresentam relevância quando submetidas a luz dos métodos qualitativos. A análise de dados possui três finalidades: a primeira é estabelecer a compreensão dos dados, em seguida responder as questões do estudo e por último articular o contexto cultural do qual os indivíduos participam²⁹.

Foi realizada a análise de conteúdo documental, buscando compreender as estruturas e modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tomados em consideração, adotando-se procedimentos de codificação, classificação e categorização. Após ter as unidades de codificação, essas foram dispostas em blocos e foram feitas análises com apoio da teoria³⁰. O uso de documentos em pesquisa possibilita ampliar o entendimento, pois a compreensão necessita de uma contextualização histórica e sociocultural.

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito freqüentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente^{31:295}.

A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros³¹. Os documentos servem como fonte de informações, indicações e até esclarecimentos que fazem seu conteúdo elucidar questões e servir de prova para outras³².

De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani³³ existem alguns elementos que devem ser observados na análise documental. Desses elementos, alguns são importantes para este estudo: o contexto, os autores, a confiabilidade e a própria análise. O contexto está ligado ao momento, o universo sócio-político que o pesquisador reconhecendo esse cenário passa a ter argumentos, refutações, reações que o deixam sensíveis a identificar as particularidades. Quando se trata de atores está ligada a identidade, se o indivíduo fala em nome próprio ou de um grupo social, quais são os interesses que permeiam, é a capacidade de ler as entrelinhas do que o ator vivia.

Quando se trata de confiabilidade do texto, é de assegurar a procedência. Para isso, todos os documentos analisados neste estudo são documentos oficiais, tanto as atas do CNS quanto os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, todos disponíveis *online* e de acesso público.

A etapa da análise documental objetiva produzir ou reelaborar conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos³³, trata-se de entender que os documentos não existem isoladamente, que precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o conteúdo seja entendido. Assim, a análise qualitativa do conteúdo começa com o contexto social e nas circunstâncias particulares.

A análise documental envolve um aprofundamento, ligação e ampliação. Posteriormente o pesquisador volta a examinar os documentos para descobrir novos ângulos e aprofundar sua visão³³. De acordo com Minayo^{34:22} “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

Com isso, a utilização adequada dos passos para operacionalização do estudo - que vão desde a ordenação e classificação dos dados encontrados até a análise final e consolidação do trabalho²⁹ - é essencial para a formulação de uma análise precisa das contribuições dos espaços de controle social para políticas de saúde indígena. A pesquisa qualitativa possibilita a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais³⁵ presentes nos documentos e discursos de modo que seja possível a compreensão de sua interface com a saúde.

Capítulo 1: Desenhos e definições do Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1946, a OMS afirmou que a “saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”, essa perspectiva influenciou o direito à saúde encontrado na Constituição Federal de 1988. Mas cabe enfatizar que o movimento sanitarista envolvido na construção desse direito teve o cuidado de não apresentar uma definição sobre o que é saúde no texto constitucional. Pode-se afirmar que essa escolha esteve pautada por um olhar das ciências sociais e sua perspectiva de compreender os diversos modos de ser e viver e o perigo de si impor modelos hegemônicos sobre essa diversidade encontrada no Brasil.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) foi determinante nesse processo de desenho da saúde brasileira nos anos de 1970-1980. A RBS veio do movimento de diferentes atores e grupos da sociedade que conseguiram pautar a necessidade de uma reforma na saúde³⁶. Buscava-se um reconhecimento político e institucional que ampliasse a consciência sanitária e política, apresentando-a como condição necessária ao processo de politização e democratização da saúde¹⁷. A partir disso, o sistema de saúde brasileiro passou por intensas mudanças, influenciado, entre outros fatores, pela transição política (do período ditatorial para o democrático) e demandas por uma sociedade mais democrática e participativa.

A VIII Conferência Nacional de Saúde evidenciou a luta pela democratização no país. Nessa conferência, foi aprovado o direito à saúde como um direito cidadão e desenhou-se os fundamentos do SUS e estratégias para sua construção³⁷. Os conflitos se acirravam ultrapassando os limites dos governos e de suas instituições oficiais. As demandas se formavam e se transformavam a partir da interação dos sujeitos na disputa em torno de diferentes projetos e visões de mundo³⁸. No entanto, a reforma sanitária foi resultado da ação política decorrente da mobilização de novos sujeitos políticos que se organizaram entorno de novas perspectivas de saúde, sociedade e atuação do poder público³⁹. É importante ressaltar que “a reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais”^{37:11}.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foram definidos os princípios gerais do novo sistema de saúde brasileiro:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹¹.

O artigo 196 apresentou os contornos dos princípios do SUS e os demais artigos que tratam da saúde, também, corroboravam com isso. Foi então, em 1990, que as leis orgânicas do Sistema Único de Saúde foram publicadas, tanto a 8.080 quanto a 8.142 consolidando os avanços no direito a saúde.

O fortalecimento do movimento sanitário ensejou a introdução de instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde no texto constitucional⁴⁰. Essa demanda foi fortalecida, ainda, pela lei 8.080/1990 e a lei 8.142/90² que, também, se ocuparam de reafirmar a participação social no SUS.

No complexo processo de construção do SUS, também, foram lançadas um conjunto de portarias conhecidas como Normas Operacionais Básicas (NOB) que tiveram importância na mobilização de interesses de gestores, técnicos e estudiosos⁴¹. As NOB foram atualizadas por mais de 15 anos buscando viabilizar a política do SUS, apresentavam-se como uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com vistas a participação dos três entes (união, estados e municípios)⁴¹. Esse conjunto de ações se voltavam para a operacionalidade do SUS, o qual apresentava diversos desafios.

O modelo de atenção à saúde brasileiro passou a ter como enfoque ações e serviços de saúde públicos, com forte papel do Estado. Também enfatizava ações voltadas não apenas a uma lógica curativista, mas preventivas e de promoção da saúde. Passou a vigorar uma visão de que as doenças não possuem apenas relações biológicas, mas também são influenciadas por dimensões

² São conhecidas como Leis Orgânicas do SUS, leis complementares que detalham a organização e o funcionamento do sistema de saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

da vida social e coletiva⁴⁰. O modelo de atenção à saúde se voltou ao alcance dos princípios da integralidade, equidade e universalidade além de suas diretrizes, entre elas a participação da comunidade. Assim:

O Sistema Único de Saúde representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros e, comemorando seus 20 anos de existência, conseguiu enfrentar muitas barreiras, o que resultou, sobretudo, no direito da população brasileira de contar com um serviço de atenção à saúde. Sendo um sistema de saúde que está em construção, passa por inúmeras mudanças para efetivação dos seus ideários, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde^{42:515}

A construção do SUS apresentou avanços com relação aos modelos de saúde anteriores e com ampliação de direitos. Porém, os desafios são múltiplos e perpassam questões como a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação dos serviços e ações de atenção básica e seu papel na consolidação das redes de atenção à saúde, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde e o reconhecimento da autonomia dos entes federados⁴². Desse modo, há “dilemas conjunturais (que) desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos”^{42:516}.

Com a criação do SUS, o Brasil assumiu a responsabilidade de fornecer serviços e produzir políticas capazes de promover saúde para todos, com distintas necessidades. Desse modo,

A criação constitucional do SUS é uma vitória dos movimentos sociais de apoio à Reforma Sanitária, que acabaram sensibilizando um grupo de parlamentares membros da Assembléia Nacional Constituinte com a demonstração pungente da inadequação do sistema de saúde então vigente, que não conseguia enfrentar problemas sanitários^{40:189}.

Apesar disso, sabe-se que a concretização de direitos necessita de um agir político em que a efetivação desses esteja ligada a uma operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais⁴⁰. Mesmo acumulando funções como de “realizar ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, controle de vetores, educação sanitária além de assegurar a continuidade do

cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar”^{37:20} há diferenças no modo como cada grupo acessa esses e outros recursos.

Todos os percalços que assolam o SUS têm levado a uma estruturação de subsistemas paralelos dentro do SUS com vistas ao atendimento de necessidades específicas que acarretam em dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado³⁷, como é o caso da saúde indígena. Para Paim *et al*³⁷ o maior desafio do SUS está no campo político, visto que questões como financiamento e a desigualdade não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica.

Na própria constituição federal de 1988 os povos indígenas conseguiram espaços em dois momentos: num capítulo específico intitulado “Dos índios” e no capítulo “Da Ordem Social” obtiveram reconhecimento dos direitos territoriais e a sua diversidade, ou seja, o direito de serem diversos em meio à lógica estatal tão homogeneizadora¹⁴.

No que se refere aos povos indígenas, há problemas a serem enfrentados e que muitos deles são advindos de políticas públicas que se baseiam na moralidade estatal voltada para a criação de uma figura única de cidadão e que se dão em um sentido que, muitas vezes, não reconhece a pluralidade e a diversidade dos sujeitos¹⁴. No entanto, oficialmente, os indígenas conseguiram direitos voltados para a atenção à saúde diferenciada, através da superação de preconceitos e com forte protagonismo na implementação das políticas públicas¹⁴.

1.1. Participação social e/ou controle social

O tema da participação social emergiu do questionamento ao autoritarismo e centralidade do Estado e da necessidade de ter como pauta a discussão sobre direitos civis, sociais e políticos⁴³. O artigo 198³ da Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo momento na democracia brasileira quando incluiu entre as diretrizes do SUS a participação social.

³ O artigo 198 da constituição federal enumera das diretrizes do SUS, entre elas a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Além disso, traz outras determinações legais necessárias ao funcionamento do sistema de saúde.

A lei 8.142/1990⁴ avançou mais ainda ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e definir os mecanismos e instâncias dessa participação. Foi nesse momento que os conselhos de saúde e as conferências de saúde foram regulamentadas como instâncias colegiadas do SUS. Além de garantir a representação de diversos segmentos sociais, estabeleceu a composição paritária entre os segmentos.

Foram criadas, então, as instâncias institucionalizadas de participação social poderíamos chamar de “institucionalidade de práticas civis em espaços públicos”^{44:224}. De acordo com Gohn⁴⁴ todo esse processo cria um contraditório quando, de um lado, criam-se novas relações, oportunidades e consolidam-se espaços democráticos e, por outro lado, geram-se impactos e resultados diferenciados entre os setores da sociedade civil organizada que participam desses processos.

Não se pode negar que os espaços institucionalizados de conferências e conselhos de saúde sejam os principais locais onde acontece o exercício do controle social sobre implementação das políticas de saúde. No entanto, faz-se necessário refletir tanto sobre os avanços quanto as fragilidades desse processo⁴⁵. A questão é que os espaços de controle social apesar de institucionalizados são um “espaço político que põe em cena interesses, imaginários e representações”^{46:373}.

Para entrar nessa discussão sobre possíveis avanços e retrocessos, primeiro, é necessário compreender do que tratam a participação e controle social? O termo controle social pode ser considerado reducionista, pois não é capaz de explorar todos os aspectos que a própria constituição assegurou⁴⁷. A carta de 1988 foi além de uma idéia de controle e fiscalização permanente, ela potencializou o papel social tanto da sociedade quanto dos políticos, através de suas funções, na formulação de políticas e intervenções no processo de gestão da administração pública⁴⁸. Desse modo, autores afirmam que:

O controle social é, na história da democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia

⁴ Além de dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS a lei 8.142/1990 também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências.

das “ausências e omissões” dos serviços instalados, quer pela luta de construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde^{46:366}.

O controle social é entendido, então, como espaços de representação da sociedade, articulada entre diversos sujeitos com suas representações e constitui-se como canais institucionais de participação com novos sujeitos coletivos influenciando nos processos decisórios⁴⁹. O controle social está ligado à ampliação de possibilidades de atuação da sociedade, da consecução de ações e formas de pensar a saúde de uma forma conjunta e construída através do diálogo de diferentes atores.

A participação social, por sua vez, está ligada às múltiplas possibilidades, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado⁵⁰. Desse modo, são as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar nas políticas públicas principalmente as sociais. Há uma interseção entre os conceitos de participação social e controle social, por isso muitos autores fazem uso ora de um, ora de outro, ora dos dois termos. Há uma multiplicidade de possibilidades que esses termos ligados apresentam, acionadas nas configurações e reconfigurações em que fica o SUS legal e o SUS real.

O controle social aqui não é tratado como forma de o Estado manter a ordem e coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado, representada em última instância pelas instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, cabendo, portanto, uma participação efetiva do sujeito/cidadão na definição das políticas de saúde no cenário local, regional e nacional^{49:379}.

No que se refere à institucionalidade, a lei 8.142/1990 pontuou de maneira geral sobre as conferências e conselhos de saúde. Juntamente com outras legislações como a resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, descrevem as diretrizes específicas para o funcionamento dos conselhos de saúde e delineiam as instâncias de controle social que existem atualmente.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, deliberativos e com caráter permanente com atuação ligada aos interesses da sociedade tendo assim uma importante relevância na representatividade social⁵¹. Portanto,

Os conselhos são espaços privilegiados para o exercício político, uma vez que representam, do ponto de vista da lei uma iniciativa que possibilita o estabelecimento de novos fóruns de participação e novas formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil. Os Conselheiros são investidos de prerrogativas deliberativas e fiscalizadoras^{52:12}.

De forma ampla, os conselhos estabelecem mecanismos de formulação de diretrizes, prioridades e programas sociais, além de modos de acompanhamento e controle da gestão⁵³. Eles compõem a estrutura do poder executivo, não representando assim estruturas independentes ao próprio Estado⁵⁴.

Na prática, as relações entre representantes dos gestores e da sociedade e profissionais de saúde espelhariam a reprodução das desigualdades e hierarquias sociopolíticas entre os atores, o que confirmaria, de certa maneira, a hipótese de que o Estado brasileiro formata uma engenharia institucional de aproximação com os atores societários, mas organiza internamente (efetiva uma seletividade estrutural) o jogo político entre as diversas representações^{54:64}.

De acordo com Duran⁵⁴, para além do poder deliberativo dos conselhos de saúde, há questões implícitas e dilemas que se ligam a indefinição da atividade fundamental dos conselheiros, o que corrobora com a percepção de que a representatividade de muitos atores não cumpre seu papel político. Para o autor, essas questões se referem ao tipo de papel que se efetiva nos conselhos na democracia brasileira e que “o papel político dos Conselhos de Saúde e dos próprios conselheiros se fragilizam, acarretando o desvirtuamento do controle social”^{54:67}. De fato, há uma série de questões que permeiam a atuação do controle social e as próprias estruturas, mas que não retiram o protagonismo desses atores, como não nos impede de tentar compreender seus contornos e seu papel na política de saúde. A forma com que se desenha a atuação do controle social está intimamente ligada a sua capacidade de mudança política.

As conferências de saúde, por sua vez, avaliam a situação de saúde e propõe diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes⁵⁵. Apesar das conferências já comporem o cenário brasileiro há muitos anos somente com a Constituição de 1988 foram definidos os formatos e papel que cumprem hoje⁵⁶.

A regulamentação dos dispositivos constitucionais de 1988, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, muda radicalmente a configuração desses dois foros. A Lei n. 8080/1990 estabelece em seu art. 7º, inciso VIII, a participação da comunidade como princípio estruturante do SUS e no art.12 determina a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao CNS, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Mas é na Lei n. 8142/1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências de saúde e conselhos de saúde^{56:30}.

A pedido do plenário do CNS ou por meio de recomendações das conferências nacionais de saúde são realizadas, também, conferências temáticas com o intuito de aprofundar debates sobre áreas específicas que orientem a operacionalização do sistema de saúde⁵⁶. Entre as conferências temáticas já realizadas estão as Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), quando são produzidos relatórios finais que estão entre os objetos de estudo desse trabalho.

Quando se aponta que entre as funções das conferências está a de estabelecer diretrizes, deve ficar claro que:

Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema. Estabelecer prioridade não significa considerar sem importância as demais ações que já são regularmente desenvolvidas, mas indicar áreas que devem ser objeto de atenção especial. Se as conferências não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo se igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e

acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde^{56:33}.

As conferências apresentam certo grau de generalização de acordo com o nível de gestão do sistema, sendo assim em nível nacional as recomendações devem ser mais amplas que se apliquem a nível nacional enquanto as conferências municipais podem realizar definições de territórios, direcionar ações a segmentos populacionais específicos e ser mais precisas⁵⁶.

Na estrutura do controle social e na participação social, os municípios são espaços privilegiados tanto no campo da discussão social quanto política⁴⁹. Porém, nem sempre as estruturas ligadas aos municípios são espaços de fácil inserção dos indígenas devido a diversos fatores que serão explicitados mais adiante e que representam um ponto de discussão importante desse estudo.

1.2. O CNS

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937 pela lei 378, sendo que, nessa época, seu papel estava ligado apenas aos assuntos internos ao Ministério da Educação e da Saúde Pública. Apenas, em 1954, essa configuração é modificada, tornando-o um órgão consultivo que assistia o Ministro de Estado da Saúde, considerando que antigo Ministério da Educação e da Saúde Pública haviam se dividido entre Ministérios da Saúde e da Educação⁵⁷. Contudo, foi em 1970 que o decreto n. 67.300 definiu que:

Art. 1º. Ao Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta, integrante do Ministério da Saúde compete examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da Saúde, que sejam submetidas à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação⁵⁸.

No ano de 1987, um novo decreto dispôs sobre a organização e atribuições do CNS, e as funções normativas e de assessoramento ao Ministro da Saúde⁵⁷ ficavam mais claras.

A década de 80 foi determinante para a redefinição das relações entre o Estado e a sociedade, pois compreendeu um momento de maior participação social na formulação e gestão das políticas nacionais e do reconhecimento de direitos⁵⁹.

Em 1990, uma nova configuração do CNS já se aproximava da atual. Dedicaram percentuais específicos para cada segmento, usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, sendo que a representação dos usuários é a maior. Em 2003, a resolução nº 333 trouxe novas diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. E, em 2006⁶⁰, em observação as demandas da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, o conselho ganhou o poder de escolher seus membros por processo eleitoral, inclusive o cargo de presidente até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde.

O decreto nº 5.839, de 2006, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do CNS define que 50% da representação do conselho é destinada a entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS. No artigo 5º, desse mesmo decreto, define-se como “entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS” aqueles com atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do país⁶⁰. Com isso, foram contempladas como conselheiros do CNS as representações das organizações indígenas que no triênio 2015/2018 estão representadas pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (ARPINSUL), compondo o segmento de representação dos usuários.

O CNS também conta, entre as suas comissões internas, com a CISI, criada em 1991 e composta por 11 membros titulares e respectivos suplentes, além do coordenador e coordenador adjunto. Entre as representações estão das organizações e movimentos indígenas, instituições técnico científicas, representações estatais, entre outros. A missão da CISI é assessorar o CNS nos assuntos pertinentes aos povos indígenas⁶¹. Os estudos e debates produzidos pela CISI e demais comissões do CNS se transformam em recomendações ao plenário⁶².

Os conselhos de saúde apresentam grande importância na representatividade social e como modelo de democracia participativa⁵¹. O CNS faz parte desse contexto, criado em 1937,

constituído por “pessoas notáveis” que auxiliavam o Ministro da Saúde na execução da política de saúde⁵¹. De acordo com Wendhausen^{63:108}:

Em 1970 o Conselho Nacional de Saúde adquire feições de um órgão técnico, com funções normativas, legitimado pelo Estado, que tinha como fim compatibilizá-lo com o processo de privatização da saúde em andamento no País. Seus membros são indicados pelo Estado: com exceção dos representantes de outros ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde (Carvalho, 1995). Estas práticas exemplificam o fechamento do Estado sobre si mesmo e são exacerbadas após a revolução de 1964, quando se instituiu a ditadura militar no Brasil.

Antes dos anos 1990, o CNS era um espaço consultivo. Com as mudanças na legislação, passou a debater questões internas do que na época era o Ministério da Educação e Saúde Pública. Posteriormente, com a separação desses dois Ministérios, o CNS foi regulamentado, mas ainda tinha uma atuação bem restrita. A conjuntura começou a ser modificada após 1970, quando a promoção, proteção e recuperação da saúde passaram a serem vistas como ponto importante do cuidado em saúde⁵⁷.

Em 1990, criou-se a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), quando vários ministérios do governo federal foram convidados a integrá-la. No mesmo ano da criação da CIS, foi aprovada uma resolução denominada de “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”. Este documento atribuía ao Ministério da Justiça, por meio da FUNAI a responsabilidade pela recuperação da saúde dos indígenas doentes e ao Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a prevenção por meio das ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias⁶⁴.

As mudanças e inovações advindas da democratização exigiram dos governos novos instrumentos (gerenciais e legais) para a incorporação desses atores nos processos decisórios e, principalmente, de servidoras(es) capacitadas(os) para o diálogo, o reconhecimento e o respeito aos direitos conquistados socialmente, o que também inclui sua transformação em políticas públicas^{59:11}.

Já era notável a importância das Conferências de Saúde para a democratização da saúde no Brasil. Desse modo, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde deixou claro o papel dessas instâncias e direcionou mais fortemente o compromisso explicitado no artigo 196 da Constituição Federal e também na Lei nº 8.142/1990 que instituiu as Conferências e Conselhos de Saúde como espaços de controle e participação social.

Capítulo 2: Os indígenas e o SUS: as interseções possíveis, legais e reais

Muitos documentos anteriores a Constituição de 1988, como o Estatuto do Índio, de 1970, apresentavam que com o tempo os indígenas iriam desaparecer e seriam integrados à “civilização”, ou seja, se assimilariam a cultura não indígena. Pode-se afirmar que haviam políticas estatais voltadas para lidar com o processo de “assimilação” dos povos indígenas na sociedade nacional. Todo esse processo se configurava em práticas de etnocídio, entendidas como ações voltadas para aniquilar a diversidade sócio-cultural de determinados segmentos⁸. Além desse aniquilamento que se encontrava em marcha, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado brasileiro, eram vistos como cidadãos de segunda categoria, o que lhes retirava autonomia e participação efetiva como cidadãos. Com a Constituição Federal de 1988, foi garantido aos povos indígenas o direito de serem diversos e a vida em seus territórios tradicionais. Isso implicou na criação de políticas públicas que garantissem essa diversidade e parasse o processo de etnocídio que vigorava. Desse modo, foram criadas ações no âmbito das políticas de educação, cultura e saúde com o intuito de fomentar essa diversidade.

No entanto, mesmo após os ganhos constitucionais, nada havia mudado na saúde indígena, o SUS não alcançava os territórios indígenas, os quais estavam localizados nos rincões do Brasil. Assim, em 1991, a situação precária na saúde indígena e denúncias de ocorrência de grandes epidemias levaram à edição de um decreto que criou o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) destinado aos indígenas da etnia Yanomami que se localizam nos estados de Roraima e Amazonas. Neste mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde criou dentro de sua estrutura a CISI. E, nos anos seguintes, 1992 e 1993, a IX Conferência Nacional de Saúde e II Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas tratavam de denunciar as condições precárias de saúde dos povos indígenas, no Brasil.

2.1. Repensando o processo de criação das políticas de saúde indígena no Brasil: breve histórico

Entender os rumos das políticas brasileiras de saúde indígena nos últimos 30 anos implica compreender um pouco do imaginário sobre os indígenas. Esses vivenciam violentos conflitos em seus territórios e no que diz respeito à saúde, apresentam péssimos indicadores⁶⁵. São submetidos a uma violência sistemática, marcada pelo descaso e não cumprimento de seus direitos⁵. Duas representações da figura do indígena estão presentes nos discursos, são essas: a mau selvagem, que se refere ao indígena que deve ser civilizado, e do bom selvagem, que se refere a uma imagem do índio romantizado ligado à natureza e ingenuidade. Essas duas perspectivas foram constituídas em um imaginário da sociedade brasileira que expressam mais tal sociedade e seus preconceitos com a diversidade e, assim, apresentam os indígenas permeados por uma visão de inferioridade e assimilação⁶⁶. Há muitos exemplos de situações onde esse imaginário é acionada na prática, não permitindo o pleno exercício dos seus direitos e a efetivação de políticas públicas.

Em 1986, as Nações Unidas definiu os povos indígenas da seguinte maneira:

as comunidades, os povos e as nações indígenas são aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos^{66:27}.

Esses grupos vêm sofrendo uma violência sistemática desde o período colonial alcançando os dias atuais, sendo a ocupação de seus territórios tradicionais um dos maiores embates. No período colonial, o contato com os indígenas se deu de forma violenta, provocando mortes e dando início as epidemias que devastaram esses povos. As formas de violência foram

⁵ No dia 30 de dezembro de 2015, uma criança Kaingang de dois anos foi assassinada no estado de Santa Catarina⁶⁸. Houve descaso e o fato de não ter causado nenhuma repercussão a nível nacional são elementos que apontam a relação da sociedade brasileira com os povos indígenas. Além disso o Relatório de Violência contra os povos indígenas no Brasil: dados 2014 publicado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI)⁶⁹ traz relatos da violência sistemática contra esses povos em nível nacional.

distintas e com especificidades históricas a depender do tempo-espaço e grupo étnico e pode-se afirmar que estão presentes ainda hoje por meio de outras práticas⁶⁷. E nesses processos ora eles devem ser civilizados e devem ser dominada sua selvageria ora eles são romantizados como seres infantis que deve ser tutelados ou seres que vivem em harmonia com a natureza e que portanto não cabe usufruírem da “modernidade” ocidental.

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, apresenta a existência de aproximadamente 700 mil indígenas no Brasil, esse número reduzido reflete os processos históricos de colonização, ampliação das estradas e ferrovias, frentes de exploração econômica em seus territórios tradicionais que promoveram um genocídio dos povos indígenas. Esses fatores levaram ao território indígenas doenças como malária, sífilis e tuberculose⁷⁰ além da aniquilação física a que foram submetidos. Mesmo com esse número reduzido, hoje, eles apresentam um crescimento populacional maior do que o resto da população, revelando a capacidade de resistência diante de tantas adversidades.

Após um longo período de ausência de políticas voltadas para esses povos, com a presença intensa de missionários atuando em seus territórios, o Estado brasileiro passou a se posicionar sobre as questões indígenas, o que se deu devido ao ativismo do movimento indígena no Brasil. O marco dessa mudança foi a Constituição Federal de 1988, o período anterior teve uma forte ênfase na assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional. Para compreender essa mudança, vale mencionar um período anterior, o colonial, quando a saúde indígena estava a cargo das missões religiosas assim como a educação que compunha um processo de evangelização e estava a cargo dos jesuítas. A colônia não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde por parte do governo. Os indivíduos e grupos sociais eram responsáveis por seu cuidado.

A preocupação dos governos coloniais era com o uso da mão de obra indígena, organizando e legislando sobre os descimentos e captura dessa mão de obra^{67,14}. Em 1775, início da Era Pombalina (1750-1777), os jesuítas são expulsos das colônias portuguesas, seus bens são confiscados e há uma ênfase em construir uma base educacional pública⁷¹. Havia uma preocupação do Marques de Pombal em pôr fim à língua geral, com base indígena, falada no

Brasil, e impor a língua portuguesa. Foi elaborado o Diretório dos Índios, em 1775, um documento que organiza o processo de assimilação dos indígenas à sociedade brasileira. Desse modo, os indígenas estariam sob a tutela de um diretor, eleito em cada aldeia ou comunidade, o qual tinha função de orientação e instrução⁷².

Em um período mais recente, fins do século XIX e início do século XX, marcado pela atuação do Marechal Rondon, o qual se tornou o primeiro diretor do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), criado em 1910, os indígenas passam a ser alvo de novas políticas. O SPI foi criado de maneira precária e descontínua, mas que de alguma forma representava a participação de instâncias estatais na vida dos indígenas⁶⁴. Rondon era marechal do Exército e comandou uma das comissões enviadas pelo governo brasileiro para dar início a uma política de povoamento e ocupação que visava colonizar regiões do país, construir estradas e educar os indígenas⁷³. A política do marechal era “positivista” e fez opção por proteger e assimilar culturalmente os indígenas através da educação, mudança de hábitos e promoção da civilização⁷³. O entendimento era de que os indígenas estavam em um estágio de evolução inferior, mas que tão logo alcançariam a civilização e com isso foi o primeiro a defender as terras indígenas a sua maneira, fazendo deslocamentos e retiradas de indígenas de seus territórios tradicionais⁷³.

