



Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada

Social control in the Indigenous Health Care Subsystem: a silenced structure


Nayara Scalco^a

 <https://orcid.org/0000-0001-6374-8145>
E-mail: nayarascalco@gmail.com

João Arriscado Nunes^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0109-8268>
E-mail: jan@ces.uc.pt

Marília Louvison^c

 <https://orcid.org/0000-0003-1630-3463>
E-mail: mariliacpl@gmail.com

^aGoverno do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

^bUniversidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais e Faculdade de Economia. Coimbra, Portugal.

^cUniversidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

No Brasil, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde é a participação social. Por meio de muita mobilização, os povos originários garantiram a publicação da lei que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Desde o início foram organizadas instâncias de participação: os Conselhos Locais, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Condisi (FPCondisi). Este estudo tem como objetivo compreender a estrutura formal e a efetiva configuração do espaço de participação social dos povos indígenas na construção de uma política de saúde diferenciada. Foi utilizada metodologia qualitativa com diversas fontes e materiais, com análise documental de atas de reuniões do Condisi Litoral Sul e do FPCondisi, legislação e com entrevistas em profundidade com indígenas e indigenistas. Os resultados demonstram que há vários caminhos de participação dos indígenas na política de saúde. É possível afirmar que a maioria dos entrevistados reconhece o Condisi como espaço de diálogo entre indígenas e governo, mas também apontam falta de resolubilidade desta e demais instâncias de controle social. O silenciamento das pautas indígenas nos espaços de participação formal faz com que esses povos busquem outras formas de protagonizar a construção de uma política de saúde diferenciada. **Palavras-chave:** Saúde Indígena; Participação Social; Conselho Distrital de Saúde Indígena; Fórum de Presidentes de Condisi; Conselhos de Saúde.

Correspondência

Nayara Scalco
Instituto de Saúde. Rua Santo Antônio, 590. Bela Vista.
São Paulo/SP, Brasil. CEP 01314-000.

Abstract

In Brazil, one of the fundamental principles of the Brazilian National Health System is social participation. Through mobilization, indigenous peoples secured the publication of the law establishing the Indigenous Health Subsystem in 1999, structured in 34 Special Indigenous Health Districts. From the beginning, participation instances were organized: Local Councils, District Councils of Indigenous Health (Condisi) and the Condisi Presidents Forum (FPCondisi) This study aims to understand the formal structure and effective configuration of the social participation space of indigenous people in the construction of a differentiated health policy. A qualitative methodology was used with several sources and materials, with documentary analysis of minutes of Condisi Litoral Sul and FPCondisi meetings, legislation and with in-depth interviews with indigenous people and indigenists. The results showed that there are several ways for indigenous people to participate in health policy. It is possible to state that most of the interviewees recognizes Condisi as a space for dialogue between indigenous people and the government, but they also point out the limits of the effectiveness of this and other instances of social control. The silencing of indigenous agendas in formal participation spaces makes these people seek for other ways to lead the construction of a differentiated health policy.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Social Participation; District Councils for Indigenous Health; Condisi Presidents Forum; Health Councils.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 instituiu no Brasil o Estado Democrático de Direito, colocando o bem-estar social como objetivo central da organização política e social do país. A Carta Magna estabelece diversos dispositivos de controle da “sociedade civil organizada” em relação ao Estado, instituindo uma nova compreensão da relação das pessoas com o Estado, com status de cidadania, portadoras de identidade e detentoras de direitos (Mattos; Baptista, 2015). Assim, os cidadãos configuram-se como atores que se relacionam com o Estado e dele participam.

A discussão sobre participação social está presente, pelo menos, em toda a história do Brasil República. Segundo Valla (1998, p. 9), é compreendida como “múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social”.

Mattos e Baptista (2015, p. 97) definem políticas públicas como “respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem social”. O campo de produção destas políticas é de intensa disputa, sendo fundamental a participação dos cidadãos.

Menéndez (2009) destaca que a participação social é reconhecida na Conferência de Alma-Ata como uma das atividades básicas que sustentam a política de atenção primária em saúde. O autor estabelece uma compreensão ampliada sobre o tema, identificando 11 atividades principais no processo saúde-doença-atenção que englobam desde a construção de hortas domésticas até o apoio à organização e ao funcionamento dos Sistemas Locais de Saúde.