A criação do SPI não foi o suficiente para organizar a oferta de serviços de saúde, pois tais serviços não eram capazes de suprir as demandas e se restringiam apenas a ações emergenciais. Acompanhando a história dos serviços de saúde no Brasil, os indígenas, também, receberam atendimento dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que realizaram ações básicas de saúde em áreas de difícil acesso com foco na imunização, controle de tuberculose e malária que ainda dizimavam a população da época.

Nas décadas de 1960 e 1970, o SPI foi extinto e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) foi criada. E desse modo, em 1967, o governo federal passa a responsabilidade da saúde do SPI para a FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça⁷⁴. Um novo momento surgia o qual ficou conhecido como modelo campanhista e se configurava em ações de saúde que se davam de forma verticalizada por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS), organizadas no ambiente urbano com deslocamentos específicos até as aldeias para atendimento de demandas espontâneas

dos indígenas. Apesar de realizarem atendimentos em área aos povos indígenas, esse modelo ainda não representava uma atividade contínua e capaz de acompanhar a situação de saúde desses povos⁷⁵.

Esse período inicial de gestão da saúde indígena apresentou diversas dificuldades na estruturação dos serviços. Havia uma dificuldade de lidar com a dispersão geográfica dos indígenas e a precariedade de recursos físicos e financeiros se apresentavam como limitantes para se prestar a assistência adequada a esses povos. Além dessas dificuldades um fator determinante eram os recursos humanos, havia uma imensa falta de valorização dos profissionais frente às dificuldades que tinham para atuar junto a essa diversidade⁷⁵. Vale ressaltar que vigorava uma legislação, como o Estatuto do Índio de 1970, que não garantia o direito à diversidade, mas, pelo contrário, havia o propósito de pôr fim aos modos de vida indígenas e integrá-los à sociedade envolvente. Os indígenas eram, também, tutelados pelo Estado, o que lhes retirava autonomia e o pleno exercício da cidadania.

A saúde indígena estava a cargo da FUNAI que fazia o uso das EVS, essas se mantiveram até a década de 1970. Essa atuação oscilava entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A divisão além de manter as dificuldades que a FUNAI já enfrentava, passou a sofrer com as ações fragmentadas e que pouco se aproximavam do propósito constitucional de se prestar atenção à saúde integral aos povos indígenas. Entre as estratégias de recuperação e prevenção, as práticas de promoção da saúde ficaram esquecidas.

Em 1999, um projeto de lei proposto pelo médico sanitário Antônio Sergio da Silva Arouca na Câmara dos Deputados é sancionado e se transforma num marco regulatório para saúde indígena. Trata-se da lei nº 9.836/1999, denominada Lei Arouca, que inclui o Capítulo V, o qual cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na lei nº 8.080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Foi instituído, então, um subsistema dentro do sistema de saúde já existente, mas que legalmente apresenta estruturas que se adaptam a realidade indígena, na proposta de serviços diferenciados e até então atípicos a estrutura vigente do SUS. O subsistema está vinculado ao SUS, dando a ele a característica clara de ser um subsistema e não um sistema a

parte. Nesse processo, a saúde indígena passou a ser gerida administrativamente pela FUNASA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A lei Arouca dispõe que deverá ser considerada a realidade local e especificação da cultura dos povos indígenas e ainda observada essa diversidade dentro da assistência a saúde em consonância com a Constituição de 1988 que pôs fim à integração dos povos indígenas à sociedade nacional. Além disso, o Subsistema deverá ser caracterizado pela descentralização, hierarquização e regionalização das ações de saúde. Para isso, instituíram-se serviços específicos como os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são pólos regionalizados de atenção a saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção.

Há vários avanços trazidos pela formulação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como também há alguns pontos que a legislação pertinente não esclareceu. Garnelo⁷⁵ trata sobre isso:

No caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Porém, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipalidades, destituiu o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas^{75:24}.

Assim, Garnelo⁷⁵ explicita que apesar do aspecto positivo do governo federal ter se responsabilizado pelas ações de saúde indígena pouco se pensou sobre as redes de atenção à saúde⁷⁶ e o envolvimento inevitável das demais esferas de gestão. Essa contradição traz diversos problemas que serão apresentados adiante, os quais se apresentam no interior do SUS, especialmente, no nível municipal, local onde estão os maiores adversários dos povos indígenas e ameaças ao seu território tradicional.

Posteriormente, é aprovada, em 2002, a Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, criando a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que prevê a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e a necessidade de se

desenvolver a articulação dos serviços de saúde com os sistemas de saúde tradicionais. Tal política começa a esclarecer alguns aspectos da atenção à saúde dos povos indígenas como, por exemplo, formas de organização da gestão e do modelo de atenção à saúde para esses coletivos em suas singularidades. Porém, o desafio de como fazer em nível local e federal, envolvendo desde assistência até a gestão, continuou, pois não se tratava apenas da necessidade de garantir o princípio da integralidade do SUS, mas sim articular esse princípio com aspectos da diversidade desses povos, reconhecer os sistemas tradicionais de cura e prover assistência à saúde de qualidade. O modelo em questão, ainda, não foi capaz de sustentar as necessidades desses povos.

Em 2010, foi atendida uma antiga reivindicação dos povos indígenas com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. A Secretaria Especial de Saúde Indígena propôs uma nova estrutura organizacional e que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade e o fim da corrupção que marcava a FUNASA. A SESAI foi dividida por áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Esse é o modelo atual da saúde indígena. Mesmo assim o quadro caótico ainda se mantém.

A PNASPI, aprovada na portaria 204/2002, criou espaços específicos de participação social para os povos indígenas como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI. Considerando a subordinação da PNASPI à Política Nacional de Saúde (PNS)^{77,78}, os espaços de participação e controle social indígenas ainda estão vinculados ao CNS.

Cabe enfatizar que essa política de saúde indígena e o subsistema somente se efetivam para os indígenas que vivem em Terras Indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro. Os indígenas que vivem em cidades ou territórios não demarcados não usufruem na política. Há um processo de exclusão e delimitação da indianidade dada pelo Estado.

2.2. A construção de uma política social: notas sobre a equidade e a interculturalidade

Nesta seção, serão discutidos mais detidamente conceitos sobre políticas públicas e políticas sociais, modelo de atenção e controle social no SUS. Faz-se necessário definir ou esclarecer tais conceitos para ter um melhor entendimento sobre os espaços destinados ao controle social na democracia brasileira. Também, serão observados os princípios da equidade que marca o SUS e o da interculturalidade que marca o subsistema de atenção à saúde indígena.

Historicamente, há uma grande parte da sociedade brasileira que sempre viveu a margem, o que evidencia as situações de pobreza, reflexo de um modelo de desenvolvimento que concentra riquezas, territórios e especulação de mercado⁷⁹. Os processos de industrialização e de desenvolvimento impactaram diretamente nas classes sociais e segmentos específicos da população que não tinham condições de se manter dentro desse modelo ou que não se encaixavam nesses padrões socialmente aceitos.

O extremo grau de desigualdade distributiva representa o principal determinante de pobreza no Brasil e comparado a outros países, a desigualdade de renda brasileira está entre a mais elevada do mundo⁸⁰. A pobreza acaba evidenciando um amplo campo de intervenção de políticas públicas com recortes sociais que por sua vez para serem efetivas devem estar articuladas⁷⁹.

Nos últimos anos, houve uma diminuição na pobreza e na desigualdade, resultado da combinação de fatores como a estabilidade monetária, expansão econômica, reforço das políticas públicas e programas de transferência de renda⁸¹. No entanto, tais fatores não foram suficientes para que pobreza e desigualdade deixassem de ser um problema para o campo das políticas³⁷. No caso específico da saúde, a discussão sobre desigualdade social leva as pessoas a vivenciarem a desigualdade em saúde, o que significa que seu pertencimento social marca seu acesso a serviços e tecnologias em saúde. As desigualdades sociais em saúde são realidades estruturantes que encontram barreiras para terem um fim⁸².

Para Leandro⁸², a desigualdade coloca os desfavorecidos numa situação de que não só a vontade própria basta para que saiam da situação que estão. No caso dos indígenas, apesar do seu protagonismo reconhecido na garantia de seus direitos, esses, ainda, esbarram em questões que

estão além deles, mas em lógicas discriminatórias. A idéia de que as desigualdades são processos sociais que conduzem a injustiças e quebra de direitos humanos⁸² explica muito sobre a situação dos povos indígenas no Brasil. Na saúde, essas desigualdades se apresentam concretamente nas taxas de morbidade e mortalidade e outros problemas que constantemente são vinculados as desigualdades sociais.

Isso demonstra a fragilidade sobre o princípio da equidade encontrado no SUS. Almeida-Filho^{83:34} acredita que precisamos “conhecer melhor a dinâmica da determinação social das desigualdades, inequidades e iniquidades em saúde para sermos mais eficientes no sentido de superá-las”.

A questão é que com o intuito de superar essas desigualdades há um conjunto de questões que perpassam o Estado e sociedade e se tornam objeto de políticas, sejam elas oficiais ou não. São as políticas sociais. E, tendo em vista que os indígenas são um grupo vulnerável, tal processo de construção de políticas sociais tem sido recorrente. No decorrer da construção da república no Brasil, houveram manifestações do Estado e seus governos, mas também dos movimentos sociais que possibilitaram a inclusão, mudança ou entrada de novos temas na agenda do Estado³⁸. De acordo com Dominguez e Guimarães¹⁴, as definições oficiais de vulnerabilidade estão ligadas às concepções sobre quem são os grupos vulneráveis que devem ser protegidos, o que é revelador de um perigo o qual envolve idéias universalistas construídas por moralidades estatais que tendem a homogeneizar a vulnerabilidade e a igualdade, negligenciando a diversidade. O poder externaliza-se nas decisões políticas, no fazer ou não fazer, por qual caminho seguir, controlar e influenciar⁸⁴.

Buse, Mays e Walt⁸⁴ apontam que as políticas são resultado de três elementos principais: o contexto, os atores e o processo. Assim, possuem um papel em cada espaço e exercem uma função que varia de acordo com a influência de cada ator social e de cada contexto em que se criam. E é a partir desses três elementos que se teve início não só a política de saúde indígena, mas também as políticas indigenistas. De forma sucinta, considera-se como política indígena aquela protagonizada pelos próprios indígenas seja por representantes indígenas ou por meio de suas organizações. E política indigenista, por sua vez, são aquelas formuladas e executadas pelo Estado em suas múltiplas frentes. Porém, essa divisão conceitual é complexa visto que muitas

políticas de Estado são executadas ou formuladas em parceria com organizações indígenas⁸⁵. Portanto, definem-se pelos contextos, atores e processos.

Assim, num movimento constitutivo do processo político, os elementos apontados por Buse, Mays e Walt⁸⁴ apresentaram-se em um momento importante, na década de 1980. A saúde indígena foi pautada na Conferência Nacional de Saúde, nos espaços de controle social pelos atores sociais que demandavam a mudança do contexto e da posição do Estado, que não contemplava as necessidades de saúde da população. A descentralização, a gestão participativa e com isso a construção dos espaços para as Conferências Nacionais de Saúde são entendidas como estruturas políticas de inovação na governança em saúde no Brasil³⁷.

Nesse período, pode-se afirmar que distintos grupos sociais em momentos e contextos diversos dependiam de múltiplas práticas sociais que não eram consideradas no modelo de saúde indígena vigente. Ao mesmo tempo, os indígenas desconheciam os contextos das políticas de saúde, o que foi revertido com as Conferências Nacionais de Saúde. De acordo com Mendonza⁸⁶, conhecimento e poder estão entrelaçados no campo da saúde, desse modo, a dimensão do conhecimento é necessária para uma prática pedagógica de promoção da saúde capaz de analisar, avaliar, compreender e reverter a dominação. Assim, no contexto de construção das políticas de saúde indígena, Estado e governos se movimentam, reivindicam e se organizam sobre o debate da saúde.

Apesar de tudo, atualmente, as políticas públicas apresentam uma tendência a normalidade em que as características locais são homogeneizadas e não ganham diferenciação nas suas efetivações⁸⁷. No caso das políticas públicas para a saúde indígena, é enunciada legalmente a necessidade de uma atenção diferenciada, mas essas não se efetivam dessa maneira. Das práticas locais de promoção da saúde a outros contextos de atenção, práticas que promovam a diversidade não são observadas. Nesse sentido, é necessário rever políticas e práticas e repensá-las em um contexto onde os sujeitos possam ser ativos e que as diferentes formas de conhecimento, sejam as institucionalizadas ou não, sejam respeitadas e utilizadas⁸⁶.

Essas contradições tornam importante a análise das políticas públicas para saúde indígena. Alguns analistas de políticas públicas acreditam que essas se restringem a um conjunto de

respostas do Estado e governos aos problemas públicos que se apresentam³⁸. Porém, observando o contexto mais amplo, deve-se considerar a importância da harmonização entre as políticas sociais e econômicas e a sua relação com a saúde e o entendimento de políticas de saúde como políticas sociais. A produção de políticas deve-se voltar para as diversas necessidades e anseios dos sujeitos e considerar aspectos que não são muitas vezes mensuráveis, mas que fazem parte do contexto do indivíduo, do grupo social e contribuem para o seu processo de saúde, adoecimento e cura, tornando-as políticas mais efetivas⁸⁸.

Analisando o processo histórico de formulação de políticas públicas para saúde indígena, é possível observar a presença singular dos espaços de participação e controle social, locais por onde se iniciaram discussões e se reuniram diversos movimentos sociais. Nota-se, que de um modo geral, esses locais vêm se transformando cada vez em espaços institucionais previstos em lei, o que há implicações em sua atuação política. Os espaços de controle social são importantes para o exercício da negociação entre o Estado e a sociedade civil, mas sobre as diretrizes das políticas de saúde, podem não se constituir como espaços de efetiva negociação de interesses¹³.

Outro movimento que também deve ser observado pelas políticas públicas para povos indígenas é o processo de migração dos indígenas para a cidade. Isso tem se tornado cada vez mais frequente devido ao mercado de trabalho, estudos, conflitos de terras, insuficiência de infraestrutura e indisponibilidade de serviços essenciais. Uma informação importante sobre esse processo é que a presença dos indígenas na cidade se dá em áreas periféricas, situadas nas “favelas” dos grandes centros⁸⁹.

Coimbra Jr e Santos⁸⁹ apontam que não só no Brasil, mas em toda a América Latina é imprescindível que estudos sobre desigualdade socioeconômica e sobre o processo saúde e adoecimento se atentem as dimensões de etnia e raça. No caso do Brasil, em cenários urbanos, os problemas se avolumam, tendo em vista o não reconhecimento dessas indígenas como indígenas que possam usufruir de políticas públicas específicas. Dentre as várias implicações disso, está a necessidade de se pensar como direcionar políticas e planos para esses indivíduos e grupos diversos e avaliar questões como o impacto dos programas nacionais.

Fica evidente que o estudo de políticas para os povos indígenas, constitui-se como um espaço privilegiado para análise e compreensão das questões de desigualdade e diferença em saúde, visto que há uma incoerência entre os discursos oficiais e a realidade. Todos esses pontos também evidenciam a necessidade de estabelecer um diálogo intercultural e interdisciplinar⁹⁰ que se efetive nas ações, sistemas, serviços e políticas direcionadas aos povos indígenas.

Nos textos oficiais brasileiros, a interculturalidade remete a convivência harmoniosa entre a cultura indígena e as demais, sendo que esse conceito tem sido muito utilizado na educação⁹¹. A interculturalidade deve ser entendida como algo além do encontro entre culturas, é caracterizada como uma relação política e de poder que perpassa práticas e discursos influenciando a saúde⁹² e quando se trata das questões indígenas isso fica bem claro.

A interculturalidade, quando relacionada ao processo educativo, tem questionado discursos e práticas homogeneizadoras dos processos sociais e educativos, os quais apresentam o racismo e as práticas discriminatórias. A incorporação do conceito de interculturalidade no contexto educativo promove a tolerância, o respeito mútuo e maiores espaços de expressão de diferentes grupos socioculturais, mas ainda de forma muito limitada⁹³. No contexto da saúde, esse termo e a idéia que ele carrega ainda vem constituindo seu espaço.

As interações entre grupos sociais diversos culturalmente estão permeadas por relações de poder, pois se constituem em campos fortemente hierarquizados e conflituosos. O princípio da interculturalidade admite diferentes configurações em cada realizada, sem reduzir um pólo ao outro, mas uma perspectiva horizontal⁹⁴. No caso das políticas de saúde indígena, há a preocupação em ter a interculturalidade no encontro entre práticas médicas, a indígena e biomedicina. No entanto, esse princípio não se efetiva, quando se observa a relação de poder em um campo colonial.

Mattos e Baptista³⁸ apontam que analisar políticas públicas envolve a percepção de que qualquer política esta associada a construções históricas e modos de operar a realidade, entre trajetórias gerais e específicas. Desse modo, deve-se ter em mente que a saúde indígena se efetiva em um campo colonial, efetivado por sujeitos que se constituíram em processos históricos onde os espaços de relação e negociação dos sujeitos são desiguais e embutidos de relações de poder.

Os atores envolvidos analisam os conteúdos das políticas e desencadeiam ações que subvertem as relações de poder, no caso dos indígenas, ou que procuram enfatizar sua posição superior, caso dos não-indígenas.

Nas brechas desse poder hegemônico ocorreu a criação de políticas para os povos indígenas, o que revela um cenário de mudança social e de uma maior abertura e reconhecimento das políticas sociais e políticas de equidade, aquelas pensadas para diminuir as desigualdades e iniquidades em saúde. Na esteira de construção de contextos de diversidade (de gênero, de cor etc), surgiram as políticas públicas destinadas à população negra e a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), que datam de anos seguintes⁶ às políticas destinadas aos indígenas. Trata-se de um contexto favorável a políticas de gênero que, por exemplo, tomaram forma a medida que as pressões do movimento feminista entravam na agenda política da Organização das Nações Unidas (ONU). Todas essas medidas, princípios e políticas visam diminuir a vulnerabilidade, a exclusão, a exposição à violência sistemática e a morte de mulheres⁹⁵. Assim, em movimentos semelhantes grupos sociais estigmatizados e marginalizados passam a trilhar caminhos na garantia de seus direitos.

É importante considerar que a implantação e implementação das políticas públicas fizeram com que os cenários epidemiológicos mudassem consideravelmente nas cidades brasileiras. Mas, não se observa o mesmo para com os povos indígenas, ou quando se está diante de grupos “marginalizados”. O índice de mortalidade infantil geral teve uma queda de 40,55% assim como em outros indicadores que podem ser acompanhados pela atenção básica³⁷, mas isso não aconteceu para os povos indígenas.

As imunizações na população em geral apresentaram melhoras, Paim³⁷ considera o aumento da cobertura vacinal como um dos avanços do SUS como um todo, na saúde indígena houve uma melhora no controle de doenças como a rubéola, tuberculose, sarampo, hepatite, febre amarela, pneumonia e gripe. No entanto, continuam sendo prevalentes as doenças transmissíveis

⁶ A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e a Política Nacional de Saúde Integra da População Negra foi aprovada em 2006 pelo CNS.

na população indígena desde o ano de 2005 e nos anos de 2000, 2005 e 2012 a desnutrição esteve entre as principais causas de óbito⁹⁶.

A tuberculose, também, se apresenta como um problema importante nessa população, visto que o risco de adoecer e morrer por tuberculose em indígenas ainda é maior do que da população em geral e sabe-se que problemas como a dificuldade de acesso a serviços de saúde e sociais são barreiras tanto no diagnóstico quanto no tratamento oportuno dessa população⁹⁶. Fatores como a organização dos serviços nas aldeias, a educação e capacitação dos profissionais de saúde, vontade política e a descentralização no tratamento, são aspectos relevantes quando se discute essas questões de saúde.

Capítulo 3: O CNS e a saúde indígena nos últimos 30 anos

Neste capítulo pretende-se discutir as atas do CNS no que se refere ao tema da saúde indígena. Para tanto, foram acessadas um total de 306 atas, ordinárias e extraordinárias, produzidas pelo CNS entre os anos de 1991 a 2015, disponíveis no site do conselho. Cabe enfatizar que este período se refere ao ano de criação do primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena. Dessas 306 atas, constaram os termos “indígena” e/ou “índio” 211 atas. Conforme exposto no quadro que segue:

Quadro 1 – Número de atas do Conselho Nacional de Saúde com presença da temática da saúde indígena, de 1991 a 2015.

Ano	Total de atas	Atas indígena/índio
1991	10	0
1992	12	0
1993	13	7
1994	*	*
1995	10	2
1996	15	5
1997	13	5
1998	11	8
1999	10	4
2000	11	9
2001	15	6
2002	14	10
2003	16	14
2004	13	12
2005	13	12
2006	11	11
2007	14	14
2008	15	13
2009	14	10
2010	16	15
2011	12	12
2012	14	11
2013	12	12
2014	10	8
2015	12	11
TOTAL	306	211

*Atas que não foram possíveis serem acessadas pelo site do Conselho Nacional de Saúde.

As atas do ano de 1994 não puderam ser acessadas, apesar de disponíveis no site do conselho, foi realizado contato via correio eletrônico expondo a situação, mas não obtivemos retorno. Com isso, entende-se que essa ressalva de que as atas do ano de 1994 não constam nas análises feitas nesse trabalho são importantes para as interpretações.

Observa-se que nos anos de 1991 e 1992 não houve citação aos termos utilizados para seleção e que no ano de 2010 foi o ano em que houve mais atas identificadas com os termos de pesquisa (15 atas), seguido dos anos de 2007 e 2003 (13 atas em cada ano). No entanto, se observarmos o número geral de atas produzidas nos anos de 2006, 2007, 2011 e 2013, em todas as atas foi possível encontrar a temática indígena. No panorama cronológico foi feita uma tradução das atas, porém foram observados os principais termos utilizados e relatados nas atas oficiais na íntegra e buscou-se trazer esse panorama da forma mais próxima possível do discurso dos atores e não do pesquisador.

A identidade dos conselheiros bem como as instituições a qual representavam não foram citadas, pois o intuito dessa parte desse trabalho teve por intuito evidenciar as temáticas e demandas da saúde indígena que mais chegaram ao CNS e como foram debatidas. É sabido que por traz das instituições há uma representação histórica, uma leitura própria sobre o tema, mas entendemos que realizar a leitura aqui proposta já tratava-se de um grande escopo para análise.

3.1. Apresentando o debate sobre a saúde indígena nas atas do CNS: panorama cronológico

1993

Em 1993, o CNS discutia a necessidade de que os municípios assumissem em seus planos de saúde a continuidade das ações de saúde e evidenciavam atividades e ações que já estavam descentralizadas como imunização, abastecimento de água e saneamento básico. Essa discussão estava intimamente ligada à saúde dos povos indígenas, pois já era sabido que os indígenas tinham necessidades de um atendimento diferenciado e que contemplasse suas características culturais e étnicas. Vale enfatizar que em 1991, foi criado o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami, diante do violento surto epidêmico de malária e a invasão de seu território

por garimpeiros. Esse DSEI foi desenhado antes da criação da Lei Arouca, de 1999, que cria os SASI.

Nessas atas, a CISI aparece pleiteando a realização da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, para tanto, solicitava ao CNS garantisse que a mesma viesse a ocorrer. Em tempo, a CISI expunha ao plenário a recomendação de que a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI/FUNASA), que compunha a gestão da saúde indígena na época, se vinculasse diretamente ao gabinete do ministro, pois esta era uma das propostas da I CNSI que havia ocorrido em 1986.

Em meio a essa discussão, alguns conselheiros se manifestaram e colocaram que era necessário uma conduta mais coerente com os índios, pois: *“as ações da saúde indígena ora são centralizadoras, ora descentralizadoras, ora o índio tem cidadania, ora está protegido pela tutela”*. Outro questionamento era sobre constantemente os indígenas serem tratados como se estivessem à parte do SUS e que deveriam se pensar ações de saúde de forma a integrá-los no SUS.

Na discussão sobre a municipalização das ações e serviços, o plenário do CNS já pontuava que havia a necessidade de sensibilizar e comprometer os governadores, secretários estaduais e municipais, prefeitos e outros atores estratégicos dos avanços que isso significava para a implementação do SUS.

Neste mesmo ano, a CISI reforça a necessidade de obtenção de recursos financeiros para que a II CNSI acontecesse e somente depois de várias manifestações esse problema é sanado com a devida alocação dos recursos. Por fim, a CISI faz uma importante recomendação sobre a necessidade de que o estado brasileiro pense e proponha uma política federal de recursos humanos para a saúde indígena. No âmbito municipal, nas prefeituras e câmaras municipais estavam os rivais históricos dos povos indígenas, os quais viviam, em muitas localidades, conflitos por terra com os indígenas. Isso justifica a ênfase em ter o governo federal na gestão da saúde indígena.

1995

A CISI realiza uma análise das suas atividades desde sua criação em outubro de 1991, trata das reuniões realizadas e da importância estratégica que tem para a política de saúde indígena, considerando a vulnerabilidade epidemiológica, predomínio nas causas de morbi-mortalidade e necessidade de construção de estratégias para a saúde desses povos.

Entre as atividades desenvolvidas pela CISI até o ano de 1995, estavam a divulgação dos elevados riscos epidemiológicos nas áreas indígenas, a iniciativa de realização da II CNSI e a exposição da necessidade de integração entre os diferentes órgãos responsáveis pela saúde dos índios. Na ocasião, a CISI, também, apresentou sua agenda para os próximos anos entre elas estava a recomendação ao ministro da saúde para que apoiasse a aprovação do novo estatuto dos povos indígenas e que se regulamentasse a formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS). O CNS encaminhou moção ao ministro da saúde sugerindo que se retornassem para o Ministério da Saúde a condução integral das ações de saúde dos povos indígenas e que FUNASA fortalecesse as ações e serviços visando isso.

No decorrer do ano, alguns conselheiros interrogaram sobre a situação da saúde indígena, pedindo esclarecimentos e denunciando a precariedade da situação.

1996

As atividades da CISI sempre ressaltavam as especificidades e os problemas referentes à assistência aos povos indígenas. A questão da responsabilidade do Estado brasileiro e coerência nas ações, também, foram pontuadas, pois até esse momento, a responsabilidade pela atenção à saúde indígena estava dividida entre a FUNAI e a FUNASA, o que gerava conflitos para se efetivar o atendimento indígena. Houve uma recomendação ao ministro da saúde para que referendasse a decisão da 10ª CNS para que fosse priorizada a III CNSI para o ano de 1997.

A FUNASA e FUNAI realizaram levantamento detalhado do quadro das ações de saúde desenvolvidas pelas agências missionárias junto em áreas indígenas. Isso tinha por intuito fazer com que essas ações pudessem ser adequadamente acompanhadas pelo SUS.

Neste ano, a CISI solicita que fosse incluído no plenário do CNS como um membro titular, no segmento de usuário, um representante dos povos indígenas do país. A justificativa dada pela CISI era a necessidade de dar conhecimento ao CNS, em caráter permanente, das

especificidades e problemas da assistência de saúde aos indígenas no âmbito do SUS. Havia o entendimento por parte da CISI que isso dava maior confiabilidade ao repasse de informações. Porém, houve manifestação de um conselheiro que afirmara que qualquer nova entrada no plenário prejudicaria a paridade.

O plenário se ocupou, também, da análise da normatização específica de pesquisas envolvendo os povos indígenas. Alguns conselheiros se manifestam reafirmando a necessidade de aprofundar a discussão sobre a saúde indígena para que de fato houvesse melhoria da assistência.

A CISI apresenta uma proposta de reestruturação e plano de trabalho que reforça sua importância estratégica considerando o contexto do sistema de saúde no país. Relata que há uma maior vulnerabilidade epidemiológica dos povos indígenas quando comparada com ao restante da população devido as especificidades culturais, biológicas, a dificuldade de operacionalizar os serviços nas áreas e a sua fragilidade política a nível nacional. A CISI reafirma a necessidade de garantir aos indígenas o acesso efetivo em todos os níveis de organização do SUS e debruçar esforços para se construir um subsistema diferenciado de atenção à saúde aos indígenas devido as suas especificidades, tais demandas haviam sido pontuadas na VIII e IX CNS e ainda na I e II CNSI, porém não havia se operacionalizado.