No Brasil, a área da saúde foi pioneira ao trazer a participação social para a discussão das políticas públicas. O tema foi debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e formalizado pela Lei nº 8.142/1990 com o objetivo de garantir aos setores organizados da sociedade seu envolvimento na formulação, no acompanhamento da execução, na alocação de recursos e na avaliação das políticas (Correia, 2000). Para tanto, foram instituídos

conselhos de saúde em cada esfera de governo para discutir e deliberar quanto à política sanitária, estabelecendo-se ainda a realização da Conferência de Saúde a cada quatro anos para avaliar a situação do setor e propor diretrizes.

A participação social na política sanitária representa o reconhecimento da diversidade e, muitas vezes, os interesses conflituosos da sociedade, abrindo canais para discutir os a fim de que sejam negociados ou componham soluções adequadas aos problemas debatidos (Nunes et al., 2018). Contudo, alguns autores argumentam que esta institucionalização, com o passar do tempo, foi estruturando o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), moldando suas possibilidades à lógica do Estado (Bravo; Correia, 2012).

Os povos indígenas constituem uma força social neste campo de disputa para influenciar as políticas públicas, principalmente após a Constituição Federal. Ao longo dos séculos em que foram submetidos a um Estado e a um governo que não fazem parte do seu modo de organização, estes povos protagonizaram a luta pela superação do “poder tutelar” exercido pelo Estado. Os índios em movimento, por meio da Emenda Popular da União das Nações Indígenas, garantiram a inclusão dos seus direitos na Constituição, cujo capítulo VIII (“Dos Índios”) reconhece que estes são cidadãos brasileiros, com direito a seus modos de vida e a ocupar as terras tradicionais, o que legalmente rompe com a política pautada numa concepção linear da evolução humana e de integração à comunidade nacional sob tutela do Estado (Munduruku, 2012; Souza Lima, 2015).

Na década de 1990 constituem-se as organizações sociais indígenas que foram fundamentais na luta pelo reconhecimento de suas identidades e de seus direitos constitucionais e, assim, influenciaram a organização da política de demarcação de terras, educação e saúde (Paula; Vianna, 2011; Souza Lima, 2015). Com a organização de duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena em 1986 e 1993, e com a representação indígena ocupando e disputando ativamente estes espaços, elaboram-se as diretrizes fundamentais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi). Após muitas articulações no Congresso Nacional, o Sasi foi aprovado e publicado pela Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), reconhecendo que

os modos de vida dos povos originários são distintos e, portanto, necessitam de atenção diferenciada.

O Sasi, sob gestão centralizada no governo federal, tem como principal objetivo garantir a atenção básica nas aldeias indígenas, considerando e articulando a integralidade da atenção e respeitando as necessidades culturais, sociais e epidemiológicas de cada povo. Nos primeiros 11 anos, a gestão foi atribuída à Fundação Nacional de Saúde (Funasa); em 2010, após denúncias e reivindicações dos indígenas, foi criada, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), atual gestora.

A criação do Sasi desencadeou o processo de distritalização, conforme deliberado na 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que culminou em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Estes foram estruturados em função da diversidade de características culturais, de contato e de organização política dos indígenas, sem considerar os limites entre municípios e estados. Na organização dos Dsei há estruturas e profissionais para assistir aos povos indígenas - Polo Base, Casa de Apoio à Saúde Indígena e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) - e instâncias de participação social para atuar junto à gestão na proposição de ações, planejamento, monitoramento e avaliação - Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi). Em 2006 foi criado o Fórum de Presidentes de Condisi (FPCondisi) no nível nacional (Cardoso, 2015; Garnelo, 2004).

Contudo, a produção de políticas públicas não termina na publicação da norma. A luta pela sua efetivação e implementação é constante, e o relatório da Organização das Nações Unidas de 2016 aponta a estagnação das políticas indigenistas (Tauli Corpuz, 2016). As disputas para implementar estas políticas exigem uma atuação incessante dos povos originários, com mobilizações e enfrentamentos de propostas governamentais e parlamentares que ferem seus direitos constitucionais reafirmando a exclusão abissal destes povos e o colonialismo interno que persiste no país (Casanova, 2006; Santos, 2018).

Santos (2018), com as epistemologias do Sul, dedica-se a discutir essa exclusão abissal, resultado do reconhecimento de uma única possibilidade de conhecimento, tempo e modo

de vida - o pensamento abissal -, o qual produz sistematicamente a inexistência de todos os grupos que desafiam estas monoculturas. Assim, os povos indígenas lutam para superar esta exclusão abissal a que estão submetidos. As respostas que emergem destas lutas fortalecem a justiça cognitiva, que, neste caso, refere-se ao reconhecimento do direito dos povos indígenas de construir suas próprias histórias, seus modos de organização da vida coletiva e de participação, além de reconhecer seus saberes e práticas relativas à saúde e à cura para além de um conhecimento no âmbito local.

O Sasi foi conquistado com a proposta de ser diferenciado e respeitar as características culturais dos diversos povos indígenas. A garantia de fóruns de negociação entre indígenas, profissionais da saúde e gestão é importante para permitir o emergir das necessidades dos povos, suas medicinas e debates quanto a possibilidades e limites de articulação com a biomedicina. Neste sentido, compreender a estrutura formal organizada no âmbito nacional, como estabelecem as leis nº 8.142/1990 e Arouca (Brasil, 1999), e a efetiva configuração de um espaço de participação social dos povos indígenas com a implementação do Sasi a partir de 1999 é fundamental para refletir as possibilidades de construção e implementação de uma política de saúde diferenciada.

Metodologia

A pesquisa utilizou metodologia qualitativa com análise de documentos e entrevistas em

profundidade (Minayo, 2013; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Foram analisadas a legislação do SUS e Sasi referentes ao tema de participação social (Quadro 1), 29 atas de reuniões do FPCondisi que ocorreram entre 2011 e 2017 - período em que a gestão do Sasi ficou sob responsabilidade da Sesai - e 40 atas de reuniões do Condisi do Dsei Litoral Sul que ocorreram entre 2000 e 2017. Este Dsei foi escolhido pela possibilidade de acesso e proximidade com a pesquisadora, que foi membro do conselho de 2009 a 2013, experiência que contribuiu para a compreensão e análise do material.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2017 com 11 indígenas e quatro indigenistas escolhidos entre um conjunto de informantes-chave por terem atuado no processo de construção da política de saúde indígena e participado das instâncias de controle social do Sasi. Com o intuito de possibilitar uma reflexão sobre a participação indígena no âmbito nacional, os entrevistados representam todas as regiões do país (Quadro 2).

Após exaustiva leitura de todo o material foi possível identificar e analisar as questões aqui apontadas. Apesar de este artigo não destacar as falas de todos os entrevistados, todas elas trouxeram reflexões quanto à participação dos povos originários na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) a partir de diversos conhecimentos, sem os colocar em conflito, reconhecendo que cada um tem seu contexto de fala.

Quadro 1 – Textos jurídicos sobre participação social na saúde

Autor	Tipo de texto	N	Data de assinatura	Descrição da norma	Situação atual
MS/GM	Portaria	254	31/01/2002	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.	Revogada pela Consolidação n 2/2017
MS/GM	Portaria	644	27/03/2006	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação n 4/2017
MS/GM	Portaria	755	18/04/2012	Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação n 4/2017

MS/GM: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.

Quadro 2 – Relação dos entrevistados

Identificação	Estado de origem	Atuação no controle social	Profissão
Indigenista 1	—	Participou	Médico
Indigenista 2	—	Participou	Médico e antropólogo
Indigenista 3	—	Participou	Médico
Indigenista 4	—	Participou	Médico
Guarani/RS	Rio Grande do Sul	Conselheiro distrital	Enfermeiro
Guarani/RJ	Rio de Janeiro	Conselheiro distrital	Motorista
Guajajara/MA	Maranhão	—	Assistente social
Tucano/AM	Amazonas	—	Agente de cultura e ex-coordenador da UNI
Taurepang/RR	Roraima	—	Professor
Tremembé/CE	Ceará	Conselheiro distrital	Agente indígena da saúde
Guarani/SP	São Paulo	Conselheiro distrital	—
Krenak/MG	Minas Gerais	Participou	Ex-coordenador da UNI
Xavante/MT	Mato Grosso	—	—
Baré/AM	Amazonas	—	—
Kayapó/MT	Mato Grosso	—	—

UNI: União das Nações Indígenas.