A CISI reforça seu papel na formulação de princípios, estratégias e diretrizes para que se alcance uma política específica para os povos indígenas. Explica, ainda, o fato da composição da comissão favorecer as organizações indígenas do norte do Brasil, o que se deve a grande concentração de indígenas, diversidade étnica e dificuldade de acesso aos serviços desta região.

Neste ano, a comissão apresenta seu plano de trabalho, o qual visará estabelecer premissas, estratégias e parâmetros para a atenção a saúde indígena em todo país, acompanhará o orçamento e que proporá ao Ministério da Saúde que operacionalize a política de recursos humanos indígenas e não indígenas para a atuação nas áreas indígenas. Além disso, a CISI se propunha a acompanhar as normas para pesquisas, a tramitação do novo Estatuto dos Povos Indígenas, a proposta de um subsistema diferenciado de atenção a saúde dos povos indígenas, promover articulação interinstitucional, entre outros. Vale enfatizar o aspecto inovador no que tange à questão se ter quadros de profissionais de saúde indígenas, o que demandaria a entrada de indígenas no ensino superior, articulando a pasta da educação com a saúde.

Por fim, entrou em discussão a inserção da mulher indígena nas políticas específicas, a importância de se ter pesquisas nas áreas indígenas e problemas como a cegueira entre os índios. Sobre as pesquisas nas áreas indígenas o plenário entendia que a FUNAI possuía um papel importante para a fiscalização dos trabalhos que se davam no interior das áreas indígenas.

1997

O tema das pesquisas nas áreas indígenas novamente é ponto de discussão, acompanhando o que foi abordado em anos anteriores, e frisava a importância de acompanhar o trabalho em pesquisa desenvolvido nas áreas indígenas de modo a preservar direitos e as culturas indígenas.

As mudanças constantes na gestão dos serviços e ações destinadas aos povos indígenas são problematizadas nas discussões do plenário do CNS que colocam que os indígenas precisam ter uma referência política e que há necessidade de ações específicas voltadas ao alcoolismo, depressão e suicídio. Essas ações deveriam ser desenvolvidas de forma conjunta entre a FUNASA e a FUNAI. Também, foram apresentadas as propostas elencadas no I Encontro de AIS e microscopistas da Amazônia brasileira e entre essas estava a aprovação da Lei Arouca, conforme já constava nas diretrizes aprovadas na II CNSI, em 1993. A importância de se ter a Lei Arouca estava em que a mesma normatizaria o SASI e regulamentaria sua gestão.

A CISI fala sobre a necessidade de liberação de recursos, medicamentos e insumos para os povos indígenas, a importância de um trabalho entre os ministérios e, mais uma vez, faz denúncias com relação ao descaso com a saúde dos povos indígenas.

1998

No ano de 1998, os conselheiros do CNS relembram a determinação que a Constituição Federal de 1988 traz ao garantir aos povos indígenas o direito de manterem sua organização social de acordo com seus costumes. É relatado que os indígenas tinham a maior taxa de mortalidade predominando as doenças respiratórias, diarreia, malária, tuberculose, alcoolismo, desnutrição, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e doenças imunopreveníveis. A

dificuldade de acesso às ações e serviços que os povos indígenas tinham acabava por manter esse quadro precário epidemiológico. Havia relatos de que as relações entre a FUNAI e as empresas mineradoras nas áreas indígenas se acirravam.

Neste ano, se realizou o Fórum Nacional de Saúde Indígena e mais uma vez havia a solicitação de que o Ministério da Saúde assumisse a formulação de uma política setorial para os povos indígenas. A questão da entrada de uma representação dos povos indígenas no plenário do CNS ainda se mantinha e mais uma vez foi pautada ao se enfatizar as especificidades dessa população, que apresentava os piores índices epidemiológicos e conflitos na gestão da atenção à saúde.

Alguns conselheiros se manifestam solicitando esclarecimento sobre de quem seria a responsabilidade pela população indígena, pois de fato o atual modelo de gestão não deixava isso claro. O esclarecimento dado foi que a responsabilidade pelas ações de controle de doenças preventivas e de saneamento era da FUNASA e as ações assistenciais de cura e recuperação eram de responsabilidade da FUNAI.

São apresentados dados preocupantes sobre a oncocercose em áreas indígenas, bem como o câncer de colo de útero. Apresentam demandas por saneamento e vigilância epidemiológica ao mesmo tempo em que viam como necessário rever as estratégias para que os programas e ações alcançassem as realidades locais. A epidemia de malária e tuberculose em comunidades indígenas e entre profissionais da FUNASA, também, é ponto de pauta. Denunciam a falta de medicamentos para a malária que levava muitos indígenas a óbito.

A questão orçamentária, também, é questionada, apontando que a verba destinada à saúde indígena estava se mostrando insuficiente. Outra questão permanecia, era a necessidade de ações intersetoriais com vistas à integralidade.

1999

O plenário manifesta a satisfação com a aprovação da Lei Arouca, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Neste ano, foram poucas as discussões que envolveram a saúde indígena, as únicas discussões foram sobre: a ética em pesquisa com índios, a

necessidade de capacitação de conselheiros indígenas e o corte feito no orçamento. A CISI, também, apresentou demandas como capacitar conselheiros indígenas, acompanhamento da implantação da Política Nacional de Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

2000

São apresentadas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e se pontuam as especificidades da população indígena destacando a interface entre a cultura e o SUS. Alguns conselheiros elogiam o processo democrático de discussão e importância estratégica dos DSEIs. A necessidade de capacitação de recursos humanos e de conselheiros indígenas é lembrada. E, neste ano, a agenda básica define saúde indígena como ponto de acompanhamento permanente.

Entre os temas para a III CNSI, estava a demanda por promoção da saúde, de acesso com qualidade e humanização e avaliação do processo de implantação dos DSEIs. A realização da CNSI se tornava mais importante frente ao momento crítico que o país atravessava em que as reservas indígenas estavam sendo devastadas. São evidenciadas as precárias condições de acesso dos indígenas ao SUS.

No que diz respeito à assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde se comprometeu a apoiar “resgate” às tradições indígenas, pois analisavam como o fim dessas práticas, e retomar a discussão sobre as plantas medicinais, no âmbito da biodiversidade. A discussão sobre ética em pesquisas com índios continuava movimentando as discussões do plenário, bem como as necessidades sobre a saúde da mulher indígena.

Entre as falas marcantes dos conselheiros, neste ano, durante a discussão sobre a saúde dos índios, estão momentos quando foi lembrado os esforços para que a Constituição de 1988, a constituição cidadã, se tornasse realidade. Inseriam a presença das minorias neste processo, como a parte desorganizada e excluída da sociedade que buscava construir a democracia desejada. Nesse contexto, a FUNASA encontrava-se em reestruturação para a formulação de uma política de saúde para os indígenas.

2001

Todo o movimento para que a III CNSI acontecesse foi acompanhado pelo CNS e a finalidade da conferência era analisar os obstáculos e avanços da implantação dos DSEIs e os caminhos para se efetivar o acesso com qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, bem como garantir a participação do controle social.

O plenário aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O relatório final da III CNSI é apresentado e resumidamente são colocados os temas debatidos: o modelo de gestão e organizações de serviços - parcerias e a articulação com o Sistema Único de Saúde; Vigilância em Saúde; estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e o alcoolismo; direitos humanos e a ética nas intervenções; fortalecimento do controle social; agentes indígenas de saúde: formação, desenvolvimento e inserção social; a hipermedicação e as práticas tradicionais; ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes que envolvem os povos indígenas; e as comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos. Além disso, a conferência também solicitava representação indígena no plenário do CNS.

Relatos mostraram a dificuldade de lidar com muitos gestores municipais, para os quais os indígenas eram vistos como empecilho e com isso deixavam de receber a devida atenção à saúde. Também é citado o aumento de recursos destinados a FUNASA, entre eles o da saúde indígena.

2002

Houve uma discussão sobre o programa Bolsa-Família, o qual contemplava os indígenas, mas notava-se que havia necessidade de revê-lo para que contribuísse mais ainda no combate a desnutrição. Assim, algumas das propostas apresentadas eram: desenvolvimento da agricultura familiar indígena – ação intersetorial para auto-sustentação alimentar e combate à desnutrição; Programa de Alimentação adaptada para populações indígenas; acompanhamento da execução do orçamento de saúde indígena; acompanhamento da implementação das Diretrizes de Capacitação de Conselheiros de Saúde Indígena: necessidade de priorizar a capacitação de Conselheiros de

Saúde Indígena, entre outros. A temática da defesa dos territórios indígenas não era ponto de pauta, o que para o movimento indígena era questão central para sua sobrevivência física e cultural.

Os temas da alimentação e nutrição foram apresentados neste ano, a qual a CISI já vinha apontando como prioridade, o que levou a apresentação do Programa de Promoção a Alimentação Saudável para comunidades indígenas. A proposta do Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas objetivava promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, contribuir para “preservar ou resgatar” a cultura alimentar nutricional e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde das comunidades indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Uma das estratégias importantes para a melhoria das condições nutricionais era alcançar a intersetorialidade de forma a definir como poderia se concretizar a proposta alimentar sem ferir a cultura indígena. Entre os casos graves denunciados na época foi a alta mortalidade indígena por fome e houve intervenção do judiciário para que fossem identificadas as crianças até seis anos, gestantes e nutrizes indígenas em situação de segurança alimentar para que providências fossem tomadas. O controle social foi identificado como de grande importância nesse processo. No cenário nacional, apareciam denúncias dos altos índices de morte de crianças indígenas kaiowá por desnutrição. A grande questão apresentada por essa etnia estava no problema de acesso a seu território tradicional. No entanto, observa-se no CNS, a ênfase sobre aspectos definidos por eles como sanitários e a luta fundiária fugia a essa questão.

Entre os problemas que contribuíam para não operacionalização das políticas públicas nas áreas indígenas estava o fato de que os municípios, dificilmente, conseguiam oferecer o sistema de saúde diferenciado que a população indígena exigia. E, também, os conflitos que os Estados e Municípios tinham com a população indígena. Os trabalhos mostravam sempre a importância de uma convergência entre as ações dos entes.

Era notável a necessidade de aprofundar a articulação da democracia representativa com a democracia participativa. No que se refere à saúde indígena, é importante que a rede de serviços existentes se adeqüe as necessidades locais e reconheça os costumes, as crenças, a organização social e os dialetos indígenas, buscando a equidade. Nesse sentido, a importância de ordenar os cuidados, de pensar a rede de atenção para os povos indígenas era uma pauta importante. A

intersetorialidade, mais uma vez, é tida como um caminho para a equidade e a integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas.

A alocação de recursos para saúde indígena foi destaque, neste ano. Foi apontada a situação da atenção básica, bem como os grandes montantes encaminhados para a média e alta complexidade destinados aos indígenas. Esses recursos foram comparados aos de outros países, o que revelou um gasto exacerbado frente ao que se tinha de serviços e ações. No cenário nacional, surgiam denúncias de corrupção na FUNASA. Um dos relatórios da CISI expunha a necessidade de discutir formas ou estratégias para agilizar e/ou melhorar a qualidade da rede de referência no SUS.

Por fim, a formação de recursos humanos também foi amplamente exposta neste ano. A demanda por uma formação de recursos humanos com vistas às especificidades locais exigia uma articulação de diversas frentes para que se efetivasse.

2003

A Secretaria-Executiva do CNS informa que as vagas do plenário foram reordenadas e assim o movimento indígena seria contemplado. Porém, a disponibilidade de vaga não contemplaria toda a diversidade dos povos indígenas e o pleito para que houvesse uma vaga para um dos 34 DSEIs não foi levado adiante.

Houve manifestação sinalizando um problema de interação entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS. E em tempo, a CISI coloca a demanda por formação em nível técnico e superior para a população indígena. Desse modo, recomendou ao Ministério da Educação a implementação de uma Política de Formação nos níveis técnicos e superiores para os povos indígenas e a criação de mecanismos que permitam o ingresso de indígenas nos cursos de níveis técnicos e superiores. A proposta era que se implementasse uma política pública permanente. Um conselheiro destacou que os índios desejavam professores que ensinassem na sua língua materna, mas reconheciam a necessidade de professores que lecionassem em português.

A demanda por formação foi endossada pelo o art. 200 da Constituição Federal que determina como uma das competências do SUS a ordenação de recursos humanos na área da saúde. A formação e qualificação eram necessárias para que os profissionais se fixassem nas áreas indígenas, o que deveria ser aliado a uma política de interiorização de profissionais.

Entre as preocupações da CISI estava à demarcação das terras indígenas, segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas, bem como o acompanhamento da política de saúde indígena e discussão da referência no SUS. A questão nutricional ainda era amplamente debatida assim como a problemática de álcool e drogas nas comunidades indígenas começa a ganhar mais espaço nas discussões. O tema da representação indígena no CNS ainda não teve uma solução definida.

2004

A participação dos indígenas bem como da população negra na 12ª CNS foi citada como importante, o que evidenciava a necessidade da definição de mecanismos de participação popular democráticos nas conferências.

A política de saúde indígena mais uma vez entra como prioridade de pauta no CNS, integrando a categoria de políticas de atenção a grupos específicos. A saúde bucal também foi pautada e na discussão sobre a distribuição de próteses, houveram questionamentos sobre como garantir assistência odontológica para os povos indígenas, bem como para pessoas portadoras de hanseníase.

A proposta de tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada, sendo “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Relativo a isso, foi apresentada a necessidade de definição de critérios de participação dos povos indígenas, de modo a considerar os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Também, foi discutida a participação indígena nas conferências temáticas, como a de ciência, tecnologia e inovação em saúde e de saúde bucal, nesses pontos houve defesa da participação indígena e da necessidade de aprofundar o debate de forma a definir mecanismos que garantam a participação da comunidade indígena nas instâncias de controle social.

Apontou-se que o número de pesquisas com povos indígenas havia apresentado aumento, incluindo as que versam sobre o tema da saúde bucal.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi apresentada no plenário do CNS pelo representante da FUNASA/MS. Esse apresentou um breve histórico e explicou que a Lei nº 9836/1999 (Lei Arouca) que criou o subsistema determinou que caberia à União ter recursos próprios para financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e definiu que os estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais poderiam atuar complementarmente no custeio e execução das ações. Todas as legislações referentes à saúde indígena foram esclarecidas desde as diretrizes até as determinações legais de se considerar as especificidades dos povos indígenas. A forma de organização dos distritos sanitários também foi colocada como estratégia de adaptação as características de organização dos indígenas.

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena também foram citados e entre suas atribuições foram citadas: a aprovação do Plano Distrital; avaliação da execução das ações planejadas e proposição de reprogramações que se façam necessárias; e apreciação das contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde indígena. Os Conselhos Locais também foram pontuados, cabendo a eles: manifestar-se sobre as ações e serviços de saúde necessários à comunidade; avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho; indicar Conselheiros para o CONDISI e para os Conselhos Municipais de Saúde, se for o caso; e fazer recomendações ao CONDISI. O representante da FUNASA ressaltou a composição paritária dos CONDISI e a composição exclusivamente indígena dos Conselhos Locais. O representante ressaltou, ainda, a forte fragmentação da política de saúde indígena, sendo apontado que isso dificultava o processo de avaliação e gerenciamento. Um ponto importante foi quanto explicou que muitos municípios e ONGs desenvolviam ações totais e não complementares como determinava a legislação. Ainda, tratou sobre o repasse de responsabilidades de execução das ações a estados e municípios, o que era uma adequação necessária e exigida quando da implantação dos DSEIs, pois a FUNASA não possuía capacidade para implementação, gerência e recursos humanos disponíveis.

Sobre a alocação de recursos, foi relatado que a destinação de recursos para os distritos tinham como critérios a especificidade da população, dificuldades de acesso, índices de mortalidade infantil, prevalência da tuberculose, de malária e série histórica. Entre as metas

pactuadas para 2004 estavam: redução da mortalidade infantil em 15%; redução da Tuberculose em 5%; redução dos casos de malária em 25%; redução da desnutrição em 20%; utilização do SIASI e envio de informação em 100%; aumento de cobertura homogênea vacinal em 40% dos DSEI; implantação do Programa da Saúde da Mulher em 100% dos DSEI; implantação dos serviços de Saúde Bucal em 100% dos DSEI; implantação do Programa DST/AIDS em 100% dos DSEI; e implantação do serviço de saúde mental em 100% dos DSEI.

A importância da articulação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena com os Conselhos Municipais de saúde, também, foi evidenciada. Além disso, um dos conselheiros colocou sua preocupação sobre a necessidade de aprofundar o debate sobre o caráter deliberativo dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e sobre a autonomia administrativa e financeira dos distritos.

Foram pedidos esclarecimentos sobre as metas relativas à tuberculose e cobertura vacinal. O representante da FUNASA ressaltou a importância das ações intersetoriais para a implementação da política de saúde indígena. O conselheiro explicou que a política apresentava estratégias para garantir o funcionamento e autonomia dos conselhos distritais.

Um dos conselheiros indígena reconheceu o avanço das ações de atenção à saúde indígena, outro conselheiro indígena destacou as contribuições da CISI e do apoio do CNS na discussão sobre a saúde indígena. A questão fundiária foi tema dos conselheiros indígenas bem como a necessidade de investimento em outras áreas de forma a garantir auto sustentação dos indígenas.

Neste ano, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi votada e aprovada por unanimidade no plenário do CNS. Entre as ações implementadas pelo Ministério da Saúde estava o início do trabalho para a inclusão da assistência farmacêutica no processo de atenção à saúde dos povos indígenas. Neste ano, foi falado sobre os efeitos do consumo de álcool em populações indígenas, as pesquisas científicas, a organização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, saneamento nas áreas e ainda foi lembrada a situação dos indígenas que se encontram fora das reservas e não estavam contemplados pela política de saúde indígena. A saúde indígena, em 2004, ocupou lugar entre as 11 prioridades definidas pelo Ministério da Saúde.

A meta de crescimento dos recursos em 22,98% foi alcançada, em 2004. Havia uma expectativa para que a saúde bucal apresentasse melhorias significativas, além da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do atendimento. Entre as recomendações da CISI, estava a necessidade de que o Ministério da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome definissem estratégias de envio de recursos para a compra de merenda escolar considerando as especificidades indígenas.

2005

Entre as diretrizes da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS estava a articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e demais políticas do Ministério da Saúde.

Houveram adequações no documento base da 4ª CNSI e discussão sobre o local em que a conferência ocorreria. De acordo com o plenário deveria ficar claro que a conferência era de saúde indígena e não restrita aos povos indígenas e para isso deveria considerar as discussões de todos os segmentos envolvidos. Isso foi entendido como oportunidade de garantir a operacionalização da política de saúde indígena. O entendimento era de que a conferência deveria ter uma lógica inclusiva do controle social, evidenciando a realidade da saúde dos povos indígenas. Além disso, estava claro para o plenário que a conferência deveria ser intersetorial e para que a política de saúde indígena fosse considerada de forma ampla.

Entre os diversos temas, estava o que se referia à “Intersetorialidade como estratégia de implementação das ações de saúde”, o qual buscava discutir o processo de integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil de modo a garantir a participação popular, o controle social e consolidação do SUS. Um eixo interessante proposto para esta conferência foi o de “Controle Social e Gestão Participativa” e a discussão sobre esse eixo expôs a necessidade de se conceituar tanto o termo controle social quanto a gestão participativa e seu papel na formulação e controle de políticas setoriais articuladas à política nacional de saúde. A avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena, a capacitação de conselheiros e a participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal também foram apresentadas como pontos a serem discutidos na

conferência. A necessidade de articulação da FUNASA com outras instâncias e órgãos, também, foi colocada para ser discutida na conferência, relacionando essa articulação com a necessária qualificação dos profissionais de saúde indígena.

Em 2005, foi apontada como alta a execução orçamentária com a saúde indígena, que se contrapunha aos constantes relatos de descaso com a saúde desses povos. Ao mesmo tempo algumas colocações se tornavam contraditórias quando apontavam que havia falta de recursos.

Nessa época, os municípios recebiam incentivos para a atenção básica aos povos indígenas e, com isso, foi levantada a necessidade de qualificar os municípios na execução destes recursos. Em tempo, foi exposto que as comunidades indígenas eram contrárias ao repasse de recursos aos municípios e que entendiam que isso era função da FUNASA para o fortalecimento dos distritos sanitários indígenas. Havia queixas da não aplicação dos recursos destinados à saúde indígena e um conselheiro apontou que o CNS deveria contribuir para o fortalecimento dos distritos para que atuassem conforme a realidade local.

Foi colocada a necessidade de avançar na participação dos representantes indígenas nas Conferências Municipais de Saúde (CMS) e na participação dos gestores nas Conferências Distritais e Nacionais de saúde indígena. Por outro lado, os conselheiros indígenas manifestaram preocupação visto que as Conferências Distritais eram realizadas em línguas indígenas e os participantes não-indígenas teriam dificuldade de acompanhar. Além disso, a presença de tradutores poderiam fazer com os indígenas não se sentissem a vontade para tratar determinados assuntos. Assim, o encaminhamento para essas questões foi de que as Conferências Distritais deveriam ser de usuários indígenas. Sobre a participação dos indígenas nos Conselhos Municipais e Estaduais, os representantes indígenas relataram que eles vinham lutando para garantir essa participação, mas que ainda havia grande resistência por parte dos gestores.

Em uma das reuniões deste ano, uma conselheira falou sobre o fato dos indígenas terem uma vaga no CNS, para a conselheira o CNS havia assumido e reconhecido à diversidade desses povos e que a convocação da CNSI representava o entendimento de que era preciso dar visibilidade as questões da saúde indígena para que se avançasse no acesso dessas populações à

saúde conforme os princípios do SUS. Pontuou, ainda, a importância do CNS discutir o direito dos indígenas participarem dos conselhos nas três esferas.

Houve manifestação de preocupação sobre uma proposta de aquisição centralizada de medicamentos, visto que isso deveria ser visto com cautela de forma a garantir que fossem consideradas as necessidades, hábitos e diversidade dos povos indígenas. Com relação a isso, o Ministério da Saúde se comprometeu a contemplar essas necessidades. Mas, o que se observa ainda hoje é essa aquisição centralizada.

Foram discutidas as profundas reestruturações feitas na política de saúde indígena e alguns avanços como a redução da mortalidade infantil, redução de desnutrição, ampliação da cobertura vacinal e do acesso a serviços e ações. Deve-se enfatizar que esses são ainda problemas graves nas populações indígenas quando se compara os dados com relação à população como um todo e isso não foi ressaltado pelos membros da CNS. Apesar dos avanços, a discussão deixou claro que ainda havia problemas concretos e muitos desses esbarravam em aspectos culturais resultantes da desagregação da cultura, dos valores, da organização econômica dessas comunidades, entre outros. No campo da saúde indígena, vale enfatizar aqui a recorrência do argumento sobre o “problema” que a cultura indígena às vezes é para a efetivação dos serviços, isso acontece com o propósito de culpabilizar os indígenas pelos problemas enfrentados por eles. Esse tipo de argumento deve ser visto com muito cuidado, pois em um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, essa diversidade faz parte de sua construção e não deve ser analisada como problema.

A questão do saneamento e da saúde bucal indígena se mantinha como pauta da saúde indígena. Foram feitas inúmeras denúncias que diziam que o Brasil não cuidava dos povos indígenas e a resposta para isso foi de que a melhoria só seria alcançada com articulação de diversos setores. Um conselheiro manifestou, ainda, que a FUNASA vinha trabalhando para implementação de uma política que garantisse a aplicação de recursos repassados para a saúde indígena.

Por fim, foi solicitado que o CNS se atentasse em seu regimento que o movimento indígena não possuía entidade de representação nacional e que fosse determinado que as

entidades tivessem atuação em, no mínimo, duas regiões do país. Além disso, o decreto do CNS já garantia uma vaga para as comunidades indígenas.

2006

Foi feita a solicitação ao Ministro da Saúde que verificasse o fato das ações de saúde indígena estarem paradas no país. Também foi apontado que nas conferências tinha sido decidido que quem deveria cuidar da saúde indígena, principalmente a aldeada, era a União e não os estados e municípios. Havia um reconhecimento de que alguns municípios vinham desenvolvendo ações importantes, mas que havia uma incompreensão das responsabilidades de cada ente. Observava-se a necessidade de pactuação com os gestores para que se garantisse de fato a inclusão dos indígenas no SUS. Neste ano, o CONASEMS comunicou a dificuldade de relacionamento entre os gestores municipais com os gestores do SASI, o que demonstra a falta de intersetorialidade. Na verdade, os movimentos indígenas apontam a existência de racismo institucional a nível local além do fato de a disputa pelas terras indígenas ser um problema de pano de fundo.

Foi feita uma avaliação dos cinco anos de implantação dos DSEIs e das contribuições da CISI auxiliando no fortalecimento da saúde indígena. Porém, problemas como a desnutrição, mortalidade infantil, a alta prevalência de hanseníase entre os povos indígenas e a falta de dados consistentes eram preocupações apresentadas na plenária. A descontinuidade das ações de saúde sempre era colocada como agravante para esse quadro. Como obstáculos, destacavam-se a segurança alimentar, o desenvolvimento sustentável, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e doenças crônicas degenerativas.

As representações indígenas demandavam que fosse garantida a autonomia dos DSEIs e, como argumento, alegavam que isso daria maior agilidade à execução das ações e maior controle social. Algumas colocações foram feitas a respeito do relatório final da 4ª CNSI entre essas estava que a criação do Subsistema e dos CONDISI era entendida como oportunidades de discutir temas pouco debatidos como a demarcação de terras, cadastramento das populações, atenção à

saúde de todos os indígenas, ampliação da participação da mulher indígena, respeito às práticas tradicionais, estudos e pesquisas.

Uma observação importante feita pelo plenário foi da relação causal multisetorial dos agravos à saúde dos povos indígenas, que demandam estratégias intersetoriais envolvendo vários Ministérios e não só o da saúde. A situação dos repasses realizados aos municípios também foi apontada, a reclamação era de que esses recursos não eram monitorados.

Quanto ao abastecimento e a qualidade da água, foi apresentado, neste ano, que 50% das áreas indígenas possuíam abastecimento público de água, mas que não havia sistemas de fluoretação. As discussões da 4ª CNSI contribuía para a busca de soluções para esses e outros problemas, visto que foi aprovada moção de apoio às iniciativas de pesquisa de novas tecnologias alternativas para aplicação de procedimentos e saneamento básico. Além disso, identificou-se que apesar dos problemas de saúde bucal dos indígenas essa política pública ainda não os alcançava. Contudo, devido à complexidade das questões o plenário decidiu incluir a saúde indígena como pauta permanente.

2007

O papel dos municípios quanto à saúde indígena se mantinha como tema do plenário. Havia uma preocupação de que a saúde indígena ficasse a mercê da política e que as especificidades dos indígenas fossem esquecidas.

Quanto ao controle social, houveram manifestações sobre as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros indígenas para estarem presentes nos espaços de controle social e o descaso da FUNASA na resolução de problemas operacionais que poderiam acarretar a não participação dos indígenas nos Conselhos e Conferências.

O Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) possuía entre os eixos de atuação o saneamento em áreas especiais, entre esses estavam as áreas indígenas. Alguns conselheiros apresentaram algumas preocupações com relação ao PAC, pois, na visão deles, poderia trazer prejuízos aos povos indígenas. O governo manifestava que estava aberto a discussão. As metas relativas ao saneamento apresentadas para 2007-2010 era de: elevar a cobertura com

abastecimento de água de 34% para 70% aldeias; elevar a cobertura com abastecimento de água da população atual residente em aldeias de 62% para 90%; e elevar a cobertura com solução adequada de dejetos de 30% para 50% das aldeias. O saneamento, também, foi citado quando estavam sendo relatadas as dificuldades de controle da malária.

Sobre o programa de malária foram apontados diversos problemas relacionados a recursos humanos, materiais e financeiro. A respeito da interação entre os órgãos que prestam serviços à comunidade indígena, destacou que faltava integração entre gestão municipal, DSEI, integração entre os diversos órgãos responsáveis pelas políticas de atenção indígena.

A alta rotatividade dos profissionais das áreas indígenas e a precarização do trabalho preocupavam o plenário fazendo-se necessário pensar alternativas para isso. No que se refere ao financiamento, houveram questionamentos sobre a falta de monitoramento e avaliação da execução dos recursos da saúde indígena.

Quanto ao controle social, conforme fala de um conselheiro, havia falta de uma política de educação permanente tanto indígena quanto não indígena. Foi citada a importância da representação indígena nos CNS. Entre os diversos encaminhamentos para as questões colocadas nesse ano, uma delas foi que o CONASS e CONASEMS se ocupassem de auxiliar a interlocução entre estados e municípios. Havia uma preocupação latente com a “municipalização da saúde indígena”, ou seja, que os municípios fossem responsáveis pela saúde indígena, mas, alguns casos de relações conflituosas foram apresentados evidenciando a problemática. Alguns conselheiros se manifestaram afirmando que a condição precária de vida e saúde dos povos indígenas demonstrava a necessidade de articulação e ação intersetorial.

A dificuldade de organização dos serviços e a presença de múltiplos atores que operacionalizavam a saúde indígena eram vistos como promoviam de desvios e inconsistências que prejudicavam a assistência. Avaliou-se que um grande montante de recursos era destinado a saúde indígena, mas havia uma dificuldade de organizar fluxos e demandas e observar a organização dos municípios.

No cenário nacional, as acusações de corrupção pelos movimentos indígenas se intensificavam. Foi relatado que, em virtude dos últimos debates realizados, o governo decidiu transferir a responsabilidade sob a saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde e com isso estava em tramitação no Congresso Nacional um projeto de lei com essa proposta. Ressaltou-

se que a proposta não significava a municipalização da saúde indígena, mas que viabilizava maior articulação das ações dentro do próprio Ministério da Saúde e que já havia o compromisso de garantir a autonomia dos DSEIs. Na ocasião, o representante dos povos indígenas registrou descontentamento, pois os indígenas não fizeram parte do processo e propôs que fosse realizado um seminário nacional de saúde indígena para essa discussão, mas já adiantou que a proposta dos povos indígenas era a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. Uma das propostas foi a retirada do item relativo à saúde indígena que constava no projeto para que fosse garantida a participação dos indígenas. Destacou-se ainda a necessidade de discutir a relação do Estado brasileiro com esses povos e desenhar um projeto político necessário para que a diversidade pluriétnica fosse respeitada. Após a discussão o encaminhamento foi pela elaboração de uma resolução que justificasse a retirada da proposta de transferência de competência da saúde indígena que constava no projeto de lei e realizar o seminário sobre saúde indígena.

A tuberculose passou a ser tema de debate, sendo apresentado que a taxa de incidência da doença na população indígena é de 160 por 100 mil, enquanto na população geral é de 41,8 por 100 mil. Assim, entre os desafios trazidos pela doença estava a necessidade de combate ao preconceito e a diminuição do tempo para obtenção dos resultados. A necessidade de discussão da hanseníase nas populações indígenas, também, foi tema e apontado que as ações deveriam considerar as especificidades desses povos. Diante desse quadro que se agrava, mais uma vez, há indicação de que a saúde indígena seja ponto de pauta permanente.

Foi apresentado o plano de trabalho da CISI para 2008/2009, no qual entre as ações constavam o acompanhamento das informações sobre os povos indígenas, dos sistemas de informação e das pesquisas de avaliação do subsistema; monitoramento do saneamento básico indígena; avaliação de denúncias sobre a gestão de recursos; fortalecimento do controle social; entre outros.

Houveram alguns questionamentos sobre as prioridades do plano de trabalho e da importância da participação dos indígenas, considerando as constantes reclamações no CNS da pouca discussão dos problemas indígenas nos conselhos de saúde. Com isso, alguns conselheiros lembraram o papel dos CONDISI como instância de controle social indígena estabelecido pela política nacional. A CISI realizou alguns encaminhamentos ao plenário que envolviam assuntos referentes à alimentação e nutrição dos povos indígenas, a atuação dos AIS e AISAN, reiterou a

necessidade de articulação da CISI com as demais comissões do CNS. Além disso, um conselheiro manifestou satisfação com a composição intersetorial da CISI.

Neste ano, a CISI apresentou o relatório da sua 66ª reunião e foram colocados em apreciação os encaminhamentos propostos como a recomendação de que o Ministério da Saúde juntamente com os povos indígenas definisse agenda unificada de pesquisas, solicitação de esclarecimentos quanto ao acesso a medicamentos em algumas comunidades específicas, avaliação da possibilidade de transferir as ações da FUNASA para uma Secretaria do Ministério da Saúde, esclarecimentos sobre a vigilância nutricional e outros. Todos os encaminhamentos da CISI foram feitos como “recomendações ao Ministério da Saúde”, os quais foram todos aprovados pelo plenário.

O plenário lembrou as constantes denúncias de violação do direito indígena e da má gestão da FUNASA que exigiam uma atitude do Ministério da Saúde. O PAB Indígena também entrou em discussão avaliando que os repasses feitos aos municípios deveriam garantir a atenção básica para os povos indígenas. Foi levado ao conhecimento do plenário que o Ministério Público e a FUNASA haviam assinado um termo de compromisso judicial para acabar com a terceirização na saúde indígena e no saneamento básico. Entretanto, apesar dos problemas frequentes do ponto de vista dos indicadores de saúde, foi apresentado um relatório que todos haviam melhorado e quanto à gestão houve uma redução dos custos.

Foi apresentado, pelo representante da FUNASA, que houve redução do coeficiente de mortalidade infantil indígena de 34,8% entre 2000 e 2006, aumento da cobertura vacinal entre 2006 e 2007 de 49,8% para 63,2%. O coeficiente de incidência de tuberculose também apresentou queda (anos de 2000 a 2007) bem como houve redução de casos de malária (anos 2007 a 2008). A FUNASA apresentou ainda um projeto de autonomia dos DSEIs, apontando que essa iniciativa se deu devido às deliberações das últimas Conferências de saúde, tanto a nacional quanto as temáticas. Foi feita uma ressalva por representante da FUNASA no sentido de que a autonomia dos DSEIs deveria ser acompanhada por uma estrutura organizativa e administrativa que os apoiasse. Entre as ações a serem desenvolvidas estava a de estimular os Conselhos estaduais, municipais e distritais de saúde indígenas. Esse posicionamento do representante da FUNASA estava se contrapondo aos movimentos indígenas que a acusavam de corrupção. Nesse sentido, demandas de seus representantes passaram a ser contempladas pela FUNASA.

Neste ano, foi apresentado o relatório da IV CNSI. A necessidade de promoção da saúde do homem indígena, também, foi levantada, assim como o acompanhamento da situação da hanseníase. Um ponto importante de discussão foi a necessidade de acompanhar a organização da rede de serviços visando a descentralização das ações de atenção básica e sua articulação com o restante da rede de atenção à saúde.

Voltava à discussão a mudança de competência pela saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde e a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, alguns conselheiros avaliavam que a proposta era estruturante e que fortalecia a atenção básica. Durante essa discussão foi apresentado que o gasto com os povos indígenas per capita era três vezes mais do que o restante da população, mas que ainda haviam muitos problemas. Novamente as representações indígenas se manifestaram a favor do fortalecimento do subsistema e reivindicavam a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, pois a gestão da FUNASA não dava conta dos problemas enfrentados na saúde indígena.

2008

Entre os pontos de pauta estava a proposta de transferência das competências e atribuições da FUNASA, no que se refere à saúde indígena, para o Ministério da Saúde. O Fórum de Presidente de CONDISIIs havia encaminhado ao CNS uma carta manifestando preocupação com esse projeto de lei. A representação do Ministério da Saúde explicou que a proposta de transferência de atribuições e competências havia culminado no projeto de lei que estava em apreciação no Congresso Nacional e que não se tratava da municipalização da saúde indígena, mas sim da ampliação da possibilidade de articulação das ações de saúde indígena dentro do próprio Ministério da Saúde.

No entanto, os representantes dos povos indígenas registraram indignação visto que os indígenas não foram ouvidos nesse processo e, novamente, havia uma solicitação de realização de um seminário nacional de saúde indígena e de uma audiência pública sobre o tema, frisando ainda que os indígenas solicitavam a criação de uma secretaria própria, vinculada ao Ministério da Saúde. Os indígenas defendiam que houvesse respeito as suas reivindicações consubstanciadas nas conferências de saúde.

As altas taxas de incidência de tuberculose tanto dos povos indígenas quanto da população em situação de rua e prisional figuravam como uma preocupação no plenário. A hanseníase na população indígena, também, foi vista com preocupação. Porém, a FUNASA informou que não haviam dados consistentes sobre a incidência da doença nas áreas indígenas. Com isso, entre as prioridades definidas para o ano estava a de implantar e implementar ações levando em conta as características próprias de populações específicas, entre elas os indígenas.

A CISI apresentou seu plano de trabalho para 2008-2009. O acompanhamento das informações de saúde e de pesquisas de avaliação do subsistema estavam contidas no plano de trabalho, bem como o monitoramento de ações de saneamento e outros programas, avaliação de denúncias sobre a saúde indígena, acompanhamento do plano de carreira e fortalecimento do controle social. Os conselheiros manifestaram-se quanto à importância de que o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas e seu financiamento fosse debatido junto ao controle social.

Neste ano, o representante da FUNASA tratou da vulnerabilidade das populações indígenas em áreas de fronteira devido ao narcotráfico, contrabando e desmatamento. O Ministério da Saúde se manifestou afirmando que havia um cronograma de ações previstas para começar na área em questão. O aumento dos casos de AIDS, também, preocupava.

A FUNASA pôs o saneamento básico como prioridade, os dados apresentados foram de que, em 2008, 63% da população indígena tinham abastecimento de água nas aldeias menores e que o desafio estava em alcançar aldeias de difícil acesso. A proposta era atingir 93% da população indígena e que haviam recursos garantidos para isso. Houveram questionamentos sobre se a responsabilidade do saneamento não era dos municípios, mas foi apontado que pela lei essa responsabilidade era da FUNASA.

Todas as discussões fizeram com que os conselheiros manifestassem o reconhecimento de que a implementação da política de saúde indígena ainda precisava avançar bastante e que a questão dos indígenas não aldeados, por exemplo, exigia um debate preciso. A demanda por uma assistência farmacêutica diferenciada também foi ponto de discussão. Havia o entendimento de que ela deveria se apoiar no perfil da população, acontecesse de forma descentralizada e se baseasse nos avanços de conhecimento sobre esses povos.

A CISI apresentou memórias do trabalho da comissão, que evidenciavam a situação problemática da saúde indígena, além de colocar a falta de participação de entes governamentais

em agendas sobre o tema. Foram encaminhadas manifestações e recomendações ao Ministério da Saúde sobre as pesquisas nas áreas indígenas, medicamentos, fortalecimento dos distritos, organização da FUNAI, saneamento e, ainda, foram solicitados esclarecimentos sobre a segurança alimentar dos povos indígenas.

A indignação com o fato da violação do direito à saúde ser denunciado constantemente no conselho fazia com que os conselheiros demandassem uma ação consistente por parte do Ministério da Saúde. O vínculo dos trabalhadores da saúde indígena também entrou em discussão, na época 33 mil profissionais era terceirizados, o que, na avaliação do plenário, não contribuía para a organização do modelo de atenção à saúde indígena.

Os dados apresentados mostravam que havia um aumento da natalidade e uma redução da mortalidade. Entre os anos 2000 a 2006, a mortalidade infantil indígena teve uma redução de 34,8% e o percentual de pessoas com esquema vacinal completo passou, de 2006 a 2007, para 63,2%. Além disso, um conselheiro apresentou preocupação com as medidas voltadas para as doenças crônico-degenerativas entre os povos indígenas e, também, sobre a saúde do homem indígena, tão pouco debatida.

A FUNASA se manifestava favorável à autonomia dos DSEIs, porém colocava a necessidade de uma estrutura organizativa e administrativa que fosse capaz de apoiá-la. O representante da FUNASA tratou da importância que identificava na inserção de novas tecnologias na saúde indígena e que haviam convênios com universidades buscando a cooperação técnica sobre isso. Sobre as constantes denúncias sobre o serviço prestado aos indígenas colocou que haviam sido abertos processos para apuração bem como auditorias em que os resultados foram encaminhados a Controladoria Geral da União.

Foi comunicado ao conselho que seria realizado o Seminário Nacional de Saúde Indígena na região norte do país e os conselheiros colocaram a importância de que fosse contemplado um curso de informação e comunicação em saúde para o controle social. A FUNASA, também, apresentou neste ano que seriam realizadas oficinas regionais dos modelos de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e solicitava que o CNS estivesse representado.

Um estudo em duas comunidades Xavantes, no Mato Grosso, apresentou dados interessantes e comparativos de duas aldeias: uma próxima da cidade e outra distante. Os

resultados do estudo apresentaram que apesar das mesmas características genéticas a diferença de alimentação e contato levavam a um perfil diferenciado de saúde e adoecimento e mostravam que na aldeia mais próxima da cidade havia trinta vezes mais doenças quando comparada com a outra.

Havia um desconforto por parte de alguns conselheiros, os quais sempre retornavam com a discussão no plenário com relação à transferência da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Junto a isso questionavam de que forma era feita avaliação da eficiência das ações e programas da FUNASA. A existência de um sistema de informação específico da saúde, paralelo a todos os demais sistemas de informação em saúde, foi colocada como uma dificuldade para o adequado acompanhamento e fidedignidade dos dados e informações da saúde indígena. Foi apresentado que apesar do gasto *per capita* com a população indígena ser três vezes maior do que com a população em geral, isso não vinha garantindo a qualidade dos serviços.

Expunha-se que os indígenas vinham se posicionando a favor do fortalecimento do subsistema de atenção à saúde indígena e que reivindicavam a criação de uma secretaria especial de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde. Uma conselheira manifestou que a saúde indígena não poderia seguir a estrutura logística do SUS, na sua integralidade, pois haviam especificidades que iam além disso.

No ano de 2008, as discussões sobre a transferência da saúde indígena para o Ministério da Saúde foram intensas e nos debates ficou claro que os indígenas se posicionavam a favor da criação de uma secretaria especial de saúde indígena, que havia uma preocupação com a autonomia dos DSEIs e que se chegasse a municipalização da saúde indígena. Em novembro desse ano foi realizado o seminário nacional “Desafios da Saúde Indígena: Gestão e Controle Social” que teve por intuito discutir essas questões e outras relativas à saúde indígena e modelo de atenção.

2009

Na apresentação sobre a Política Nacional de Humanização é questionado se essa política contemplava a população indígena. Então, um conselheiro respondeu que considerando a

perspectiva universal, a Política Nacional de Humanização incluía as “diferenças e as minorias” e com isso a população indígena estava contemplada.

Avaliaram positivamente o seminário nacional “Desafios da saúde indígena: Gestão e Controle Social” realizado em 2008. Neste evento, foi aprovada a transferência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde, com a criação de uma Secretaria Especial para tratar especificamente das questões indígenas. Na ocasião do seminário, os indígenas aprovaram também a instituição de grupo de trabalho para acompanhar a transferência e estruturação da nova Secretaria, para debater a autonomia dos DSEIs e realizar seminários regionais. A demanda pela criação de uma Secretaria Especial se firmava na ideia de que a saúde indígena não poderia ficar sob a responsabilidade dos municípios, conforme relatado nos discursos dos conselheiros. Um conselheiro afirmou que diante das peculiaridades dos povos indígenas, a saúde indígena talvez fosse o maior desafio do SUS.

Além disso, outras propostas foram colocadas pelo grupo como a realização de concurso público, a necessidade de refletir sobre a possibilidade de formação de profissionais para atuar especificamente nas áreas indígenas, reativar a portaria que cria o hospital “amigo do índio” e a proposta de promover debate com os 432 prefeitos dos municípios que possuem comunidade indígena no sentido de sensibilizá-los sobre a nova proposta de gestão da saúde indígena. O debate em torno da questão de saúde continuava intenso, assim como nos anos anteriores, mas identificava-se como essencial a discussão das questões intersetoriais entre elas a moradia, saneamento básico, água, transporte e comunicação.

O despreparo dos profissionais de saúde para o atendimento indígena dentro das redes de atenção à saúde, também, foi colocado como tema importante para debate na saúde indígena. A saúde bucal preocupava visto que garantir a atenção à saúde bucal estava em ter, entre outros pontos, a fluoretação das águas nas comunidades, o que não era possível em áreas indígenas.

Neste ano, as dificuldades do processo de transição da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde começaram a ser sentidas e o ponto mais marcante era a descontinuidade das ações de saúde indígena, o que ia contra o compromisso feito com os indígenas de que as ações estariam garantidas. No entanto, os representantes da FUNASA negavam essas descontinuidades e afirmavam que estavam sendo tomados todos os cuidados para que isso não acontecesse.

As dificuldades no campo da saúde indígena perpassavam dificuldades de gerir serviços considerando as características indígenas e das áreas indígenas, alguns conselheiros comparavam a situação indígena aos lugares do Brasil onde o SUS não havia chegado. Foi apontado que deveria ser considerado, ainda, que muitos municípios eram “inimigos iminentes dos índios” devido à disputa territorial e que a saúde perpassava não só o acesso a terra, mas diversas outras questões. Em contraponto, conselheiros colocavam que havia situações em que o acesso às aldeias era dificultado pelos próprios caciques, porém não foram feitas explicações sobre os casos. Alguns conselheiros traziam com frequência que tratar a questão indígena era defender a soberania nacional, avaliar a entrada de organizações estrangeiras nas áreas indígenas e reconhecer os determinantes sociais de saúde.

O descontentamento com a forma como estava se dando a transição da responsabilidade da saúde indígena gerava uma pressão sobre o andamento do processo de criação da Secretaria Especial. A resposta dada pelo Ministério da Saúde para isso foi que a dependência dos trâmites dentro do Congresso Nacional. O Ministério identificava como essencial que o grupo de trabalho acompanhasse a situação considerando o impacto no modelo de gestão da saúde indígena.

Um conselheiro colocou que o CONASS e o CONASEMS tinham preocupação com a política de saúde indígena, por isso, ele via como importante a participação dos gestores municipais no encaminhamento dessa política. Em contraponto, outro conselheiro manifestou que nem estados e nem municípios se envolvem na questão da saúde indígena, por isso, era importante a participação do CONASS e CONASEMS para reverter essa situação.

Neste ano, foi decidido que a saúde indígena deveria ser retirada como pauta permanente do CNS e ser pautada de acordo com a demanda. Assim, considerando assunto pertinente à organização do CNS, um conselheiro questionou sobre como ficava a situação das entidades de organização indígena, tendo em vista que as duas entidades indígenas que compõem o CNS não atingem um terço do Estado brasileiro. Em resposta, o presidente do CNS, na época, explicou que não haviam ocorrido mudanças nos critérios e que a representação dos povos indígenas estava contemplada de acordo com esses critérios.

Em meio a todas as mudanças e denúncias sobre os problemas na saúde indígena, continuavam chegando ao plenário do CNS questões relativas à alta incidência de hepatite B, malária, hanseníase e tuberculose, a má gestão de recursos, a descontinuidade das ações, a

precariedade de estrutura física e escassez de pessoal, as péssimas condições de trabalho nas áreas indígenas, a falta de investimento em recursos humanos, a interferência política na gestão dos DSEIs e as dificuldades quanto à questão fundiária.

Por fim, a CISI apresentou recomendações para que os deputados federais se colocassem contra dois projetos de lei que dispunham sobre o combate de práticas tradicionais e sobre crianças indígenas, os quais afetavam os modos de viver indígena. Apresentou recomendação para que a gestão e estruturação do SIASI e dos demais sistemas de informação em saúde estabeleçam estratégias de cooperação técnica a fim de garantir que aspectos como a identificação étnica seja contemplada e sirvam como variáveis de conexão do SIASI com os demais sistemas.

2010

O plenário considerou importante a avaliação das políticas já aprovadas pelo CNS, entre elas a política de saúde indígena. Junto à necessidade de avaliação, a necessidade de estreitar relações intersetoriais para um debate amplo também se colocava como importante.

Foi colocado no plenário, que a política indígena assim como outras visavam à equidade e que a ideia de dar mais a quem tem menos ainda apresentava dificuldade de pactuação, visto que os gestores sentem dificuldades de implantá-las justamente pelo caráter intersetorial que elas apresentam. Porém, um conselheiro que colocou que na história do SUS houve uma ausência do princípio da equidade.

Um conselheiro indígena apresentou problemas na saúde indígena e afirmou que as políticas deveriam ser pensadas com os indígenas, respeitando mais a questão indígena. Reivindicava a criação da Secretaria Especial e o fortalecimento do controle social.

Foi colocado que a transferência da saúde indígena para o Ministério da Saúde respeitaria as determinações da lei 9836/99 e que o Ministério da Saúde promoverá a articulação com estados e municípios e que o acesso dos indígenas ao SUS deveria ser garantido. Os indígenas se manifestavam reafirmando que o que queriam era a operacionalização do sistema, das leis e direitos que tinham assegurados.

O tema sobre a violência contra a mulher indígena foi debatido no plenário e o entendimento era que deveria ser trabalhada mudanças de mentalidade com relação à interação

entre as mulheres indígenas e profissionais de saúde, mas também o seu papel dentro das comunidades indígenas. E de modo geral, apontou-se que o trabalho na saúde indígena deveria ter atenção especial ao acesso desses povos à saúde e sempre retornava a discussão e a necessidade de rever o papel dos municípios e estados com a saúde indígena.

Quanto ao modelo de contratação de recursos humanos para saúde indígena, havia um entendimento de que deveriam ser criados critérios próprios, com vistas às especificidades. Diante de uma série de problemas e questões e que ainda não havia sido criada a Secretaria Especial, o CNS assumiu o compromisso de se empenhar em favor da criação da mesma.

Neste ano, muitas das recomendações da CISI reafirmavam o compromisso democrático e importância da promoção da participação indígena, além de reafirmar o seu posicionamento a favor da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

A saúde bucal era uma pauta que exigia diferentes esforços pela necessidade de tratamento da água disponível aos indígenas e pela enorme demanda reprimida, principalmente quanto ao acesso a próteses dentárias. A avaliação era de que a criação da Secretaria Especial poderia contribuir para que se pensasse uma política específica de saúde bucal indígena.

O plano de trabalho da CISI foi apresentado e previa a realização da quinta conferência nacional de saúde indígena, o fortalecimento do controle social, acompanhamento da estruturação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, realização de oficinas de avaliação da saúde indígena, acompanhamento e monitoramento das ações de saneamento, bem como das ações de capacitação de profissionais e ações de segurança alimentar e desenvolvimento sustentável dos povos indígenas.

O plenário fez menção a diversos temas dentro da saúde indígena como a necessidade de políticas que contemplem os trabalhadores indígenas, da hanseníase nas áreas, do acesso dos indígenas ao cartão SUS, a demanda por capacitação dos AIS e AISAN e ainda das pesquisas dentro das áreas indígenas. Muitos temas eram pontuados, porém nem sempre o debate avançava no âmbito do plenário.

Neste ano, o CNS foi informado sobre o projeto de lei de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena e que o Ministério da Saúde teria até outubro de 2010 para se manifestar sobre a criação dessa secretaria. O plenário recomendou ao Ministério de Saúde que formalizasse um

plano de transição com definições de responsabilidades de modo a garantir o andamento da saúde aos povos indígenas.

Contudo, a necessidade latente de pactuar caminhos intersetoriais bem como combate as desigualdades, estigmas e estereótipos a partir dessa interação era entendida como uma estratégia que deveria ser intensificada.

2011

O problema do acesso aos serviços foi apresentado ao plenário, os conselheiros discutiram sobre o que significava pensar o acesso e na leitura realizada isso implicava entender a saúde como direito, com centralidade na cidadania que desafia o modelo burocrático que envolve o SUS. As falas afirmavam que pensar o acesso era um desafio e implicaria em considerar as iniquidades e construir mecanismos para superar barreiras.

Apresentaram uma proposta de os movimentos sociais se articularem junto ao Congresso Nacional e instituições intrasetoriais e intersetoriais para pautar a necessidade de políticas sociais específicas em diferentes áreas. Os representantes indígenas levantaram a preocupação com a manutenção das ações de saneamento nas áreas indígenas e o plenário se manifestou sobre a necessidade de criação de uma política de tratamento de água e saneamento nas áreas indígenas.

Os conselheiros questionavam de como avançar na intrasetorialidade e intersetorialidade principalmente nos temas relacionados à atenção básica. Um conselheiro afirmou ser importante ter a atenção básica como central e questionava como garantir a intersetorialidade considerando o papel desencadeador e mediador das ações intersetoriais pela atenção básica, mas com a sua governabilidade limitada para o enfrentamento de problemas sociais. Um das propostas colocadas frente a esses questionamentos é que isso se daria com o fortalecimento dos espaços institucionais de controle social, potencializando-os como espaços políticos e técnicos com capacidade de repensar o SUS.

Foi debatida a relação entre a vulnerabilidade e a complexidade da situação de saúde dos indígenas e outros grupos específicos como, por exemplo, a população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e outros. A falta de subsídios dos sistemas de notificação e informação sobre essas populações não permitia a tomada de decisão em tempo oportuno de

problemas como a AIDS e a tuberculose, por exemplo. Havia uma preocupação em deixar claro que a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deveria se dar de forma articulada com o SUS.

O saneamento e as pesquisas nas áreas sempre eram apontados durante as discussões. Um representante indígena aproveitou as discussões para questionar diretamente sobre as ações de combate ao uso de álcool e outras drogas nas regiões de fronteira com terras indígenas, considerando o alto consumo dessas drogas pelos indígenas.

A SESAI foi apresentada ao plenário pelo secretário, afirmava-se que ela nasceu com a missão de promover atenção integral, com qualidade, resolutividade e humanizada aos povos indígenas. A criação desta secretaria gerava uma reestruturação do subsistema que já podia ser sentido após um ano de sua criação. Foram apresentadas a situação da saúde indígena na época e do novo modelo de gestão descentralizado, que atendia a reivindicações dos povos indígenas. Sobre a informação em saúde, tão questionada nos anos anteriores, a estratégia apresentada era de fortalecimento dos sistemas de informação e dos processos de monitoramento e avaliação e como estratégia se previu a vinculação do SIASI ao DATASUS, a implantação do cartão SUS, entre outros. A SESAI deu continuidade às ações e programas implantados nos DSEIS, mas considerava importante que o modelo de atenção ocorresse a partir das linhas de cuidado integral. Ressaltou que apesar das conquistas, ainda, não havia sido possível avançar como esperado no primeiro ano de criação da SESAI e que a participação indígena era essencial para se continuar avançando.

Os indígenas manifestaram que a criação da SESAI foi uma reivindicação deles, mas que tinha receio de que a SESAI cometesse os mesmos equívocos na forma de gestão da saúde indígena e pediam que fosse garantida a participação indígena para pensar a saúde indígena. Entendiam que a garantia de participação deveria se dar nas três esferas de gestão e evidenciavam que no entendimento indígena a saúde não se resumia ao cuidado com disponibilização de medicamentos, mas que envolvia outras dimensões como meio ambiente, alimentação, moradia digna e comunicação. A avaliação foi de que as ações realizadas pela SESAI estavam de acordo com a reivindicação dos povos indígenas como a autonomia dos DSEIS, incorporação dos recursos que eram repassados às prefeituras ao orçamento da SESAI, execução de ações de saneamento e fortalecimento do controle social. Ao mesmo tempo, os conselheiros ressaltavam

que apesar dos avanços crianças e mulheres indígenas continuavam a morrer por falta de atendimento, a situação das CASAIs era crítica e havia ausência de profissionais.

Em resposta, o representante da CASAI afirmou que um ano, ainda, era muito pouco para reconstruir o subsistema considerando sua complexidade. E que era preciso definir parceria e integração com CONASS e CONASEMS e outras áreas para alcançar as metas da saúde indígena. Afirmou que não deveriam repetir os erros do modelo de gestão anterior e reconhecer que o Estado ainda não possuía mecanismos suficientes para responder ao princípio da equidade e criar as condições necessárias para garantir os direitos indígenas. O entendimento era que, para se alcançar isso, seria importante dar voz aos indígenas e entender suas reais necessidades.

2012

As pesquisas, o saneamento e saúde bucal sempre eram citados nos debates sobre a saúde indígena no plenário do CNS. Iam se acumulado a outras discussões como a alta incidência de sífilis em indígenas, uso abusivo de álcool e outras drogas, mortalidade materna e infantil, gravidez precoce e, de modo geral, os sérios problemas de saúde mental que evidenciavam a baixa capacidade de articulação intersetorial do Estado. Questões como o impacto dos agrotóxicos e a necessidade de formação profissional para atuação em contexto intercultural, também, iam se acumulando como pontos que precisavam ser vistos a luz da saúde indígena.

Foi apresentado o repúdio dos indígenas à proposta de emenda constitucional 215 (PEC 215) que atribui competência exclusiva ao Congresso Nacional pela demarcação de terras indígenas, quilombolas e unidades de conservação e, também, à Portaria da AGU nº 303 que também trata da demarcação e uso de terras indígenas, por entenderem que as duas propostas representam prejuízos aos indígenas.

Considerando que as reivindicações dos indígenas eram necessidades humanas, elas evidentemente exigiam políticas intersetoriais. Foi questionado, ainda, sobre como se dava a relação com as políticas de âmbito municipal. Com relação a isso um representante indígena conclamou que o CONASS e o CONASEMS contribuíssem para avançar no acesso as ações de atenção básica prestada pelos municípios.

Foi apresentado, em plenário, a dificuldade de acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade, considerando a questão um “nó” na gestão. O debate iniciado sinalizou que para o alcance de uma atenção integral é necessário o envolvimento dos municípios e estados.

Algumas considerações foram feitas sobre a forma de abordagem na “comunicação” entre as medicinas tradicionais e o modelo biomédico, os temas de planejamento familiar, a relação entre homem e mulher, visto que eram questões que envolviam fortemente os hábitos tradicionais.

Considerando a situação da saúde indígena, a CISI fez algumas recomendações de que a SESAI promovesse ações da atenção básica de forma efetiva e garantisse a continuidade das ações de saúde nas áreas; que tornasse os sistemas de informação para a saúde indígena de acesso público imediato, por considerar a importância da análise da situação de saúde indígena por diferentes atores, contribuindo para a qualificação do sistema e dando maior visibilidade as iniquidades, além do planejamento, monitoramento e avaliação das ações com base nas informações de saúde; e ainda, apoiar e estimular a integração do subsistema com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS.

Por fim, mais uma vez é repetida uma discussão de anos anteriores sobre o “Brasil real” e o “Brasil legal”, apontando que os indígenas estariam sentindo fortemente isso uma vez que os órgãos de controle vinham sistematicamente desconsiderando as especificidades indígenas.

2013

A avaliação da situação da saúde indígena é constante no plenário do CNS e desta vez ficava reconhecido que, mesmo com a criação da SESAI, ainda haviam dificuldades de implementação de ações de saúde nas áreas visto que o modelo de atenção à saúde não conseguia alcançar a diversidade indígena nem a diversidade do país. Havia uma preocupação com o clientelismo na política de saúde indígena e uma indignação com o baixo padrão de qualidade da saúde indígena.

Colocações foram feitas indicando que para avançar na saúde indígena era necessário realizar uma instrumentalização legal para o diálogo, construindo diretrizes políticas mais

equânimes. O entendimento era de que o subsistema deveria ser fortalecido respeitando a diversidade. Entre as ações pensadas para isso estava a construção de agendas permanentes com conselhos estaduais, municipais e distritais de saúde indígena.

A violência constante contra os povos indígenas entrou em discussão e foi afirmado que essas questões deveriam ser levadas para o debate da Conferência Nacional de Saúde Indígena e, ainda, a preocupação com a tramitação de projetos no Congresso Nacional que poderão trazer prejuízos aos povos indígenas.

Neste ano, a CISI fez diversas recomendações a diferentes Ministérios e órgãos com intuito de contribuir com a melhoria das condições de vida nas áreas indígenas. Um das recomendações feitas ao Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, SESAI e FUNAI era a construção de ações conjuntas imediatas para enfrentar o avanço do tráfico e do consumo de álcool e outras drogas introduzidas nas áreas indígenas.

Na fala de uma conselheira, ela expôs que, em seu entendimento, o movimento indígena havia sido o segmento dos usuários que tinha obtido uma resposta mais concreta na luta pela garantia do direito à saúde, mas que pouco havia se avançado. A conselheira continua afirmando que a SESAI era uma aposta para conseguir responder de forma efetiva aos problemas da saúde indígena, mas que era preciso repensar o modelo de atenção à saúde com finalidade de considerar a dimensão cultural dos povos indígenas. Completou dizendo que a vulnerabilidade em que se encontravam os povos indígenas era resultado da ausência e omissão histórica do Estado. Neste ano, uma deputada, também, fez uma fala importante no plenário do CNS representando a Frente Parlamentar de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana. Ela afirmava que vinham pautando a questão indígena no Congresso Nacional com intuito de romper com o etnocídio no país. A fala da deputada frisou a importância da saúde por seu papel articulador de todas as políticas públicas e da importância da questão indígena, que historicamente tem como centro a discussão fundiária.

O CNS fez uma discussão sobre “25 anos do SUS e a política diferenciada da saúde indígena” em que foram feitas algumas análises sobre a conjuntura da saúde indígena tanto por convidados quanto por indígenas que se fizeram presentes. Nesse contexto, avaliou-se que a criação de instâncias diretas de participação e o protagonismo indígena contribuíram para novas relações de poder na governança democrática, mas que não deixaram de apresentar conflitos. Assim, o entendimento exposto é de que há diversos tipos de protagonismo indígena, em que o

controle social é um deles, mas que não deve se reduzir somente ao controle social, e que se tinha conhecimento de que a participação era um instrumento político para a conquista de direitos.

As reflexões propostas nesta mesa trouxeram mais elementos ao debate quando propôs pensar a participação a partir: da aquisição de competência, que dizia respeito ao avanço na competência discursiva, do manejo de números, legislações e outros; da influência nas políticas de governo; e das melhorias nas condições de saúde. Entre outros questionamentos, foi apresentado ao plenário em que medida os sucessos políticos se traduziam em melhorias na situação de saúde dos indígenas e a conclusão era de que isso, ainda, era muito lento. Conselheiros se manifestaram afirmando que nenhuma política no país teve tamanho protagonismo da população como tantas conquistas como a saúde indígena na definição do modelo de atenção à saúde. Os 25 anos de SUS foram lembrados com a participação ativa dos indígenas, pelas denúncias, reivindicações e propostas. Foi colocado que é preciso avançar no debate e construir um consenso sobre o que é a atenção diferenciada proposta na legislação.

Conjuntamente com as denúncias da má qualidade da assistência e de problemas na saúde indígena, os apontamentos foram de que a situação indígena era caótica e deficitária e que estava em curso no país um genocídio indígena. O fortalecimento de instituições como FUNAI era visto como ponto importante para a melhoria dessa situação, bem como a construção de uma política pública intersetorial mais efetiva, concreta e diferenciada. A intersetorialidade era vista como uma forma de alcançar a integralidade.

A situação da média e alta complexidade continuava aparecendo entre os principais problemas e a relação com os gestores municipais também. Alguns apontamentos foram feitos no sentido de que a problemática da média e alta deveria ser entendida como reflexo dos problemas na atenção básica e no modelo ainda curativista e com pouca prática em promoção e prevenção à saúde.

Enquanto isso as representações indígenas se diziam a disposição para construir conjuntamente ações para melhoria da situação de saúde. Os representantes indígenas solicitaram o apoio do CNS para a discussão da questão agrária e a presidência do CNS colocou a importância de discutir a questão étnica e agrária pensando políticas sociais capazes de responder as especificidades dos povos indígenas. Outros conselheiros colocaram a invasão dos territórios indígenas e a inserção de hábitos não indígenas como prejudicial ao modo de vida tradicional.

O então secretário da SESAI colocou que entendia que uma das tarefas do CNS era conhecer a realidade indígena no âmbito dos estados e municípios levando o entendimento de que o indígena é parte do SUS.

O CNS fez recomendações sobre a demarcação de terra, em especial a suspensão da tramitação da PEC 215, ao CONASS e CONASEMS que se movimentassem para que o atendimento indígena fosse garantido e as especificidades fossem respeitadas e ao Ministério da Saúde recomendou a definição de mecanismos para a garantia da transparência na aplicação dos recursos da saúde e da definição de estratégias para a solução dos problemas nas áreas indígenas. Também, foram feitas recomendações aos CONDISI para que ampliassem as ações de controle social.

Entre as muitas demandas trazidas ao plenário do CNS, foi solicitada a revisão da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) a fim de contemplar as especificidades dos povos indígenas. E haviam questionamentos por partes dos indígenas de como viabilizar as respostas às demandas já apresentadas durante as etapas distritais da conferência nacional, que já vinham ocorrendo, entre elas a de garantir a média e alta complexidade nas comunidades maiores.

Para a etapa nacional da conferência de saúde indígena, entre os temas estavam a dificuldade de acesso ao SUS, mais especificamente a relação entre SUS e o subsistema; os determinantes sociais em saúde e a intersetorialidade; segurança alimentar e nutricional; demarcação de terras e sustentabilidade; saneamento e a mortalidade infantil; os índios aldeados e não aldeados; entre outros. O tema da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi o “Subsistema de Atenção Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade Atenção Diferenciada”.

2014

Sobre a desnutrição, o entendimento caminhava no sentido de entender que havia a necessidade de focalizar nas iniquidades em saúde voltadas para população específicas, entre essas os indígenas. Os óbitos infantis preocupavam e as causas iam da qualidade da assistência ao parto até as condições socioeconômicas, a discriminação étnica e racial e isso ficava visível quando se observava um aumento de mortes maternas na população indígena.

Neste ano, o ministro da saúde apresentou a proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI) e afirmou que a intenção era ouvir sugestões de aperfeiçoamento da proposta conjuntamente com a sociedade. Explicou que o Ministério do Planejamento e o Ministério da Saúde vinham trabalhando em uma proposta para a saúde indígena que havia sido intensificada considerando as deliberações da V CNSI, frisou ainda que se tratava de uma proposta do governo federal, não apenas desses ministérios.

A apresentação foi de que a criação do INSI era uma estratégia de aprimoramento da SESAI que impactaria positivamente no marco legal, na definição da política pública para o setor, nos diferentes tipos de recursos e também no controle social. Apontou ainda que apesar de todos os avanços, ainda, haviam diversos problemas na saúde indígena que os serviços e ações não vinham conseguindo suprir.

De acordo com o ministro, a proposta de criação do INSI dialoga com várias determinações da V CNSI. Explicou que a SESAI é responsável pelo planejamento, elaboração e monitoramento da política de atenção à saúde dos povos indígenas e que o que já existia seria potencializado. O instituto, por sua vez, seria responsável pelos serviços de saúde, edificações, saneamento, infraestrutura e logísticas necessárias ao bom funcionamento da saúde indígena. O instituto seria uma entidade paraestatal que atua com cooperação com o Estado e com metas e níveis de serviço pactuados por meio de contrato de gestão. Entre as vantagens geradas pela criação estava o modelo de contratação de pessoas com perfil necessário à saúde indígena, a prestação de serviços de acordo com as condições e complexidades locais; agilidade nas contratações de insumos, bens e serviços de apoio a saúde e saneamento e inclusão dos indígenas na prestação de serviços. As atribuições do instituto: atenção básica à saúde aos povos indígenas; ações de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena; ações de educação em saúde e de saneamento ambiental em terra indígena; operacionalizar os protocolos de referência saúde indígena; articular regionalmente com o SUS, para ações de média e alta complexidade; prover a infraestrutura e logística necessárias ao desenvolvimento de suas ações; e apoiar as ações de fortalecimento do controle social. Uma das principais mudanças propostas com a criação do instituto era a criação de mais dois DSEIS, totalizando 36 e também a mudança na competência dos distritos que passaria da formulação da política para apenas a execução.

Após a apresentação, vários conselheiros se manifestaram a favor da criação do instituto, mas muitos colocaram algumas questões contrárias. Um conselheiro indígena apresentou que as organizações indígenas tinham se debruçado sobre a proposta e que dos 34 CONDISI, 29 haviam aprovado a proposta. Alguns dos argumentos contrários colocavam que seria uma forma de privatização do SUS e por representar uma fragmentação e fragilização do SUS.

A CISI informou que havia realizado oficina com controle social indígena, organizações e movimentos indígenas, trabalhadores, gestores e conselheiros nacionais sobre a proposta do INSI. Também, deu recomendações específicas ao Ministério da Saúde sobre segurança alimentar e nutricional nas áreas indígenas.

Contudo, algumas discussões foram feitas sobre desigualdade, frisando que ainda existem segmentos invisíveis do ponto de vista étnico como os indígenas. O debate colocou que as políticas públicas não politizam a dimensão da integralidade. Os dados apresentados durante a discussão mostram que a mortalidade indígena reflete muito sobre esse processo considerando que é três vezes maior que o coeficiente não indígena.

2015

Foi apresentado ao plenário que com o Programa Mais Médicos - programa que compõe um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS - os 34 DSEIs passaram a contar com pelo menos um profissional médico. Um conselheiro indígena colocou que os indígenas sentiram as melhorias na atenção básica com o programa. Além disso, foi colocado que houve aumento nos investimentos em medicamentos, ampliação no acompanhamento nutricional das crianças indígenas, capacitação de trabalhadores da saúde indígena em temas como a redução da mortalidade na infância.

O CNS fez algumas recomendações entre essas a de que o Senado Federal rejeitasse o projeto de lei que tratava do infanticídio indígena. A recomendação colocava, entre outros, que os dados com relação à violência contra crianças e jovens demonstravam que não havia qualquer estatística com maior incidência de casos de infanticídio, homicídio ou maus tratos por parte dos povos indígenas; apresentava que os indígenas (notadamente reconhecido em estudos acadêmicos) dedicam cuidado as crianças e velhos, que possuem papel importante na vida

comunitária; e afirmavam que a proposta não se embasava em dados e fatos, mas na reprodução de estereótipos preconceituosos.

As constantes denúncias feitas sobre o desrespeito aos direitos indígenas, bem como a outras populações específicas, foi lembrado. Assim, um conselheiro indígena questionou “O que é direito humano à saúde, de fato?” e continuou dizendo que, para o indígena, isso significa a garantia do direito à terra, água potável, saneamento, alimentação e respeitar a cultura e os costumes indígenas.

O plenário do CNS se ocupou de uma extensa discussão sobre o Congresso Nacional e como sua atuação em várias situações ia contra aquilo que o conselho propunha e recomendava. Nesta discussão, a PEC 215 foi citada como exemplo de que mesmo com diversas manifestações contrárias ela continuava tramitando dentro do congresso. Assim, os conselheiros discutiram que apesar da importância das notas e recomendações produzidas pelo CNS elas não tinham o poder de mudar a posição parlamentar visto que a questão política se sobrepunha.

Foi solicitado ao CNS e especificamente a CISI a indicação de três representações (sendo 2 vagas para membros da CISI) para compor o grupo de trabalho para revisar a Política Nacional de Saúde Indígena.

A PEC 215, novamente, entrou em discussão, o debate era de que ela representava uma afronta a história indígena, que se a Constituição Federal tivesse sido cumprida todas as terras indígenas já deveriam estar demarcadas e os conflitos e mortes indígenas não estariam em curso. Entre as propostas estava a de que o CNS passasse a usar melhor a Frente Parlamentar em defesa do SUS, que existe dentro do Congresso Nacional.

O secretário da SESAI foi questionado sobre o motivo pelo qual não havia sido publicado o relatório impresso da 4ª CNSI, ele, então, explicou que a publicação seria feita via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que distribuiria 10 mil exemplares impressos além de versões digitais.

Um conselheiro indígena fez algumas colocações afirmando que houve alguns avanços, mas que os indígenas assim como ribeirinhos, quilombolas e outras populações ainda são oprimidas no SUS, afirma que a questão indígena tem uma maior visibilidade. O discurso desse conselheiro indígena frisou a importância da terra. Algumas denúncias foram feitas com relação à violência sofrida pelos povos indígenas na disputa fundiária, o que levou o CNS a encaminhar

recomendação ao governo para que o Ministério da Justiça continuasse mediando os conflitos de terras indígenas.

Por fim, um convidado fez afirmações sobre a situação do SUS e da saúde indígena e explanou que fazer política se tratava de ter uma correlação de forças, que o modelo de atenção à saúde avançou, mas que o modelo de gestão não acompanhou em mesmo ritmo os avanços. Questionou de como seria possível unificar e manter as singularidades e quanto à equidade disse que sua construção dependia do controle social devido ao desrespeito e desigualdade de poder com que indígenas, negros, mulheres e outras populações ainda sofria. Além disso, grande parte das discussões deste ano eram os temas principais que também haviam sido discutidos nos anos anteriores, mas um questionamento referente à saúde indígena ficou em aberto: como anda a proposta de criação do INSI?

3.2. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena: algumas considerações

A primeira conferência realizada para tratar da saúde indígena foi denominada 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e aconteceu em 1986, pouco depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Não foi encontrado o relatório dessa conferência, no entanto sabe-se que as principais demandas foram: a criação de um órgão para gestão da saúde indígena, a garantia da participação indígena na formulação da política de saúde e o modelo de atenção à saúde indígena, de modo geral⁹⁷. Apesar de ter sido uma discussão sintética foi o primeiro evento de caráter nacional discutindo a saúde dos povos indígenas. Isso se deu devido ao momento histórico que o país vivia e o retorno da democracia. No entanto, havia, também, uma falta de consenso no movimento indigenista de saúde⁹⁸. No caso do movimento indígena, pode-se falar que existem movimentos indígenas no plural, não há uma ênfase na unidade entre esses, mas sim nas especificidades locais como demandas políticas diversas.

Em 1993, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, como parte da IX Conferência Nacional de Saúde. O objetivo dessa conferência, de acordo com o

relatório produzido, foi definir diretrizes da política nacional de saúde para os povos indígenas e buscar a consolidação das demandas da primeira conferência nacional realizada sobre esse tema.

Nesta ocasião, dois pontos foram bem debatidos, primeiro, foi definir as características do modelo assistencial que se queria para a saúde indígena e os recursos humanos. No que se refere ao modelo assistencial, identificou-se que grande parte do que foi debatido nessa conferência foi traduzido no texto tanto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas quanto na legislação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Além disso, no relatório da II Conferência consta que o Ministério da Saúde deveria garantir quotas específicas de autorização de internação hospitalar para os indígenas, o que é uma discussão muito atual considerando todos os entraves que se apresenta na atenção especializada. Sobre os recursos humanos foram debatidas a formação, a contratação, o perfil e as condições de trabalho e, também, a formação continuada que deveria envolver profissionais de secretarias estaduais e municipais e não apenas os profissionais específicos da saúde indígena. Além desses temas, a segunda conferência discutiu especificamente a importância dos AIS, os sistemas tradicionais de saúde, o papel das instituições de ensino e pesquisa e o controle social. A II CNSI deixou clara a recusa dos indígenas a municipalização da saúde indígena⁹⁸.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorreu em 2001 e tratava sobre: o reconhecimento do modo de vida indígena; a priorização das ações de promoção da saúde e prevenção; a questão fundiária e sua ligação com a saúde; o acesso à educação; a proteção da diversidade indígena; o combate ao preconceito e discriminação; e o protagonismo indígena. E os eixos de discussão foram: modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulação com o SUS; vigilância em saúde; estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, a síndrome de imunodeficiência adquirida e ao alcoolismo; fortalecimento do controle social; agentes indígenas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas; a hipermedicação e as práticas tradicionais; ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes envolvendo povos indígenas; e as comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos.

Para cada um dos eixos temáticos, foram elencadas propostas que deram lugar as moções aprovadas pela plenária final. Os eixos desta conferência foram os mesmos que constantemente e, ainda, recentemente retornam à discussão no plenário do CNS.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena aconteceu em 2006, com objetivo de avaliar a situação de saúde nos DSEIS e no SUS de modo geral. Foi organizada em cinco eixos sendo: Direito à Saúde; controle social e gestão participativa; desafios indígenas atuais; trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; segurança Alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável. As propostas das etapas locais e regionais da conferência somaram 5.431, sendo que 536 destas foram aprovadas em plenária.

Seguindo os eixos da conferência, o primeiro intitulado o direito à saúde contemplou a avaliação do subsistema, a organização da assistência à saúde, a intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde, os desafios epidemiológicos e a atenção nas regiões de fronteira. No segundo eixo, controle social e gestão participativa, as discussões foram sobre: avaliação da atuação dos conselhos indígenas, participação indígena nas esferas estadual, municipal e federal, capacitação continuada de conselheiros e modelos de gestão participativa.

No eixo seguinte “os desafios indígenas atuais”, contemplou a discussão sobre a atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos que demandam reconhecimento, ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde, respeito às práticas tradicionais de cura e autocura e estudos e pesquisas relacionadas aos povos indígenas. O eixo 4, referente aos trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde, versou sobre a avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento, avaliação da atuação das EMSI, avaliação da interação da FUNASA com instituições formadoras, estrutura da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas e formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena.

Por fim um último eixo se destinava a segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável e os temas tratados sobre isso foi: avaliação da demarcação, estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas, valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas e adequação de programas governamentais.

As discussões da IV CNSI foram muito intensas sobre cada um dos eixos citados, tanto que o relatório dessa conferência apresenta 280 páginas. Foram produzidas durante a IV CNSI, 25 moções. Cinco dessas foram, por exemplo: moção nº 1 – Apoio à Revisão imediata da

configuração dos distritos sanitários especiais indígenas; moção nº 5 – Apoio à participação de outros ministérios na responsabilidade da saúde indígena; moção nº 6 – Repúdio à estrutura da Divisão de Saneamento Ambiental nas coordenações regionais da FUNASA; moção nº 17 – Solidariedade aos índios desaldeados; moção nº 19 – Gestão compartilhada do Subsistema de Saúde Indígena do SUS para índios e não índios. Ressalta-se aqui essas moções, pois entende-se que elas representam muito da complexidade que se apresenta na saúde indígena e deixam bem evidente a recorrência de determinadas questões durante as travessias do controle social na saúde indígena durante os últimos trinta anos.

A V CNSI foi realizada em 2014 e conta com um relatório de 382 páginas de uma discussão densa do controle social em busca da mudança na política de saúde indígena. O primeiro eixo temático foi: atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo, com subeixos avanços e desafios para a atenção básica para os povos indígenas; avanços e desafios de média e alta complexidade para povos indígenas; avanços e desafios na área de recursos humanos para saúde indígena; avanços e desafios no financiamento para a saúde indígena; e avanços e desafios da gestão do subsistema de atenção à saúde indígena. O segundo eixo temático sobre controle social e gestão participativa teve um único subeixo denominado avanços e desafios para o controle social e a gestão participativa no subsistema de atenção à saúde indígena. Um terceiro eixo temático discutiu a questão do etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional com subeixo avanços e desafios para o etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas. O último eixo se dedicou a problemática dos avanços e desafios do saneamento e das edificações de saúde.

As discussões foram extensas e resultaram em 55 moções, ressaltamos no caso a moção número 7 que solicitou a criação de um DSEI específico para o estado do RS. Evidenciou-se essa moção considerando que a discussão aqui feita perpassa a realidade indígena no estado do RS. Essa moção é resultado de uma intensa discussão dos indígenas do estado que demandam a criação de um distrito no próprio estado considerando o tamanho da população existente e a dificuldade gerada pela gestão dos serviços ser feita por distritos com sede em estados vizinhos.

O próprio formato em que os relatórios das conferências foram produzidos reflete o amadurecimento da discussão sobre a saúde indígena e do controle e participação social na saúde indígena. Os primeiros relatórios vinham sintéticos, mas ao mesmo tempo representavam a busca

de um espaço para a questão indígena e já os demais relatórios são de uma densidade que mostra o fortalecimento do controle social no decorrer da história e o reconhecimento do seu forte potencial na mudança política.

Se observarmos os eixos de debates de todas as conferências e das discussões do CNS até o ano de 2015 veremos que as discussões e demandas se mantêm. Há questões que historicamente não se operacionalizam apesar dos diversos esforços, enquanto isso verifica-se que o controle social tem apresentado discursos tão consistentes que tem construído estratégias e apoiado mudanças alternativas, talvez no entendimento de que mesmo não sendo ideal atualmente seja possível construir travessias que chegaram a um ponto comum: a garantia e operacionalização do direito à saúde dos povos indígenas. No mais, identifica-se que o controle e a participação social oferecem aos gestores diversas possibilidades e aberturas a novas discussões que devem ser pensadas, tendo em vista os princípios do SUS, e que possibilitem se pensar instrumentos de gestão capazes de lidar com a lógica indígena.

Capítulo 4: Uma experiência na saúde indígena: entre o controle social e a gestão da política de saúde indígena

Este capítulo tem uma perspectiva de relato de experiência, o qual vivencio atualmente como gestora na área de saúde indígena. Em 2015, após ser aprovada no cargo de especialista em saúde do concurso público da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. No dia da posse, era possível indicar três locais ou áreas de preferência para a lotação, fiz as seguintes escolhas: saúde indígena, atenção básica e saúde mental, nessa ordem. Vale ressaltar que este concurso está entre os poucos já realizados no país que contemplou cargo específico para o bacharel em saúde coletiva. Eu havia formado em 2013 e ingressado no ano seguinte no mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Os demais colegas, bacharéis em saúde coletiva, se interessaram mais em compor a equipe específica da atenção básica e eu mantinha meu principal interesse na saúde indígena. Muitos colegas questionaram a minha escolha com relação à saúde indígena e eu alegava que era uma área que me interessava e que acreditava que poderia contribuir. Quando entrei em exercício, a saúde indígena não possuía mais uma equipe devido à troca de governo no estado, havia apenas uma estagiária. Devido à reorganização dos setores e identificada a minha experiência anterior com saúde indígena fui convidada a assumir a Coordenação Estadual de Saúde Indígena na função de coordenadora, contanto apenas com o apoio de uma estagiária. Foi uma experiência densa e, por vezes, desesperadora considerando a pouca experiência, os desafios de ser formada em uma área pouco conhecida no âmbito da graduação e pelo pouco conhecimento que tinha do estado do RS. Assim, a proposta deste capítulo é tratar de minha experiência como coordenadora da saúde indígena no estado do Rio Grande Sul, observando principalmente, a participação social dos indígenas e a maneira como se efetiva a saúde indígena nesse nível.

A experiência na gestão da saúde indígena mostra a distância entre as leis e políticas criadas e a efetivação das mesmas. Mesmo com todas as legislações que afirmam e reafirmam direitos dos povos indígenas existe um abismo entre elas e aquilo que se vivencia no interior do sistema. Os casos são diversos, as dificuldades de efetivação do direito à saúde dos povos

indígenas perpassam todos os níveis de atenção à saúde, permeadas por questões políticas, sociais e econômicas que se contrapõem as culturas e modos de vida indígena a todo momento. Não se pode negar que existem várias experiências importantes e garantidoras de seus direitos e que devem ser tratadas. Mas, infelizmente, as experiências que geram dor, sofrimento e, principalmente, ferem o direito à saúde e a dignidade humana são em números muito maiores.

Essa experiência se dá a partir do sul do Brasil, portanto, vem do trabalho com três etnias indígenas, Guarani, Kaingang e Charrua, durante todo o ano de 2015 e parte de 2016. Do ponto de vista de gestão, a experiência que relato vem de um contexto privilegiado comparado ao restante do país. O estado do Rio Grande do Sul é o único do país que apóia financeiramente as ações de atenção básica prestadas aos povos indígenas nos municípios do seu estado. Esse apoio financeiro representa uma contribuição para a saúde desses povos, mas, também, pretende dar visibilidade à temática dentro da estrutura do estado e corresponsabilizar pela atenção à saúde. O incentivo começou a ser repassado aos municípios, em 2003, por intenso diálogo da FUNASA e dos próprios indígenas, devido às altas taxas de mortalidade infantil a época e a falta de profissionais nas áreas indígenas. Quando foi criado, o incentivo servia para complementar os salários dos profissionais, para que se mantivessem em área para prover serviços e ações aos indígenas. Posteriormente, mesmo após a criação da SESAI e as reconfigurações dos serviços, o incentivo continuou sendo mantido, mas com uma nova destinação: para a qualificação da atenção básica prestada aos povos indígenas nos municípios. Os gestores estavam cientes da importância de se ter uma atenção básica fortalecida e do seu impacto nos indicadores e na situação de saúde dos povos indígenas, por isso, a importância de manter o apoio financeiro.

A Secretaria de Saúde do Estado tem direito a representação, como conselheiro no segmento destinado a gestores, em dois dos 34 CONDISI, o CONDISI Litoral Sul e CONDISI Interior Sul. Como representante do estado nesses dois espaços, durante o ano tive a oportunidade de participar ativamente apenas de um dos conselhos, por conta de questões organizacionais, tendo apenas os relatos feitos pelos próprios indígenas e por representantes gestores do outro. Vale ressaltar que os Conselhos Distritais são compostos por 50% de representação indígena e 50% por gestores e outros segmentos da sociedade.

As adversidades começam quando diversos dos representantes que compõem o segmento dos gestores, deixam de participar desse espaço de controle social tão importante para os povos

indígenas. Vários representantes de estados e do COSEMS não se fazem presentes nas reuniões com isso várias demandas dos indígenas deixem de ter encaminhamentos e deixem de ser ouvidas. Isso reflete a importância ou falta dessa que muitos estados e municípios dão à questão indígena.

A maneira como se organizam as reuniões é determinante e expressa nitidamente um espaço de poder que transforma o espaço de controle social numa instituição burocrática, minimizando seu papel e dando pouca voz aos atores. O papel do coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena é central para o rumo que se dá as reuniões e muitas vezes se sobrepõe aos coordenadores indígenas do conselho. Neste caso experienciado, o coordenador não participa durante toda a reunião, como fazem os demais conselheiros, tanto governamentais quanto indígenas, os quais deixam suas casas e territórios para se fazerem presentes. A alegação é que sempre há demandas que precisam ser resolvidas. Isso reflete nitidamente a importância que esses conselheiros dão ao espaço de controle social, sempre há algo mais importante. Também é reflexo do despreparo de muitas pessoas que estão e trabalham na saúde indígena.

Em uma ocasião, quando se discutia questões referentes ao saneamento, demandas que seguidamente os indígenas traziam ao plenário do conselho, profissionais do DSEI alegavam que os problemas não haviam sido solucionados por responsabilidade do nível central da SESAI e que não adiantaria explicar os motivos porque os indígenas não iriam entender. Revelando o preconceito e estigma que marcam os povos indígenas nas relações com os gestores. Pode-se imaginar na rede interligada do SASI e SUS como o racismo institucionalizado deve inviabilizar o acesso aos serviços e tecnologias de saúde.

A experiência na gestão da saúde indígena mostra em meio prático a distância entre o que encontrei como o Brasil legal e o Brasil real. Mesmo com todas as legislações que afirmam e reafirmam direitos dos povos indígenas, há um abismo entre essas e aquilo que se vivencia no interior do sistema.

Com relação ao estado do RS, os recursos repassados pela SES/RS para a saúde indígena sempre foram feitos por meio de Portarias, que se conformam como ação direta do Secretário de Estado da Saúde, não exigindo discussões anteriores nas instâncias de pactuação - Comissão Intergestores Regional (CIR), Conselho Estadual de Saúde (CES) ou Conselho Municipal de Saúde (CMS). A opção por esse recurso ser estabelecido por portarias e não por resoluções trata-

se de um movimento estratégico da SES/RS que reconhece a negação histórica desses povos, a tentativa de assimilação à cultura branca, do desrespeito e preconceito étnico e cultural contra os povos indígenas que contribuem para que suas demandas de saúde não sejam atendidas de forma integral e equânime, conforme princípios do SUS. A resolução é um ato pelo qual a autoridade pública toma uma decisão, impõe uma ordem ou estabelece uma medida. Diz respeito a questões de ordem administrativa ou regulamentar. Tem efeitos internos não estão sujeitas a controle preventivo de constitucionalidade. As portarias são atos administrativos contém instruções acerca da aplicação de leis e regulamentos.

Na estrutura do CES do RS, não há representação indígena e nos CMS a presença de conselheiros indígenas, também, não é uma realidade consolidada. Isso dificulta que sejam discutidas as demandas indígenas dentro desses espaços oficiais de controle social. Essa interação com os municípios é problemática e apareceu nas discussões do CNS conforme foi visto anteriormente.

O COSEMS constitui o rol de conselheiros nos CONDISI, no entanto essa participação nem sempre se faz presente e a existência de questões muito peculiares dos territórios, que acontecem no âmbito e sob a realidade de cada município nos leva a questionar a efetividade de se ter uma representação do COSEMS. Porém, compreende-se que no modelo de organização em que os DSEIs foram pensados seria inviável se ter no CONDISI representação de cada um dos municípios, pois significaria um grande número de conselheiros desse segmento tornando, talvez, esse espaço inoperante. Como possíveis estratégias para lidar com essa questão, observa-se que é essencial que as demandas indígenas estejam asseguradas nos CMS e que a representação do COSEMS nos CONDISI consiga levar para as bases as questões da saúde indígena propondo encaminhamentos e dando mais visibilidade a essa discussão também nesse espaço. Os municípios são espaços que se constituíram ao longo do tempo em extremo conflito com povos indígenas, fazê-los ser representados nas instâncias municipais é um desafio.

Quanto às experiências específicas da gestão estadual, os casos e realidades no cotidiano do trabalho são múltiplas. Começando os relatos pela estrutura interna da Secretaria de Estado da Saúde do RS a discussão sobre a questão indígena é feita apenas no âmbito da Coordenação Estadual de Saúde Indígena e em programas específicos como o Primeira Infância Melhor (PIM), que se compõe como uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral da infância.

O PIM possui um trabalho diferenciado nas áreas indígenas que buscou se adequar as especificidades indígenas, no entanto, para que o programa seja implantado nas áreas indígenas é preciso que os municípios realizem a adesão e com isso a realidade é que há um número muito pequeno de municípios com PIM nas áreas indígenas e diversos municípios que apesar de ter o PIM ainda não realizam a adesão nas áreas indígenas. Essa situação é reflexo conforme dito anteriormente, por vezes, da situação fundiária em que se encontram as comunidades indígenas, do preconceito, discriminação ou até mesmo do desconhecimento dessa realidade.

No âmbito da Coordenação Estadual, tem ficado cada vez mais nítida a necessidade de fortalecer as ações intrasetoriais, compartilhar o entendimento de que a realidade indígena precisa ser pensada em face as diversas políticas de saúde e se dialogar em lógicas diferenciadas que, por vezes, não estão refletidas nos textos das políticas setoriais e temáticas. Algumas políticas têm apresentado maior abertura para debater a saúde indígena frente a temas como saúde da mulher, saúde do idoso, alimentação e nutrição, mas deverão seguir longos caminhos para que se efetive a intrasetorialidade.

Observando essa lógica entre departamentos, o departamento em que a Coordenação Estadual de Saúde Indígena esta localizado é um departamento responsável, principalmente, pela atenção básica dentro da estrutura da secretaria. Considerando isso, a relação, do ponto de vista da discussão sobre a saúde indígena, com os demais departamentos que compõe a estrutura da SES/RS não se efetiva. Existem departamentos que estão dispostos em dialogar, porém não compreendem a complexidade e o quanto as especificidades dos povos indígenas influenciam nos processos, alcançando situações, por exemplo, em que se faz necessário que um sistema de informação seja repensado, de que a lógica com que os serviços se dão seja alterada, que os critérios dos processos internos sejam repensados a partir dos indígenas e não impostos aos indígenas e que os indivíduos tenham que mudar processos de trabalho e se atentar as relações para que seja possível garantir acesso dos indígenas a uma atenção diferenciada, integral e equânime. Há uma dificuldade de compreensão de que políticas gerais, sistemas gerais, processos gerais e tudo aquilo que se baseia numa uniformidade dos usuários não é capaz de contemplar as especificidades indígenas, o que dificulta o dia a dia da gestão estadual da saúde indígena. É importante colocar que há, também, aqueles que não entendem a questão indígena como prioridade.

Na estrutura da SES/RS há as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são espaços descentralizados que se encontram mais próximos dos territórios. Em cada um desses espaços existem referências regionais para a saúde indígena orientadas e apoiadas pela Coordenação Estadual que se encontra no nível central da secretaria. Dentre as diversas políticas de saúde que acontecem e devem ser trabalhadas dentro das coordenadorias regionais, observa-se que a questão indígena, bem como de outras populações específicas, não é prioridade. Além disso, o pequeno número de profissionais frente ao tamanho da demanda de serviço faz com que muitos profissionais não tenham condições de se apropriar das especificidades indígenas, de se fazer presente junto aos indígenas, o que é determinante para o bom andamento da saúde indígena em âmbito estadual. Falta motivação e propostas de diversificar as ações, de observar coletivos e não indivíduos indiferenciados.

Nesses casos, quando identificadas às dificuldades das referências regionais o nível central traça estratégias de apoio institucional para atuar junto as coordenadorias, o que tem surtido efeitos positivos. Entretanto, ainda há dificuldades de compartilhar o entendimento que todo o contexto em que essa população está inserida, sua realidade, hábitos, vulnerabilidades faz necessário que ela esteja entre as prioridades. Observa-se, ainda, que por se tratar de um tema que pode envolver conflitos com os municípios há um receio de efetivamente trabalhar a questão. Então, silenciam-se diante de grupos sociais que apresenta os piores indicadores em saúde conforme vimos anteriormente.

Quando observados os processos a partir dos níveis de atenção, identificamos que a atenção básica é a que mais tem disponibilidade de discutir a saúde indígena sob uma visão diferenciada, de tentativa de adequação e entendimento da realidade desses povos. Nos demais níveis de atenção, tanto secundária quanto terciária, há pouco espaço para as singularidades. A maior parte dos sistemas não contempla a realidade indígena, os processos são rígidos e com pouco espaço para uma discussão nessa perspectiva.

Apesar de haver um entendimento da coordenação estadual de que é preciso levar adiante a discussão de mudanças em sistemas específicos e também de mudança em processos de trabalho em todos os níveis de atenção, têm sido realizadas reflexões sobre o quanto já se amadureceu a discussão sobre preconceitos e discriminação. Acredita-se ser necessário compartilhar o entendimento que a necessidade de identificar formas de contemplar as

especificidades desses povos não pode servir para restringir o acesso ou reproduzir a discriminação contra os povos indígenas. Observa-se que essas discussões sempre que iniciadas sempre vem muito carregadas da ideia de privilegio e se afasta de proposta de equidade, que é o principal foco da política estadual e do SUS.

No que se refere à relação entre entes, entre o estado do RS com união e municípios, há diferentes situações. A relação com a união se dá principalmente pelo Serviço de Escritório Local do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul e pólos-base localizados no estado do RS, todos vinculados a SESAI, onde há uma relação de parceria e que busca a complementaridade da atenção à saúde. No que se pôde observar, o perfil dos profissionais que trabalham nesses serviços auxilia na criação e manutenção de fluxos e processos de trabalho compartilhados, pois, em sua maioria, são profissionais implicados com a questão indígena e muitos são indígenas, o que muda os processos de trabalho.

O constante diálogo com a SESAI e a proposta de trabalho em conjunto e entendendo o papel de cada ente na definição da política, possibilitou que no último ano, ambos tenham atuado numa mesma linha de trabalho, alinhado ao nível central da SES/RS tornando o processo mais coeso e com uma mesma finalidade. A SESAI tem mais abertura para o diálogo e se encontra disposta a sanar e compreender os problemas que o estado enfrenta.

Com os municípios, as relações são múltiplas, há experiências exitosas de construção dessa identidade do município em relação à saúde indígena e do que significa o papel complementar estabelecido na legislação. Porém, há municípios que a saúde indígena está inserida em meio as constantes manifestações de preconceito e discriminação. Alguns municípios são atuantes quanto à atenção à saúde dos povos indígenas, se organizam para que a Estratégia de Saúde da Família vinculada ao município realize ou se organize para atender os indígenas e atuar como parceiras das EMSI.

No entanto, há municípios no estado do RS que se negam a executar recursos repassados para a saúde indígena e a garantir acesso dos indígenas aos diferentes níveis de atenção à saúde para não contrariar grupos de agricultores e indivíduos que são contrários a presença dos indígenas nos municípios. Nesses casos os discursos circulam entre a questão fundiária e o preconceito e discriminação e o que se vê é o direito à saúde cerceado devido a isso. Alguns

argumentam que não querem receber os recursos para a saúde indígena, pois não querem reconhecer a presença de indígenas em seu território.

Em muitos municípios, observa-se o desconhecimento sobre a questão indígena, uma dificuldade de compreender qual o papel do município frente ao modelo de gestão da saúde indígena, a influência das especificidades na forma de acesso a diferentes serviços e ações de saúde, entre outros. Nesses casos, a atuação da SES/RS se dá por meio de estratégias de apoio institucional. As atuações da SES/RS junto aos municípios sempre contam com auxílio da SESAI e das lideranças indígenas, essas últimas sempre têm uma participação muito ativa.

Em um caso específico de um município do estado, há em curso uma demanda judicial em que o município se manifesta contra o recebimento do incentivo repassado pela SES-RS para a saúde indígena. Considerando a necessidade de realização de pareceres durante o processo, a coordenação estadual realizou reunião junto à gestão municipal para tratar exclusivamente sobre o tema. Estavam presentes o prefeito, o secretário municipal de saúde, representantes da SESAI e a coordenadora da EMSI que atende os indígenas no município em questão.

Buscamos o município para dialogar sobre a situação de saúde indígena no município e oferecer apoio às ações de saúde aos povos indígenas. Além disso, entender as dificuldades de execução dos recursos referente ao incentivo estadual para a qualificação da atenção básica, repassados pelo estado do Rio Grande do Sul considerando a grande quantidade de recurso acumulado desse incentivo no Fundo Municipal de Saúde. A coordenadora da EMSI apresentou que haviam algumas questões que precisavam ser melhor debatidas, visto que estavam prejudicando o atendimento aos indígenas no município como a desmarcação de consultas a gestantes, dificuldades de realizar procedimentos, de ter autorizações para internações e o processo de referência e contra referência. O secretário alegou que os indígenas tinham disponível os mesmos serviços que os demais municípios e referiu a boa qualidade dos serviços do seu município, ponderou ainda que os indígenas quase não demandam pelos serviços de saúde do município. Após longa discussão, ficamos disponíveis para dialogar com o prefeito, em data a ser marcada pelo chefe de gabinete, visto que o secretário e o chefe de gabinete não se sentiam a vontade para dar andamento a realização do plano de aplicação do recurso acumulado.

Na mesma data, foram realizadas visitas aos três acampamentos indígenas do município. As reuniões nas áreas indígenas ocorreram com presença de lideranças e demais membros das

comunidades. Nas três reuniões, os indígenas relataram que são passados para o final das filas sempre que aguardam algum atendimento em serviços do município, que se sentem discriminados tanto pelos profissionais quanto pelos demais usuários, relatam que inclusive os idosos e gestantes são passados para o fim das filas. Também, relataram dificuldades de acessar medicamentos, que não são dadas autorizações para internações, que os veículos do município não realizam o transporte de pacientes indígenas e que, de acordo com os indígenas, o atendimento não é prestado e não há atenção à saúde oferecida pelo município. Os indígenas afirmaram que devido a intensa discriminação e a negativa de atenção à saúde por parte do município, fez com que eles tenham passado a buscar os serviços de municípios vizinhos em que são melhores atendidos.

Quando questionados sobre as demandas que teriam para a execução do recurso estadual disponível, os indígenas demandaram a construção de locais adequados nos acampamentos para que a EMSI possa atendê-los, construção de banheiros, materiais para saneamento e tratamento da água, ações educativas de promoção e prevenção à saúde, entre outros. Essas demandas encontram-se de acordo com a portaria do estado e contribuem significativamente com a qualificação da atenção básica, ao qual se destina. Na data da visita, as comunidades não possuíam locais adequados para que a equipe pudesse realizar o atendimento. Em uma das comunidades, os próprios indígenas construíram um espaço com recursos próprios e de forma precária e nos demais não havia espaço para atendimento, expondo os usuários e profissionais.

Os relatos de discriminação foram múltiplos não só na saúde, mas, também, nas escolas em que era negada a merenda escolar às crianças indígenas, além das reclamações sobre a higiene e a educação familiar das crianças, o que fez com que os indígenas passassem a estudar nos próprios acampamentos, em condições distantes das ideais ou mínimas e sem integração com a população municipal. Além da saúde e educação, foi mencionado que nenhum indígena estava empregado no município, tendo que buscar empregos em municípios próximos. Referiram que na antiga gestão da prefeitura, muitos indígenas eram empregados no município. O entendimento dos indígenas é que todas as dificuldades são geradas pela resistência dos agricultores devido à questão da demarcação de terras.

Assim, considerando todos os relatos, tanto dos gestores municipais quanto dos próprios indígenas e considerando a experiência *in loco* nos três acampamentos do município, a realidade

estadual e nacional da saúde indígena, a coordenação estadual expôs no processo judicial em curso que: a situação de saúde dos indígenas presentes no município fere direitos constitucionais determinados a esses povos; desrespeita as determinações das legislações específicas da saúde indígena, como a lei 9836/99 e a Portaria 254/2002 do Ministério da Saúde, que definem que o atendimento indígena deve ser diferenciado, tendo em vistas suas especificidades culturais e étnicas; que o acesso deve ser garantido em todos os níveis de atenção à saúde e que a responsabilidade pelos serviços de média e alta complexidade devem ser oferecidos pelos estados e municípios integrando a rede de serviços do SUS; que estados e municípios devem atuar complementarmente a atenção à saúde indígena; e que a atenção básica deve ser realizada nos territórios indígenas ou suas proximidades. Esclareceu, ainda, que as responsabilidades de estados e municípios são complementares assim esses entes devem compartilhar as demandas de atenção à saúde desses povos. Tendo em vista que os indígenas são munícipes e têm direitos estabelecidos e computados em todos os repasses da saúde realizados ao município, não cabe a maneira como o município vem atuando com eles.

Nesse mesmo parecer, foram feitas considerações de que a questão agrária não diminui ou extingue os direitos indígenas à saúde e que de forma alguma exime o município das suas responsabilidades legais com os povos indígenas presentes em seu território e que a execução dos recursos referentes a portaria estadual não gera qualquer vínculo permanente entre o município e os indígenas. Além disso, os recursos repassados pelo estado acompanham o fluxo e trânsito dos indígenas pelo entendimento de que a itinerância no território é uma característica cultural que deve ser compreendida. São situações complexas que exigem abordagens do contexto geral para que seja possível compreender como os processos se dão na saúde indígena.

Por outro lado, na relação entre a secretaria e os indígenas tem-se buscado maior proximidade com os territórios, construindo assim diversos espaços de diálogo nas próprias aldeias e acampamentos indígenas. Oportunizar esses espaços favorece a lógica indígena de organização e ao mesmo tempo demonstra o esforço dos profissionais da secretaria em conhecer a realidade das diferentes etnias e construir coletivamente a gestão da saúde.

Os indígenas no estado do RS se fazem presentes sempre que convidados a reuniões, conselhos e grupos de trabalho, contribuem com as discussões e colocam suas demandas. No geral, suas principais demandas são de acesso a medicamentos, serviços de média e alta

complexidade e questões de saneamento básico. Essas são pautas recorrentes que refletem sobre a aceitação e complementaridade do município na saúde indígena, pois geralmente são pautas que dependem da atuação desses.

Outro ponto importante a ser colocado nessa perspectiva de processo de trabalho e definição da forma de organização da gestão da saúde indígena em nível estadual é a articulação intersetorial. A proposta de construção coletiva junto a outras secretarias e órgãos é essencial frente à vulnerabilidade e complexidade da situação indígena. Acredita-se que esse é o único caminho para se alcançar uma atuação integrada e, conseqüentemente, a integralidade. A discussão intersetorial já avançou em algumas áreas como a assistência social, a educação e direitos humanos, no entanto os esforços devem ser dados no sentido de continuar esses avanços e propor novos caminhos. Secretarias como a de obras, saneamento e habitação e as companhias de água devem ser parceiras nesse processo, considerando a influência dessas áreas para a situação de saúde dos povos indígenas. Essas áreas não apresentam qualquer tipo de reflexão sobre as especificidades indígenas e como inseri-la em meio a lógica de serviço já existente. É importante colocar que a FUNAI é uma instituição importante nesses processos, apesar de contar com um número restrito de profissionais no estado.

Por fim, as orientações da SES/RS têm por objetivo otimizar e promover acesso aos insumos/serviços/ações já disponíveis no SUS superando barreiras históricas sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que os situa fora e não concatenado ao SUS. Em nível municipal, os indígenas estão desvinculados do SUS, o SASI aparece como o único local de acesso, o que elimina a possibilidade de uma atenção integral a saúde desses povos, visto que o subsistema foi pensado para o atendimento nas áreas e o restante dos serviços devem ser prestados pela rede de saúde. É importante esclarecer, também, que os recursos destinados aos municípios para a qualificação da atenção básica pela SES/RS busca abarcar as especificidades locais, culturais e étnicas desses povos considerando ainda as várias evidências epidemiológicas que demonstram a importância da atenção básica na melhoria da situação de saúde.

O repasse realizado pelo estado do RS não tem por objetivo suprir todas as demandas dos povos indígenas, mas sim apoiar, dentro dos limites estabelecidos pela portaria, e promover a políticas públicas destinadas aos povos indígenas no âmbito dos municípios. O repasse não retira a condição do indígena de munícipe e nem a possibilidade de que o próprio município destine

recursos específicos. Essa dificuldade de articulação está marcada por racismo e violência institucionalizada, que marcam processos de trabalho e qualquer tipo de negociação.

A experiência relatada demonstra muitos entraves que ainda assolam a realidade indígena. O atendimento diferenciado e a complementaridade ainda não estão claros na lógica dos serviços e ações cotidianas da saúde. No entanto, observa-se uma incansável tentativa de indígenas e diferentes atores de reverter a situação, transformando o Brasil legal no Brasil real. Os indígenas encontram-se em um campo colonial e relacional, marcado por relações de poder, onde os indígenas fazem todo o esforço e exercício de negociação, buscam vias judiciais para serem respeitados, enfim, parte deles a busca por inclusão e conhecimento dos caminhos e mecanismos para conseguirem terem seus direitos. Vivenciam conflitos, preconceitos, discriminações, desentendimentos e falta de informação. Os espaços de controle social são utilizados, mas não levados em consideração quando o propósito é negar a presença indígena.

Conclusões

O estudo das atas do CNS de 1991 a 2015 demonstram uma série de temas que durante todo esse período se mantêm como pauta ou minimamente são citados como problemas de saúde indígena. Entre esses alguns merecem destaque, seja devido ao seu forte papel como determinante social em saúde, na definição do acesso a bens insumos, ações e serviços de saúde seja devido ao seu papel revelador de toda uma história da saúde indígena ou do direito à saúde que não se efetiva. São diversos temas facilmente identificados quando se observa o conteúdo das atas do CNS, mas entre esse alguns se evidenciam para a leitura e delineamento que nos propomos a fazer aqui, sendo: o saneamento; o acesso a medicamentos; a relação com os municípios; a relação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS; e a falta de propostas e políticas intersetoriais.

Badziak e Moura⁹⁹ afirmam que uma política pública de saúde efetiva representa a única maneira de assegurar o acesso à saúde e, conseqüentemente, minimizar iniquidades em saúde. As iniquidades em saúde são desigualdades que afligem determinado grupo populacional, podendo se caracterizar como sistemáticas e relevantes e ser consideradas como evitáveis, injustas e desnecessárias¹⁰⁰. Badziak e Moura⁹⁹, no entanto, consideram que anterior a isso é preciso entender a saúde em toda a sua amplitude, como direito de todos e que é claramente influenciada por determinantes sociais de saúde. As políticas públicas de saúde não podem se pautar em um conceito limitado de saúde que reproduz dicotomias entre o coletivo e o individual, entre prevenção e cura, entre o biológico e o social e político⁹⁹, trata-se do entendimento de que as políticas devem ter caráter integral.

Nessa perspectiva, pensar o saneamento atrelado à saúde implica entendê-lo como um determinante social em saúde e mais ainda como promotor de iniquidades em saúde, que as políticas de saúde devem ser capazes de atuar para minimizá-los. É sabido que a falta de saneamento básico é um problema de grandes proporções em diferentes países e que exige o envolvimento de diversos setores em uma atuação conjunta e integrada, mas que, por vezes, é negligenciado¹⁰¹.

Na saúde indígena, as ações de saneamento foram potencializadas na época da gestão na FUNASA em que a importância das ações de prevenção e promoção da saúde ficaram mais

evidente com intuito principal de reduzir a mortalidade infantil indígena¹⁰², que apresentava um quadro muito desfavorável⁷⁵. Apesar dos poucos dados disponíveis nesta época, alguns estudos e pesquisas já haviam revelado que entre as causas de mortes indígenas estavam os problemas que haviam se intensificado com a aproximação dos não indígenas e, também, aqueles relacionados tanto a precariedade das condições sanitárias nas aldeias quanto da atenção à saúde¹⁰². Isso demonstra que as demandas recorrentes de melhorias nas condições de saneamento nas áreas indígenas que chegaram ao plenário do CNS nos últimos anos não só refletiam a real situação dos povos indígenas, como a sua demanda por ações e uma política que se efetivasse nesse âmbito alcançando uma melhoria real na situação de vida e saúde desses povos. Os determinantes sociais devem ser considerados como ponto de partida para injustiças, principalmente aquelas ligadas ao acesso a serviços⁹⁹.

As políticas públicas além de se direcionarem a questões específicas devem visar a diminuição de diferenças sociais de modo geral, fortalecendo a coesão social de grupos mais vulneráveis e incentivando a participação nessa construção social¹⁰¹. Nesse sentido, quando se considera a saúde como um direito social, a participação popular é imprescindível⁹⁹.

O subsistema foi implementado em meio às históricas desigualdades e iniquidades vividas pelos povos indígenas no Brasil⁷⁴. Além disso, quando se trata de especificidades na atenção à saúde dos povos indígenas, as discussões devem envolver aspectos conflituosos entre o modelo biomédico e os sistemas tradicionais de cura, as singularidades e modos de vida próprios dos indígenas¹⁰³. As perspectivas indígenas devem ser compreendidas para que se alcance a integralidade, mas as experiências reais demonstram que isso nem sempre tem sido possível.

Questões fundiárias que historicamente dizimam essas comunidades e confinam os indígenas em pequenos territórios, o que não contribui para a sustentabilidade a partir desses coletivos, são graves entraves na aplicação de políticas públicas. A relação com os municípios também é afetada fortemente pela questão fundiária. Isso faz com que o município que deveria ser um espaço privilegiado de produção do cuidado seja um espaço de conflito que deslegitima o indígena enquanto munícipe e enquanto ser de direitos assegurados constitucionalmente.

A criação do SUS teve como finalidade prover condições para que todos os indivíduos tivessem o direito à saúde assegurado por meio de delineamentos encontrados em seus princípios e diretrizes¹⁰². A proposta de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados em que

estados, municípios e união devem ter funções e competências definidas é, em grande parte, o que faz o desenho da gestão do sistema de saúde hoje vigente. Porém, esse modelo de gestão não se encaixou na realidade indígena ou da saúde indígena, o que muito se deve as especificidades dos povos indígenas, mas também pela dificuldade histórica que os municípios têm de lidar com essa população em seus territórios.

As intensas mudanças ao longo da gestão da saúde indígena, em que diferentes órgãos assumiram a responsabilidade, diferentes modelos e formas de organização fizeram parte das tentativas de fazer a saúde indígena funcionar geraram nos diferentes entes muita dificuldade de se encontrar. Porém, de fato os que mais sofreram em todo esse processo foram os indígenas que não tiveram serviços e nem ações de saúde efetivados. Desse modo, nos últimos anos, são tantas demandas expostas em busca de soluções repetidamente.

Garnelo⁷⁵ afirma que a descentralização do SUS implicou na delegação de responsabilidades aos municípios; no entanto, no caso indígena, isso foi suficiente para que eles se manifestem em todos os espaços de participação e controle social contra a municipalização da saúde indígena. As experiências dos povos indígenas com os municípios no campo da saúde indígena são tão complexas e tensas, que se observarmos as atas e, também, as experiências cotidianas nos serviços, há uma preocupação de ter a saúde como responsabilidade dos municípios.

Além da questão fundiária, ainda, não resolvida, o preconceito e discriminação atravessam fortemente as questões de saúde, o que é inaceitável. Os relatos e o conteúdo das atas do CNS também trazem a necessidade de se ampliar a discussão sobre preconceito e discriminação, pois isso não pode ser determinante no acesso e direito à saúde. Os princípios da igualdade, universalidade e integralidade apoiaram e consolidaram grandes avanços no âmbito do SUS, no entanto, a efetivação da promoção da equidade em saúde enquanto um dos princípios preconizado pelas políticas de saúde tem se mostrado um desafio na realidade brasileira¹⁰².

As diferentes condições geradoras de desigualdades e processos de exclusão impedem grupos sociais de participarem da vida comunitária e social, da cidadania¹⁰². Isso faz com que instâncias de controle social acabem por legitimar tais situações, pois incluem os sujeitos e grupos que inevitavelmente não serão incluídos. Gomes¹⁰² apresenta que promover a equidade em saúde perpassa sobremaneira os determinantes sociais em saúde e aponta que isso implica em

rever a distribuição de poder, promovendo empoderamento de grupos e indivíduos. No caso dos municípios, o quadro somente será revertido quando houveram indígenas gestores, profissionais de saúde, nas representações políticas como prefeitos e vereadores. Gomes¹⁰² continua afirmando que alcançar a equidade exige que o processo político seja intersetorial e capaz de promover transformações na formação e atuação profissional, com vistas a ampliar suas ações alcançando sujeitos e coletividades em contextos reais em que a vida acontece.

Com relação ao tema intersetorialidade, este perpassa várias instâncias. Pode ser observado que a demanda por intersetorialidade marcou fortemente as travessias do controle e da participação social na saúde indígena. No entanto, trabalhar de forma intersetorial envolve a criação de espaços de comunicação e negociação, gerenciamento de conflitos, descoberta de possibilidades de agir¹⁰⁴ entre outros elementos reconhecidos, mas que não são operacionalizados. Na verdade, há uma intensa fragmentação da atenção às necessidades sociais, que fragiliza o usuário¹⁰⁴ e não contribui com a integralidade.

Uma construção intersetorial com criação de conexões, vínculos e ações complementares é capaz de garantir a integralidade, mais evidentemente nos grupos sociais mais vulneráveis, pois ela se dá na necessidade das pessoas e setores¹⁰⁴. Outro ponto importante da intersetorialidade é a constituição de espaços de compartilhamento de saber e poder, por meio de formas de agir que não estão estabelecidas ou não foram se quer experimentadas¹⁰⁴. Para tanto, novas linguagens, saberes e conceitos capazes de provocar mudanças na sociedade devem acontecer¹⁰⁵.

A necessidade de políticas sociais interssetoriais está tanto em meio as demandas indígenas que se apresentaram nos últimos anos quanto nas experiências cotidianas de espaços de gestão da saúde indígena. É notável que a fragmentação das políticas centradas no modelo biomédico, não tem condições de suprir as necessidades de forma integral.

Nesse sentido, é que trazemos a discussão de Merhy¹⁰⁶ sobre tecnologias leves que são aquelas tecnologias das relações, que se expressam no trabalho vivo em ato na saúde. Para esse autor, o trabalho vivo em ato na saúde expressa-se na produção de relações intersociais, ou seja, o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço de suas interseções.

Entende-se que o trabalho vivo em ato deve compor a saúde indígena, considerando as subjetividades, especificidades e dinamismo dos povos indígenas e propiciando que articule políticas públicas mais eficientes. No entanto, compreender as relações enquanto tecnologias, o

seu potencial de mudança no cuidado em saúde e de articulação com outros tipos de tecnologias em saúde ainda não é um entendimento amplamente compartilhado na lógica dos serviços e da gestão em saúde.

No campo relacional, onde se localiza as tecnologias leves, estão as estratégias intersetoriais, as propostas de apoio institucional a gestores municipais e outros atores; está a escuta qualificada dos povos indígenas, ou seja, estão algumas das formas e possibilidades de mudança da política de saúde indígena. É reafirmada nas travessias do controle e da participação social na saúde indígena, uma política pública mais integral e equânime.

Considerações finais

A participação e o controle social constituem-se como elementos importantes na definição de uma política de saúde indígena que deve se operacionalizar no modo indígena de ser. Há muitos desafios institucionais para que o desenho seja refeito a partir dessa lógica, os quais gestores, trabalhadores, indígenas e demais atores sociais devem se debruçar. A maneira como se efetivam as instâncias de controle social e a participação indígena não se coaduna com a maneira indígena de se organizar e tomar decisões coletivas, há uma pluralidade de povos indígenas, os quais apresentam demandas localizadas. Esses povos criaram instâncias para atuarem com a sociedade nacional, como organizações e associações que são diversas e muitas. Nesse sentido, os indígenas não são representados de fato com um ou dois representantes no CNS. E a maneira como os conselhos se organizam e estruturam não permite o compartilhamento das experiências no nível local, onde os indígenas vivem e têm suas instâncias nativas.

Nesse processo, o que se observa em nível local é os indígenas no esforço de se fazerem compreensíveis e não o inverso, eles realizam o viver branco e não o inverso. Se as políticas e processos de trabalho de fato se “abrissem” para as demandas indígenas e buscassem compreendê-los, talvez em um dado momento o SUS poderia ter o viver indígena. No entanto, o que se observa é a criação de estratégias de sobrevivência por parte dos indígenas de ações de extermínio.

Existem alguns pontos que devem sempre fazer parte do discurso quando se trata de saúde indígena e observa-se que naqueles momentos que esses pontos são esquecidos do ponto de vista da gestão em saúde são gerados um distanciamento desses povos ao direito à saúde. Esses pontos são a presença do preconceito e da discriminação, a preocupação com a municipalização da saúde indígena, a necessidade de uma visão integral do indígena e os conflitos fundiários e suas interseções com a saúde.

Percebe-se que a operacionalização de uma saúde indígena no modo indígena de ser e como o SUS se propõe só se operacionalizará no momento em que compartilharmos um entendimento único do que é equidade em saúde. Nesse momento, os movimentos sociais serão fortalecidos, o real direito a saúde demandado pela RBS será lembrado e aos índios será dado o

direito real de protagonizar as políticas de saúde do seu modo. Trata-se de pensar o processo tendo em vista o espaço de fala dos atores sociais e, ainda, o papel do Estado na produção de sujeitos e do processo de produção de políticas públicas, a partir desse ângulo de reflexão.

Referências Bibliográficas

1. Secchi D. Autonomia e protagonismo indígena nas políticas públicas. In: Januário E, Silva FS, Karim TM, organizadores. Cadernos de educação escolar indígena-PROESI. Volume 5. Barra do Bugres: UNEMAT, 2007.
2. Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. Rev gaúcha Enferm 1999 Jan 26-40p.
3. Scliar M. História do conceito de saúde. PHYSIS Rev Saúde Coletiva 2007 Jan; 17(1):29-41p.
4. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev CEFAC 2011 Set; 13(5):937-943p.
5. Silva MJ, Bessa MEP. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. Ciencia y Enfermeria XIV 2008 (1): 23-31p.
6. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino-Am Enfermagem 2010 Mai-jun; 18(3).
7. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde (Impr) v.12 2010 Ago; 1518-1812p.
8. Thomaz OR. A antropologia e o mundo contemporâneo: cultura e diversidade. In: Silva A, Grupioni D, orgs. A temática indígena na escola. Brasília: MEC/MARI/UNESCO; 1995. 425-441p.
9. Simões J, Giumbelli E. Cultura e alteridade. In: Moraes A. Coleção Explorando o Ensino: Sociologia vol.15. Brasília: MEC 2010. 187-208p.
10. Pimenta M. Diferença e desigualdade. In: Moraes A. Coleção Explorando o Ensino: Sociologia vol.15. Brasília: MEC 2010. 139-162p.
11. Constituição Federal Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
12. Teixeira SM. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. Revista Katálysis 2007 dez 10 154-163p.
13. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Caderno de Saúde Pública, 2009, 25(7) 1614-1619p.
14. Dominguez AGD, Guimarães SMF. Estados modernos, cidadania e saúde na América Latina: dilemas contemporâneos a partir de uma leitura clássica. In: Ávila CFD, organizador. Política, cultura e sociedade na América Latina: estudos interdisciplinares e comparativos. Curitiba: CRV 2013. P.133-150.
15. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2014 abri 30(4):860-866p.
16. Teixeira CC, Simas DH, Costa NMA. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. Rev Tempus Actas Saude Col 2013 set/dez 97-115p.

17. Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES 2009.
18. Cohn A, Bujdoso YL *Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde*. *Tempo Social, revista de sociologia da USP* 2015 27(1).
19. Conselho Nacional de Saúde. Acessado em 20 de março de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>
20. Santos RV, Coimbra Jr CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003 13-47p.
21. Pellegrini M. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde. In: Ricardo CA, editor. *Povos indígenas no Brasil:1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental 2000 132-142p.
22. Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2010 15(1).
23. Freitas LO. Políticas públicas, descentralização e participação popular. *R. Katál., Florianópolis* 2015 jan/jun 18(1) 113-122p.
24. Goldenberg M. *A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Record 2011.
25. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas* 1995 35 (3); 20-29.
26. Bakhtin M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: HUCITEC 2006. p.1-193.
27. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som- um manual prático*. Petrópolis: Vozes 2002. p.64-89.
28. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO 1992. p. 1-80.
29. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 1979. p. 225.
30. Cellard A. *A análise documental*. In: Poupart J et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes 2008.
31. Pereira EDS. *Participação social e a construção da equidade em saúde: O Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População LGBT*. Dissertação-Mestrado. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, 2011 99f.
32. Figueiredo NMA. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Yendis Editora 2007 2 ed.
33. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* 2009 jun Ano I n. I.
34. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
35. Gomes R. *Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes 2007. p. 79-108.

36. Menucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciência, Saúde. Rio de Janeiro 2014 jan-mar 21(1), p.77-92.
37. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. The Lancet 2011 mai p.11-31.
38. Mattos R, Baptista T. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP, IMS, FAPERJ 2011.
39. Menucci TMG. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2007, p.303-326.
40. Bartolomei CEF, Carvalho MS, Delduque MC. A Saúde é um Direito!Saúde em Debate, Rio de Janeiro 2003 set./dez 27(65), p. 184-191.
41. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro 2009 jan./abr 33(81) p. 27-37.
42. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo 2010 19(3) p.509-517.
43. Albuquerque MC. Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis 2006 124p.
44. Gohn MG. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. Dossiê. Política & Sociedade 2011 v.10(18) 223-244p.
45. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: A FUNASA nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: FUNASA, 2009.
46. Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. Cad Saúde Pú 1992 out/dez 8(4) 366-378p.
47. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em debate 2013 jan/mar 37(96) 139-147p.
48. Menezes JSB. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. Dissertação-Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro 2010 194f.
49. Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003 mai/jun 11(3).
50. Cecílio LCO. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. Rev Saúde em Debate 1999 setembrodezembro; 23(53):30-6p.
51. Oliveira FS. Controle social no sistema único de saúde - SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. Prim@ Facie International Journal 2007 6(11) 76-90p.
52. Maciel CAB. Políticas públicas e controle social: encontros e desencontros da experiência brasileira. Revista Intercâmbio dos Congressos de Humanidades 2010 1(1).

53. Santos MRM. Conselhos municipais e a participação cívica na gestão das políticas públicas: o caso da metrópole fluminense. *Caderno Metrópole* 2002 7 97-112p.
54. Duran PRF. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. *Desigualdade & Diversidade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio* 2013 jan;dez edição dupla, nº 12 61-90p.
55. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.
56. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS 2009 100 p. (CONASS Documenta, 18).
57. Conselho Nacional de Saúde - História. Do CNS. Brasília. Acessado em 20 de maio de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>
58. Decreto 67.300/1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Revogado. Brasil.
59. Montagner P, Viegas ES, Mendonça EF, Bandeira LM, Tavares MA, Carvalho PS et al. *Diversidade e capacitação em escolas de governo: mesa-redonda de pesquisa-ação.* Brasília: ENAP 2010 112p.
60. Decreto nº 5.839 de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Brasil.
61. Conselho Nacional de Saúde - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Acessado em 12 de abril de 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/index.html
62. Ferreira LB, Portillo JAC, Nascimento WF. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Rev Tempus Actas Saúde Col* 2013 nov/dez 83-95p.
63. Wendhausen A. *O Duplo Sentido do Controle Social – (Des)caminhos da Participação em Saúde.* Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí 2002.
64. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* 2ª ed. Brasília: FUNASA 2002.
65. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2000 5(1).
66. Luciano GB, organizador. *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 (Coleção Educação para Todos, n.1).
67. Conselho indigenista missionário -Regional Sul. Vítor, um menino kangang de apenas dois anos é assassinado enquanto era amamentado pela mãe. Acessado em 20 de abril de 2016. Disponível em: http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&conteudo_id=8538&action=read

68. Conselho indigenista missionário. Relatório-Violência contra os Povos Indígenas no Brasil dados de 2014. Acessado em 03 dezembro de 2015. Disponível em: <http://cimi.org.br/pub/Arquivos/Relat.pdf>
69. Minayo MC. Violência: impactos no setor saúde e resposta do sistema. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz 2012 1011-1036p.
70. Rosemberg AMFA. Breve História da Saúde Pública no Brasil (Cap.1). In: Rouquayrol M, Gurgel M. Epidemiologia e Saúde, Rio de Janeiro: MedBook 2013 1-9p.
71. Almeida MRC. Política Indigenista de Pombal: a proposta assimilacionista e a resistência indígena nas aldeias coloniais do Rio de Janeiro. Actas do Congresso Internacional Espaço Atlântico de Antigo Regime: poderes e sociedades 2008.
72. Almeida RH. O Diretório dos Índios – Um projeto de “civilização” no Brasil do século XVIII, Brasília: Editora Universidade de Brasília 1997.
73. Castelli RE. A Comissão Rondon e a construção da imagem do interior do Brasil. Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria. 2007 jan/jun 10(17) 333-339p.
74. Langdon EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. Editorial Especial. Saúde Soc. São Paulo 2007 16(2) 7-12.
75. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. Garnelo L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012 18-59p (Coleção Educação para Todos, n.5).
76. Mendes EV. As redes de atenção a saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2010 15(7) 2297-2305p.
77. Cruz KR. Povos indígenas e políticas de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios. Dissertação-Mestrado. Universidade Federal do Maranhão 2003 155f.
78. Cruz KR. Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista. Tese-Doutorado. Universidade Federal do Maranhão 2008 203f.
79. Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. Rev. Katál. Florianópolis 2010 13(2) p.155-163.
80. Barros R, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. Revista Brasileira de Ciências Sociais 2000 15(42) 123-142p.
81. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pobreza e riqueza no Brasil metropolitano. Brasília: Comunicação da Presidência, n. 7, ago. 2008.
82. Leandro ME. Teias da Saúde: desigualdades de saúde, saúde das desigualdades. In: Besserman H, organizadores. Saúde e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde 2010 7(7).
83. Almeida Filho N. A problemática metodológica da determinação social da saúde: Segunda nota breve sobre desigualdade em saúde como objeto de conhecimento. Rediscutindo a questão da determinação social da saúde. Rio de Janeiro: CEBES 2009 mai p.20.
84. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. London: Open University Press 2012.

- 85.** Instituto Socioambiental. Povos indígenas no Brasil - O que é a política indigenista? Na atualidade. Acessado em 01 de julho de 2015. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/o-que-e-politica-indigenista/na-atualidade>.
- 86.** Mendonza M. Promoción de La Salud y Emancipación. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2013.
- 87.** Koga D. Medidas de Cidades. São Paulo: Cortez 2003.
- 88.** Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet* 2009 mai 47-60p.
- 89.** Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* Rio de Janeiro 2000 5(1).
- 90.** Barros EP. Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: Goldenberg P. et. al., organizadores. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2003.
- 91.** Teixeira VCG, Lana ESC. Interculturalidade e direito indígena à educação – a política pública de formação intercultural de professores indígenas no Brasil. *Educ. foco, Juiz de Fora*, 2012 mar. / jun 17(1)119-150p.
- 92.** Colama CA. A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª região (orgs). *Psicologia e povos indígenas*. São Paulo: CRPSP 2010 250 fl.
- 93.** Candau VMF, Russo K. Interculturalidade e educação na América Latina: uma construção plural, original e complexa. *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba 2010 10(29) 151-169p.
- 94.** Candau VMF. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. *Revista Brasileira de Educação* 2008 13(37).
- 95.** Carpenendo M. Quando a resistência se torna política pública – Analisando a produção de subjetividade (s) nas políticas de equidade de gênero no campo do trabalho (Dissertação-Mestrado). Programa de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2011.
- 96.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Vol. 46/ nº10. Brasília, 2015.
- 97.** As conferencias nacionais de saúde: contribuições para a construção do SUS. Acessado em 25 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.cms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/conferenciasindigenas.php>
- 98.** Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa 2007.

- 99.** Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. R. Saúde Públ. Santa Cat. Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, 2010 jan/jun 3(1).
- 100.** Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992 22(3):429–45.
- 101.** Kimura AA, Ferreira JÁ, Luane L, Portela ML, Alencar NM, Cynara R, et al. Determinantes sociais em saúde: Saneamento básico e as doenças infectocontagiosas. Acessado em: 15 de abril de 2016. Disponível em: <http://pequenoprincipe.org.br/faculdades/enepe/wp-content/uploads/2015/06/31-1108-Determinantes-Sociais-em-Sa%C3%BAde.pdf>
- 102.** Gomes SL. Resíduos sólidos dos serviços de saúde em terras indígenas: O caso do distrito sanitário especial indígena, médio rio purus, Amazonas. Dissertação-Mestrado 2013.
- 103.** Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad. Saúde Pública 1989 out/dez 5(4) 441-450p.
- 104.** Comerlatto D, Matiello A, Colliselli L, Renk EC, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. Rev. katálysis Florianópolis 2007 jul/dez 10(2).
- 105.** Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. Reme – Rev. Min. Enferm 2012 out/dez 16(4) 487-493.
- 106.** Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002 3a Ed. (Saúde em Debate, 145).

Anexos

Anexo 1 – Artigo submetido a periódico científico

Das políticas de saúde à realidade vivida pelos povos indígenas na média e alta complexidade no Distrito Federal - Brasil

Health policies of the reality experienced by indigenous peoples in the medium and high complexity in the Federal District - Brazil

Resumo: O estudo analisa como se efetiva o direito à saúde dos povos indígenas na média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) quando acionam a rede de serviços do Distrito Federal, fora dos seus territórios tradicionais. Pretende compreender quais agenciamentos e conflitos permeiam a busca pelo cuidado em saúde. O desenho do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI) pela legislação brasileira representou um avanço do direito à saúde desses povos, mas não garantiu a sua efetivação. Por meio de metodologias qualitativas e de uma abordagem etnográfica, este trabalho focou no espaço da Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal e na rede de serviços que os indígenas acessam na média e alta complexidade.

Palavras – chave: direito à saúde, saúde indígena, sistema único de saúde e políticas públicas de saúde.

Abstract: The study analyzes how effective is the right to health of indigenous peoples in medium and high complexity of the Unified Health System (SUS) in the service network of the Federal District, outside their traditional territories. We seek to understand which negotiations and conflicts permeate the search for health care. The subsystem design Attention to Indigenous Health (SASI) under Brazilian law represented an advance the right to health of these people, but does not guarantee its effectiveness. Thus, making use of qualitative research methodologies discusses the space of Indigenous Health House of the Federal District and the network services that indigenous access in medium and high complexity, trying to understand the role of these spaces in the realization of the principles of SUS through a reading of the public health policies to the reality experienced by these people.

Key - words: right to health, indigenous health, unique system of health and public health policies.

Introdução: delimitando o tema

Esta pesquisa pretende problematizar o atendimento aos povos indígenas na média e alta complexidade no Distrito Federal. Para tanto, observou-se os processos de trabalho estabelecidos pelos profissionais de saúde e as interações que os indígenas vivenciam no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação do SUS, o Estado brasileiro assumiu a responsabilidade de ser equânime, integral e universal no atendimento à saúde dos diversos grupos sociais que compõem o Brasil. A Constituição Federal de 1988 foi inovadora ao definir os princípios gerais do novo sistema de saúde brasileiro. No entanto, após a implementação do SUS, os povos indígenas ainda não haviam sido contemplados devidamente com o novo direito à saúde, pois a maneira como o SUS foi estruturado, focando em hospitais e na assistência em centros urbanos, impossibilitava acessar os rincões do Brasil. Assim, discussões a respeito da saúde indígena passaram a acontecer em espaços como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, e mais adiante, em 1993, com a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (GARNELO, 2012). As conferências tiveram papel importante na estruturação dos serviços de saúde indígena no Brasil, a VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde indicaram a necessidade de se pensar um modelo de atenção à saúde que abarcasse as especificidades dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Além do direito à saúde universal, a Constituição Federal de 1988 provocou uma modificação na maneira como o Estado brasileiro deve lidar com as especificidades dos indígenas, assim, a tutela indígena deveria chegar ao fim e os órgãos indigenistas deveriam atuar como assessores dos indígenas nas questões referentes aos seus direitos e deveres como cidadãos. Também, com essa Carta Magna, a diversidade indígena passou a ser reconhecida, o que deveria levar o Estado brasileiro a ter que formular políticas específicas a esse segmento da sociedade brasileira, observando essa diversidade e assumindo o fim da assimilação dos povos indígenas em uma suposta sociedade nacional. No entanto, mesmo após a criação de tais dispositivos constitucionais, a maneira como os processos de trabalho se efetiva nos serviços públicos ainda

está baseada em ações marcadas pela tutela e pela ideia de assimilação, pouco observando as especificidades culturais desses segmentos.

O tema da diversidade consta nas políticas públicas, em leis e dispositivos constitucionais, entretanto, efetivá-la na rotina dos serviços de saúde, ainda, é um desafio. No caso das etnias indígenas, assim como de outros segmentos, a diversidade de regimes de saberes e práticas surgem como um marcador social da diferença que os inserem em contextos de desigualdade. Está ancorada em relações discriminatórias, de racismo e de condições de vida de pessoas marginalizadas, o que cria, entre os povos indígenas, disparidades perante a vida (GUIMARÃES ET AL 2015). Assim, as etnias indígenas estão inseridas em contextos de desigualdade social que são, também, contextos de desigualdade em saúde. Por conseguinte, esses segmentos apresentam indicadores de saúde que demonstram piores índices com relação aos demais (STEPHENS et. al. 2006). Desse modo, pode-se afirmar que o pertencimento social de determinados sujeitos inseridos em grupos sociais específicos determina viver ou não processos intensos de perseguição sistemática de seus modos de viver e pensar pelo Estado ou outros segmentos sociais (THOMAZ, 1995).

No caso dos povos indígenas, suas práticas de cuidado, de terapêuticas, noções de corporalidade, saúde e adoecimento, ou seja, tudo o que remeta a outros regimes de saber e modos de viver são enfatizados pelos mesmos na construção de políticas públicas. Nesse sentido, em tais políticas aparecem conceitos como de diversidade e cultura com o intuito de terem garantidos essas outras experiências, evitando assim processos de epistemicídios, isto é, eliminação de formas de conhecimento em favor de outras consideradas hegemônicas (SANTOS e MENESES, 2009). O conceito de interculturalidade, o qual supõe o encontro respeitoso entre saberes e práticas diversas, esta na Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI). Por conseguinte, a partir do desenho dessa política, formas diversas de viver dos povos indígenas deveriam ser respeitadas e levadas em consideração. No entanto, há uma dificuldade de realizar nos serviços públicos de saúde a perspectiva dos sujeitos (LIMA E BARROSO-HOFFMAN, 2002). Desse modo, observa-se o acirramento da desigualdade social ao arripio dos conceitos encontrados em tais políticas.

Os indígenas têm, historicamente, suas conquistas de direitos pautadas pelo respeito à diversidade. Desse modo, tal perspectiva está presente na luta por territórios tradicionais, pelo

direito de viverem seus regimes de saber e modos de viver, por ter autonomia enquanto sujeitos de direitos, que, no entendimento deles, são elementos que os dignificam e afirmam a diversidade e os sentimentos de pertencimento que os identificam.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), em 1999, pela Lei n. 9.836, conhecida como Lei Arouca veio nesse movimento de garantir o direito à saúde dos povos indígenas encontrados nos rincões do Brasil. A lei dispõe que deverá ser considerada a realidade local e especificação da cultura dos povos indígenas e ainda observada essa diversidade dentro da assistência a saúde. O SASI prevê a referência e contra-referência para o atendimento indígena (CHAVES, CARDOSO e ALMEIDA, 2006) que deverá ainda ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Para isso, instituiu-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que são polos regionalizados de atenção à saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção (Lei 9.836/99). Portanto, o modelo de assistência que estrutura o SASI em nível local está baseado nos DSEI. Segundo Garnelo (2012, p. 27), esse modelo de gestão do SASI se caracteriza como:

uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. Aos distritos sanitários caberia, portanto, oferecer ações de prevenção de doenças (por exemplo, vacinação e saneamento), cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos. Outras ações possíveis nesses sistemas locais de saúde seriam monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como da saúde dos ambientes, educação em saúde, remoções de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar dos grupos envolvidos (...)

Quando se trata da média e alta complexidade, realizada fora dos territórios tradicionais e que significa ter consultas ou vivenciar a hospitalização, há a figura de outros complexos e serviços que passam a atuar de forma complementar a rede SUS na busca por um atendimento integral aos indígenas que necessitam de cuidado, como é o caso das Casas de Saúde Indígena (CASAI). As CASAIs recebem os indígenas e acompanhantes nos centros urbanos para alojá-los, acompanhá-los e prestar a assistência necessária enquanto aguardam consultas, exames ou

realizam tratamentos de saúde. A proposta de um Subsistema por si já é um avanço, mas apesar do desenho interessante que traz a política, fica:

[...] evidente que um dos grandes desafios na implementação do modelo é estruturá-lo – envolvendo centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não governamentais – sem perder de vista a sócio-diversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural. (SANTOS *et al*, 2008, p.34)

Com isso, posteriormente, na tentativa de reafirmar o direito a saúde desses povos foi aprovada a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, pela portaria nº 254/2002 do Ministério da Saúde. Mais uma vez, essa política prevê a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e a necessidade de se desenvolver a articulação dos sistemas de saúde tradicionais e o modelo biomédico.

Mesmo diante desse quadro de mudanças nos dispositivos constitucionais, na gestão e nas políticas públicas de saúde para contemplar o universo indígena, observa-se que os serviços ainda não estão estruturados para atendê-los. Este trabalho pretende discutir a dinâmica de processos de trabalho em uma instância encontrada em toda rede de assistência, na média e alta complexidade, quando estão em ambiente hospitalar.

Enfoque metodológico

Este é um estudo qualitativo que tem por intuito analisar as experiências, as interações e comunicações dos indivíduos e grupos considerando os contextos e casos para entender a questão em estudo (FLICK, 2009). Assim, foram observadas as experiências dos indígenas em tratamento da média e alta complexidade no Distrito Federal. O local da pesquisa foi a Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI-DF) onde buscou-se observar como se operacionaliza o atendimento indígena na média e alta complexidade.

Foi realizada a observação participante, que por sua vez, possibilitou ao pesquisador sua inserção em área e sua relação direta com o cenário do atendimento dos indígenas com o objetivo de compreender o contexto e levantar dados. Essa técnica permite ao pesquisador relativizar o seu espaço e ter a oportunidade de viver e conviver com o outro.

De acordo com Minayo (2007), o principal instrumento da observação participante é o diário de campo, pois nele devem estar contidas todas as observações realizadas *in loco*. Essas observações são suporte para a parte final do método etnográfico, o “escrever” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998). Diferentemente de outras técnicas, a observação participante exige a aproximação dos atores e desenvolvimento das relações interpessoais. Isso faz com que nem sempre ao final da pesquisa as relações se acabem, pois há a criação de vínculos com a inserção do pesquisador dentro do contexto social dos indivíduos.

Foram realizadas, também, entrevistas, que possibilitaram a construção de informações sobre aquilo que se pesquisa. As entrevistas fornecem informações que só se constroem através do diálogo, pois se tratam das reflexões do sujeito sobre suas vivências dentro de determinado contexto, esse tipo de entrevista produz informações primárias e de grande importância na construção do estudo (MINAYO, 2007).

A Casa de Saúde Indígena no Distrito Federal: compreendendo o cenário do atendimento indígena na média e alta complexidade

A CASAI-DF, assim como as demais que se encontram em outros municípios brasileiros, tem a função de fornecer apoio aos indígenas que necessitam de atendimento na média e alta complexidade nos serviços da rede do SUS. A CASAI, localizada no Distrito Federal, é denominada de “nacional” pelos gestores e está vinculada diretamente à SESAI, diferentemente das outras Casas que estão vinculadas aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Assim, a CASAI-DF é uma unidade que recebe indígenas referenciados dos diferentes DSEIs de todo o país para atendimento nos serviços de saúde na rede do DF. Esses são encaminhados quando não há, na rede do SUS próxima aos Distritos, o atendimento necessário.

A CASAI-DF recebe indígenas e seus acompanhantes, também, indígenas de várias localidades do país e de diversas etnias. No período em que ficam neste espaço, esses devem conviver com diferentes etnias. Essa convivência mantida em um mesmo espaço-tempo, considerando as fragilidades em que os indivíduos se encontram devido ao próprio processo de saúde-adoecimento, pode-se apresentar como ponto de conflito, externalizado por meio de acusações de feitiçaria. Para muitos povos indígenas, há uma relação estreita entre as relações

sociais mantidas com pessoas próximas e distantes e o processo de adoecimento (LUCIANO, 2006).

No que se refere à estrutura física, a CASAI-DF dispõe-se de seis blocos de edificações que são destinadas ao serviço médico, serviço social, psicologia, enfermagem, refeitório, administração, farmácia e auditório. Há, ainda, 14 apartamentos para alojamento dos indígenas todos com banheiros internos e possui ainda amplos espaços ao ar livre. Esses espaços são utilizados pelos indígenas para “matar o tempo”, sentar e observar as pessoas passando, especialmente, o pessoal da enfermagem e do serviço de limpeza e conversar com indígenas próximos. Há uma televisão em uma área coberta onde sentam e a assistem ao longo do dia. As crianças brincam nos espaços livres e usam o computador que há disponível em uma sala onde realizam algumas atividades com um pedagogo. No interior do quarto, escutam rádio, fazem algum artesanato, se alimentam com a comida dada pelo refeitório e dormem. A disposição dos quartos lado a lado com banheiros internos não permite a hospedagem de muitas pessoas, sendo difícil ter uma superlotação, o que é controlado pelo serviço administrativo e médico.

Sobre os serviços em si, a CASAI-DF atua com uma equipe multidisciplinar composta por serviço médico, serviço de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), serviço de nutrição, psicologia, assistência social e farmacêutico. Essa equipe realiza atendimento 24h por dia, provendo assistência em período integral aos pacientes indígenas e acompanhantes hospedados. Além dos profissionais de saúde conta-se com outros serviços que auxiliam em seu funcionamento como os serviços administrativos, serviços gerais, transporte e segurança. Parte desses profissionais faz parte do quadro de servidores do Ministério da Saúde e outros de empresas terceirizadas contratadas para prestar serviços tanto na área de saúde quanto de limpeza e locomoção.

Quando vêm dos DSEI's para a CASAI-DF, os pacientes podem vir acompanhados da família ou parentes, nos casos dos indígenas que não falam a língua portuguesa eles vêm acompanhados de alguém que atue como tradutor da língua indígena para o português. Esse pode ser um agente indígena de saúde (AIS). Os gestores tentam restringir o número de acompanhantes a uma pessoa, mas isso é negociado em cada caso com a família da pessoa que necessita de tratamento. Assim, existem casos de pacientes com toda a família alojada na CASAI-DF e outros casos de pacientes que ficam acompanhados apenas por tradutores ou AIS que se revezam no

acompanhamento. Na CASAI-DF, os indígenas possuem uma rotina diária marcada por atividades específicas, como é o caso da alimentação, horário de dormir, tomar medicamentos, ida aos hospitais. Durante as consultas e exames nos hospitais do DF, os indígenas são acompanhados por profissionais da CASAI-DF.

Pode-se afirmar que a CASAI-DF configura-se em uma instituição total, nos termos de Goffman (2001). Essas caracterizam-se por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo de internos vive em tempo integral. Funcionam como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, educativa etc. Há uma equipe administrativa ou que desencadeia serviços específicos que dão vida à instituição. Há uma concepção explícita de poder essencialmente modelador, o qual é instaurado, repressivo e mutilador dos sujeitos que os força a viverem um processo de (res)socialização. Em tais condições, os indígenas perdem o controle do seu espaço-tempo e passam a vivenciar as regras ditas pela instituição.

A busca pelo cuidado em saúde dos indígenas em tratamento na média e alta complexidade no Distrito Federal/Brasil

O Subsistema de Atenção a Saúde Indígena está articulado ao SUS na atenção ao cuidado indígena. O foco principal do mesmo é a atenção básica e acontece nas Terras Indígenas, identificadas e demarcadas pelo Estado brasileiro, o que significa a exclusão dos indígenas citadinos. Por conseguinte, quando os indígenas, localizados em Terras Indígenas, devem ser atendidos na média e alta, entram na rede do SUS em centros urbanos, distantes de seus territórios tradicionais.

Para compreender esse percurso das Terras Indígenas para a cidade, será utilizado o conceito de itinerários terapêuticos, pois o mesmo se refere à busca por terapêutica que envolve se inserir em variados sistemas médicos. Seguir este percurso permite compreender como se dá o acesso a esses sistemas, como se dá a incorporação do indivíduo em ambientes diversos, sua aceitação e a vivência de conflitos. Tal processo dinâmico revela a maneira como o Estado em suas várias interfaces lida com diversidade e a constrói.

Gerhardt (2006) em seu estudo sobre itinerários terapêuticos em situações de pobreza explica que este conceito se refere à busca por cuidados que acontece em uma rede complexa de escolhas possíveis. Esses processos de escolha são negociados em dado momento no sistema de referência e contra-referência que articula o SASI com o SUS. Nesse sistema, muitas vezes, há ações ou processos de trabalho moralizados pelos profissionais de saúde, o que significa que podem ser pautados por ações preconceituosas, racistas ou de tutela para com os povos indígenas.

De acordo com Langdon (1994), os processos terapêuticos são considerados uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimento e posições de poder diferenciado. Ainda, segundo essa autora, o próprio conhecimento médico de um grupo não é autônomo e isolado, mas é continuamente modificado através de (re)ações políticas e sociais, o que nos leva a observar o sistema médico de um coletivo indígena em interação com outros sistemas, com diversos sujeitos e situações, se diversificando a partir dessas interações. Nessa análise da autora, é possível perceber a centralidade do conceito de itinerários terapêuticos e a rede de relações de poder e a imposição de práticas de cuidado.

Segundo Duarte (2003), a experiência da saúde- adoecimento interpela a integralidade da identidade da pessoal. Essa se apresenta em ações e reações que com sentidos e o desenho de caminhos que podem ser peregrinações religiosas, promessas, conversões e sacrifícios ou consultas, exames, operações, dietas, transplantes, entre outros. Isso tudo põe em cena horizontes de significados e princípios de ação complexos e diferenciados que aparecem quando os sujeitos negociam e agenciam procedimentos terapêuticos.

No relato dos pacientes indígenas da CASAI-DF, especialmente dos Xavantes, Xinguanos, Wapixana, Macuxi e Yanomami, há um conjunto de sintomas que acompanham processos de adoecimento interpretados pelos pajés ou outros especialistas que escapam da atuação desses, o que os leva a acionarem os serviços oficiais de saúde dentro e fora de seus territórios. Isso se dá em um campo conflituoso, mas que é manejado pelos indígenas.

Os relatos dos itinerários apresentam a necessidade de relacionar os saberes tradicionais com a biomedicina ou medicina científica. Com a criação do SASI, quando os indígenas necessitam recorrer à atenção básica, idealmente, eles não precisariam sair de seus territórios, pois há os pólos-base que estão dentro das aldeias ou nas proximidades. Porém, quando se trata

de agravos que necessitam de atendimento na média e alta complexidade, como é o caso dos indígenas que estão na CASAI-DF, é um novo ciclo que acontece e o itinerário se modifica.

De modo geral, os indígenas em tratamento na CASAI-DF que vem das aldeias relatam sobre seu itinerário terapêutico e informam que, inicialmente, há uma busca pelos saberes dos mais velhos e as práticas de cura tradicionais e somente a partir disso, caso algum sintoma permaneça, eles são orientados pelos pajés a procurarem o sistema de saúde oficial. A ideia principal é aliviar sintomas, pois as causas dos adoecimentos, em geral, ocorrem pela ação agressiva de uma criatura da floresta ou uma pessoa. Somente o pajé pode atuar pondo fim a essa agressividade, mas ao mesmo há sintomas que devem ser amenizados, alguma dor, agilizar alguma recuperação. Quando o indígena necessita de atendimento na média e alta complexidade, entra na rede do SUS para ter acesso a esse serviço.

Uma liderança indígena apontou que é necessário pensar com urgência um hospital para atender as demandas indígenas, pois a rede tradicional de atendimento do SUS não está preparada para lidar com o universo indígena. Outra alternativa que levantou seria levar as tecnologias dos hospitais para a área indígena, evitando assim o deslocamento de seu povo de sua comunidade. Deve-se ressaltar que ele enfatizou a necessidade de levar as tecnologias, mas não a estrutura dos hospitais. E a presença dessas tecnologias deveria ser temporária. A reflexão dessa liderança indígena surge a partir do deslocamento e dos longos tratamentos em centros urbanos, os quais afligem os pacientes e acompanhantes indígenas, eles sentem a distância de seus outros familiares, de suas casas e de seus alimentos. Assim, somam ao processo de adoecimento que vivenciam o sofrimento de estarem longe de suas casas, de seus parentes, daqueles que falam sua língua, de sua comida entre outras coisas.

Após a articulação entre o nível local e a CASAI-DF, o indígena se desloca para Brasília, dando continuidade ao itinerário terapêutico iniciado na comunidade. Nas aldeias, eles iniciam uma discussão sobre quem irá acompanhá-los na CASAI, em alguns casos o pai, mãe e filhos, todos devem vir, em outros casos, é feito um revezamento entre pai, esposa, sogra, mãe. Há um arranjo familiar para lidar com essa situação. A presença de um tradutor é sempre importante. O transporte pode ser proveniente da referência local, ou seja, dos municípios ou, ainda, do DSEI, o qual acontece por meio de ônibus, carro ou avião. Nos casos em que não há urgência, eles vão para a CASAI DF onde são hospedados e recebem as primeiras informações além de serem

avaliados pela equipe médica local. Em caso de urgência, seguem direto para o hospital e ficam internados.

Quando o transporte é feito de ônibus ou em veículos da referência passam por longas e cansativas viagens e os que vão de avião, em alguns casos, pode ser a primeira vez. Um funcionário do Distrito deve levá-los ao aeroporto e eles devem avisar à CASAI-DF sobre o voo para ter alguém esperando. Já houveram casos em que essa comunicação não aconteceu e eles ficam no aeroporto por horas aguardando a vinda de alguém. No caso de irem de ônibus a mesma dinâmica acontece, pois, na rodoviária interestadual, deve haver um funcionário da CASAI-DF aguardando-os. De acordo com relatos dos indígenas, esse percurso já dá início a angustia dos mesmos que se soma à barreira da língua, pois o fato de muitos não falarem a língua portuguesa, aumenta as dificuldades de compreensão e sofrimento do processo. Na CASAI-DF os indígenas se acomodam em quartos com banheiros, lá existe uma equipe para preparar a alimentação e a equipe de saúde fica responsável por realizar o monitoramento desses pacientes. Eles ficam por lá aguardo consultas, exames e, em alguns casos, eles ficam internados nos hospitais, conforme dito anteriormente.

Grande parte dos adultos são atendidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB), o qual recebe financiamento específico como incentivo para prestar atendimento aos povos indígenas. As crianças, em regra, são atendidas pelo Hospital da Criança de Brasília (HCB), pois muitas apresentam neoplasias e necessitam de acompanhamento específico. Quando há alguma emergência com os pacientes que estão na CASAI-DF eles são levados para o hospital mais próximo, localizado na cidade do Paranoá e os pacientes com neoplasia que ficam debilitados diante do tratamento são encaminhados ao Hospital de Base, onde há uma articulação e atuação da equipe de saúde que atua no Hospital da Criança.

Nas falas dos profissionais de saúde, foi possível perceber que se trata de uma realidade desconhecida que os assombra na prestação da assistência. Era comum ouvir de médicos e enfermeiros do HUB a dificuldade de lidar com o universo indígena, a necessidade de se capacitarem e ter mais pesquisa nessa área. Foi possível observar a construção de estereótipos nas falas sobre os indígenas e a criação de uma ideia de índio genérico, que não compreende a diversidade interna aos povos indígenas. Nesse sentido, o atendimento, em geral, está pautado por relações de preconceitos. Assim, os indígenas, para esses profissionais, não sabem se cuidar, são

teimosos, não sabem se alimentar, não sabem cuidar de sua higiene, não sabem trabalhar, passam a maior parte do tempo dormindo, fazem atrocidades com seus filhos e isso tudo é devido a cultura indígena. Na dinâmica da interação entre os indígenas e os serviços de saúde, há um processo de culpabilização das culturas indígenas pelos problemas sanitários que acontecem no universo indígena.

No momento que entram nesses hospitais da rede do SUS do DF, os indígenas adentram o modelo de atenção que não consegue lidar com a diversidade. Nesses espaços, estão diante de profissionais de saúde, espaços físicos, procedimentos que desconhecem ou desrespeitam sua diversidade. No entanto, eles passam por esses espaços na busca pela cura de um adoecimento que os fez sair da aldeia para o grande centro urbano. Observa-se na atuação do sistema biomédico, o que Loyola (1978) e Carneiro da Cunha (2009), analisaram na interação entre saber científico e popular/tradicional, há a imposição de um saber/modo de conhecimento hegemônico, o qual se afirma como verdade absoluta, que não aceita outra forma de conhecimento. Esse saber criou práticas de assistência, rotinas nos procedimentos voltadas para facilitar as ações dos profissionais de saúde e não preocupadas em incluir os diversos segmentos que adentram no SUS. Os usos da prática biomédica são impostos às pessoas que se apresentam em sua diversidade sem qualquer tipo de diálogo ou abertura para negociação. O problema é que não é dada a essas pessoas a possibilidade de viverem sua diversidade, mesmo o Estado tendo garantido o seu exercício, como é o caso dos povos indígenas.

Dando continuidade ao itinerário após as consultas, exames e internações o paciente retorna a CASAI-DF. Aqueles que estão realizando exames aguardam os resultados e, se possível, retornam à aldeia ou então dão início ao tratamento adequado. Os pacientes que vêm para consultas e internações na rede podem passar meses e até mesmo anos entre a CASAI-DF e a rede SUS. De acordo com relato de um profissional, em alguns casos, especialmente, de pessoas com neoplasia, a equipe não permite mais o retorno dos pacientes entre as consultas que podem demorar alguns meses, porque em algumas experiências anteriores as pessoas não retornaram à CASAI o que prejudicou todo o tratamento. Esse não retorno, em geral, se dá devido à falta de articulação do DSEI que não retira a pessoa de área no tempo devido. Poucos são os casos onde a pessoa não deseja dar continuidade ao tratamento. Essas situações são mais

evidentes com idosos em situações extremas e de cuidados paliativos, quando querem retornar para sua ter os cuidados finais em sua casa.

Em muitos casos, os pacientes devem passar todo período de tratamento, que pode durar um ano ou mais, na CASAI-DF. Esses são os casos das crianças Macuxi, Wapixana e Yanomami com neoplasia. Essa permanência prolongada em uma instituição com regras rígidas de convivência tem implicações sérias na vida das pessoas que se encontram lá. Além disso, a distância de suas comunidades também leva a problemas localizados em suas aldeias. Enquanto os pacientes estão internados os acompanhantes ficam hospedados e quando há muitos acompanhantes há revezamento para acompanhar o paciente no hospital. Alguns acompanhantes decidem voltar antes do final do tratamento, gerando transtornos e até mesmo a vinda de pessoas sem qualquer relação com o paciente.

Os pacientes internados por longos períodos passam por processos de sofrimento causados pela não adaptação aos hábitos impostos pela instituição e pelo próprio sofrimento causado pela doença. As doenças graves por si já apresentam uma necessidade de adaptação do sujeito, visto não serem do entendimento comum do seu meio social. A entrada na CASAI-DF também exige uma adaptação, pois o modelo está imposto. Os indígenas, no entanto, nem sempre estão dispostos a participar desse modelo que é apresentado ou nem mesmo entende a necessidade de segui-lo, assim, há casos em que não aceitam comer a alimentação indicada ou não aceitam ir a determinada consulta. Em alguns casos conseguem comprar alimentos fora e levam para dentro da CASAI, em outros casos, guardam os alimentos para levarem à aldeia. Compreendidos ou não pelos indígenas, o fluxo segue seu curso, e é possível observar o esforço do diálogo e em compreender a nova situação partindo dos indígenas. E, em alguns momentos, eles subvertem a ordem estabelecida. Assim, no curso desse itinerário terapêutico, as negociações não acontecem, há casos onde, para os indígenas, comer arroz poderia piorar a gripe da pessoa e não há nada alternativo sendo ofertado. Práticas xamânicas acontecem sem o conhecimento dos funcionários. Alguns profissionais acreditam que a fumaça do tabaco, poderia agravar a doença, o que não seria permitido, caso eles soubessem da presença dessa prática.

Quando o paciente recebe alta e o problema de saúde já pode passar por um acompanhamento pela atenção básica ou necessita apenas de realizar retornos periódicos à média e alta complexidade, eles retornam as aldeias. Nesse momento a CASAI-DF é responsável por

realizar o retorno do paciente ao local de origem, juntamente com um relatório da situação de saúde do paciente e quando necessário informar quais os cuidados que ele necessitará ou em casos de retornos, informando quando o paciente deve retornar à Brasília.

É nesse fluxo de pessoas, prontuários e relatórios que se dá o atendimento aos indígenas nos serviços na média e alta complexidade no Distrito Federal, sem a construção de projetos terapêuticos mais participativos e dialógicos. Há todo um processo e movimento contínuo de se repensar o SASI e o SUS pelos movimentos sociais e na academia, os quais fomentam novas políticas, no entanto, observa-se ainda que, na prática, quando se efetiva a gestão do sistema e os processos de trabalho no interior dele, os povos indígenas ainda buscam, entram e saem do sistema de saúde sem o reconhecimento dos seus sistemas próprios de saúde, suas concepções próprias de processos de saúde-adoecimento e terapêutica e sua participação na terapêutica indicada.

Considerações finais.

Há uma clara incompreensão da diversidade que está no sofrimento exposto pelos indígenas. Acredita-se que a ligação direta do SASI com o SUS, repassou as angústias e dificuldades que já existem em área para a cidade. Os mesmos hospitais, formulados e pensados pelo modelo biomédico, os mesmos profissionais com as mesmas formações, compartilhando espaços distintos, na Terra Indígena ou na cidade, apresentam os mesmos preconceitos e inoperância para lidar com especificidades legalmente reconhecidas. Isso transparece na desigualdade em saúde que vivem os indígenas, os quais apresentam os piores indicadores em saúde comparados com outros segmentos da população brasileira (GUIMARÃES *et. al*, 2015). A criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena em meio a essa problemática, fez com que ele, atualmente, ainda não consiga atuar como deveria e realizar aquilo que se propõe.

Por fim, é importante ressaltar que as formações profissionais ainda não são sensibilizadoras da diversidade, o que contribui para os conflitos no interior dos sistemas. Os entraves se apresentam das mais variadas formas o que inviabiliza qualquer tentativa dos indígenas de agenciarem ou negociarem em meio aos tratamentos e conflitos entre o modelo oficial e a cultura tradicional. Nesse quadro, talvez haja necessidade de pensarmos uma

compreensão de diversidade que não fique restrita ao SASI, a programas e políticas específicas, mas um conceito que seja construído e de um conhecimento compartilhado.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: FUNASA, 2002.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1998. O trabalho do antropólogo. Brasília/São Paulo: Paralelo 15/ed. UNESP.
- CUNHA, Manuela Carneiro da. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. In: CUNHA, Manuela Carneiro da. Cultura com aspas e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2009.
- CHAVES, Maria de Betania Garcia. CARDOSO, Andrey Moreira. ALMEIDA, Celia. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública, v.22, nº2, Rio de Janeiro, 2006, p. 295- 305.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e doença. Ciência e Saúde Coletiva, 2003, v.8, nº1, p.173-183.
- FLICK, Uwe. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. In: GARNELO, Luiza. (orgs). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- GERHARDT, Tatiana. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública, v.22, n.11, 2006, p.2449-2463.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- GUIMARÃES, Silvia Maria Ferreira Guimarães. DOMINGUEZ, Aldira Guimarães Duarte. MARQUES, Carla Pintas. Saúde, Cidadania e Pobreza entre os povos indígenas. In: XAVIER, Lúcia de Oliveira. AVILA, Carlos F. Domínguez. FONSECA, Vicente.

- (Org.). Direitos Humanos, cidadania e violência no Brasil: estudos interdisciplinares: volume III. 1ed. Curitiba: Editora CRV, v. 3, 2015, p. 363.
- LANGDON, Esther Jean. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo Ventura. COIMBRA Jr. Carlos Everaldo Alvares. (orgs.). Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
 - LIMA, Antonio Carlos de Souza. BARROSO-HOFFMANN, Maria (orgs.). Etnodesenvolvimento e políticas públicas; Estado e povos indígenas; e Além da tutela: bases para uma nova política indigenista. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.
 - LOYOLA, Maria Andrea. Medicina Popular. In: GUIMARÃES, Reinaldo. (Org.). Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978.
 - LUCIANO, Gersem dos Santos (org). 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.
 - MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.
 - PEREIRA, Diogo Neves. Itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base (DF). Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília: 2008.
 - SANTOS, Boaventura de Sousa. MENESES, Maria Paula. (Org.). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.
 - SANTOS, Ricardo Ventura. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia. *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
 - THOMAZ, Omar Ribeiro. A antropologia e o mundo contemporâneo: cultura e diversidade. In: SILVA, Aracy Lopes da. GRUPIONI, Donizete Benzi. (org.). A Temática Indígena na Escola. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.

Anexo 2 – Diretrizes para submissão de artigo da Revista Mediações – retirado na íntegra do site (<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/about/submissions#authorGuidelines>)

Diretrizes para Autores

Normas para Publicação

Mediações é uma publicação semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, voltada para divulgação e o debate sobre temas relevantes das Ciências Sociais, mantendo uma linha interdisciplinar, com contribuições da Sociologia, da Antropologia e da Ciência Política, bem como de áreas afins.

Em cada número é publicado um dossiê temático, com prazos definidos para o envio das submissões, além de uma seção livre de artigos e uma de resenhas, ambas com fluxo contínuo.

Mediações publica textos inéditos em português e em espanhol. As submissões não deverão estar sendo avaliadas para publicação por outra revista, caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

A revista conta com uma Comissão Editorial formada por docentes das três áreas das Ciências Sociais, o que contribui para garantir a interdisciplinaridade.

Os trabalhos são avaliados pela Comissão Editorial, que faz a análise da pertinência das contribuições, segundo a sua adequação à política e às normas para publicação da revista. A análise de relevância e de mérito é de competência de pareceristas *ad hoc*, de diversas instituições nacionais e internacionais, que poderão aceitar, rejeitar ou aceitar com sugestões os artigos avaliados. Os nomes de autores/as e de pareceristas são mantidos em sigilo.

Os **artigos**, acompanhados de título resumo e palavras-chave (em português e em inglês), devem possuir um volume máximo de 40.000 caracteres (com espaços). O resumo, com o máximo de dez linhas, deverá definir com clareza o objeto da discussão. As palavras-chave deverão ser quatro, com vistas a identificar de forma clara o objeto de estudo, o tema ou a área de concentração do artigo.

As **resenhas**, de livros ou coletâneas publicados no Brasil nos últimos três anos ou no exterior nos últimos cinco anos, devem tanto apresentar as ideias centrais do(a) autore(a)s, como as considerações críticas do(a) resenhista sobre o conteúdo do livro ou da coletânea. Devem conter no máximo 8.000 caracteres (com espaços).

A apresentação dos textos deverá ser em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF, em espaço 1,5 e fonte de 12 pontos. As figuras e tabelas devem ser inseridas no texto, não no final do documento, como anexos. Notas de rodapé devem ser curtas e só serão publicadas se forem essenciais para a compreensão de ideias e conceitos-chave. As citações em língua estrangeira deverão ser traduzidas para o português.

Os textos devem seguir o sistema de referência ABNT. Citações ao longo do texto deverão obedecer ao padrão Autor(a) (data, p.). Exemplo:

De acordo com Fernandes (2001, p. 63), "A sociologia, como modo de explicação científica do comportamento social e das condições sociais de existência dos seres vivos, representa um produto recente do pensamento moderno."

A citação direta ou textual com 40 palavras ou mais deve ser apresentada em parágrafo próprio, sem aspas duplas, iniciando com a linha avançada (equivalente a cinco toques) e terminando com a margem direita sem recuo.

Quando a citação for indireta, abordando conceitos ou ideias do(a) autor(a) em referência, mas redigido com palavras próprias do(a) autor(a) do artigo, o nome do(a) autor(a) de referência deverá constar dentro de parênteses. Exemplo:

A dissonância cultural é um dos condicionantes estruturais que reduz a capacidade totalizadora do Estado. Isto se reflete claramente nos conflitos que surgem da contradição que se estabelece entre os Estados Nacionais e a diversidade cultural das populações no mundo globalizado (MÉSZÁROS, 2002, p. 126).

Quando se trata de um(a) autor(a) citado(a) por outro(a) autor(a), deve-se utilizar a forma *apud* (citado por). Exemplo:

Para Sartre (1963 *apud* MÉSZÁROS, 2002).

Quando houver citação de depoimentos ou entrevistas ao longo do texto, devem estar em itálico. Falas com 40 ou mais palavras devem ser apresentadas em parágrafo próprio, sem aspas duplas, iniciando com a linha avançada (equivalente a cinco toques) e terminando com a margem direita sem recuo.

Referências Bibliográficas devem vir ao final do artigo com as obras citadas ao longo do texto, de acordo com as normas nos exemplos a seguir:

Livros: SKINNER, Quentin. *As fundações do pensamento político moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

Capítulos de livros: FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, Jessé (Org.). *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília: Ed. da UNB, 2001.

Artigos: ALEXANDER, Jeffrey C. Ação Coletiva, Cultura e Sociedade Civil: secularização, atualização, inversão, revisão e deslocamento do modelo clássico dos movimentos sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 3, nº 37, São Paulo, jun/1998, p.5-31.

Resultados de pesquisas: CHAGURI, Mariana. *Do Recife dos anos 20 ao Rio de Janeiro dos anos 30: José Lins do Rego, regionalismo e tradicionalismo*. Dissertação de Mestrado, Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

Textos disponíveis na internet: CALDAS, Juarez. *O fim da economia: o começo de tudo*. Disponível em: <<http://www.caldasecon.com.br>>. Acesso em: 23 abr. 2010

Referências a tradutores(as) e ao número das edições das obras são facultativas.

Direitos autorais dos textos publicados são reservados a *Mediações* e publicações posteriores dos mesmos serão permitidas, desde que citada a publicação original.

Os(as) autores(as) farão constar em arquivo à parte as seguintes informações: nome completo, vínculo institucional, titulação acadêmica, telefone, endereço postal e endereço eletrônico.

As contribuições podem ser enviadas pelo e-mail ou através do portal da Revista

MEDIAÇÕES – REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Ciências Sociais/Centro de Letras e Ciências Humanas

Universidade Estadual de Londrina/Campus Universitário

Caixa Postal 6001 – Londrina/PR – 86055-900

Fone: 55-43-33714456

Brasil

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes>

mediacoes@uel.com.br