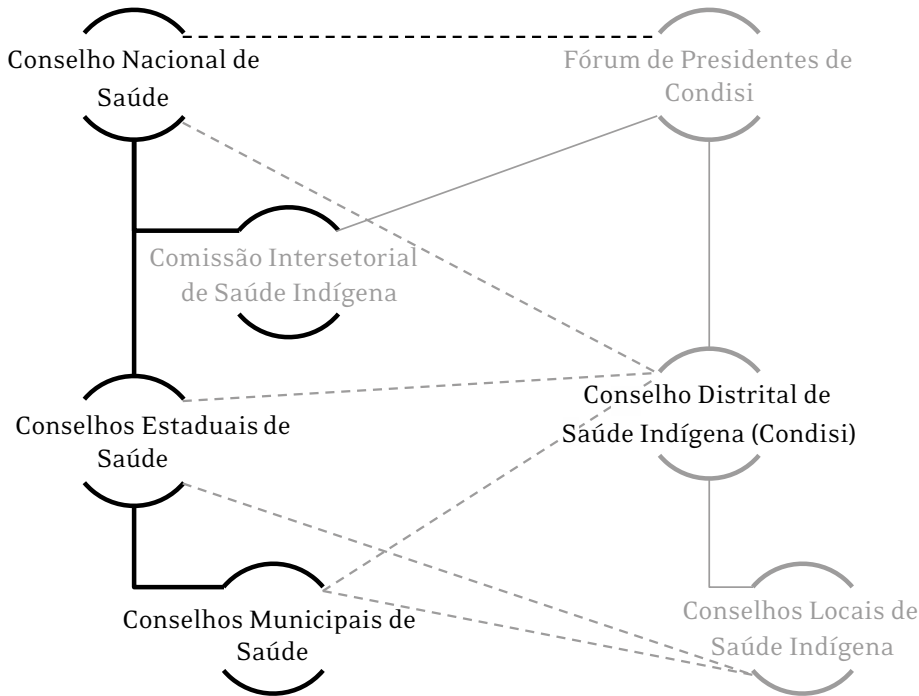
A pesquisa seguiu as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovada pelo Parecer nº 1.766.478. Considerando as características dos entrevistados, opta-se neste trabalho pela não identificação dos indigenistas e pela identificação dos indígenas pela etnia e sigla do estado de origem (Quadro 2).

Resultados e discussão

As entrevistas e legislações analisadas demonstram que as estruturas do controle social traçam dois caminhos de participação dos povos indígenas na política de saúde, com pouca interação entre si na esfera nacional e nenhuma articulação nos estados e municípios, demonstrando um paralelismo na estrutura do controle social (Figura 1).

O controle social no Sasi vem se formatando nos moldes da Lei nº 8.142/1990 e das Deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua organização é determinada pela Portaria nº 755/2012, publicada sob gestão da Sesai e que regulamenta as estruturas do CLSI, Condisi e FPCondisi prevista na Pnspi (Portaria nº 254/2002) e na Portaria nº 644/2006 (Brasil, 2006, 2012; Funasa, 2002). Porém, a relação entre as instituições não está normatizada, e as articulações estão em processo de construção. A discussão sobre o papel dos CLSI, Condisi e FPCondisi aparece com frequência nas atas analisadas. O mesmo acontece com os debates quanto à relação entre estas instâncias e entre elas e a gestão, no nível local, distrital ou federal, e as instâncias do CNS e da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi).

Figura 1 – Representação das relações existentes entre instituições de controle social e as que necessitam ser fortalecidas



Linhas contínuas: relações existentes entre instituições de controle social; linhas segmentadas: relações que necessitam ser fortalecidas; nomenclaturas em preto: instâncias deliberativas; nomenclaturas em cinza: instâncias consultivas.

O FPCondisi, com caráter permanente e consultivo, tem como competência participar da formulação e acompanhar a Pnspi, bem como fortalecer e articular o controle social. Entre as falas dos entrevistados encontram-se críticas a esta instância, que na percepção dos indigenistas distancia as discussões da base:

Na sequência a Funasa constituiu esse Fórum de Condisi [...] É uma autonomia política que está muito mais próxima aos governos centrais do Brasil do que às necessidades, prioridades das aldeias. (Indigenista 2)

Ferreira (2012) aponta que o FPCondisi surgiu por uma demanda dos presidentes de Condisi devido à falta de autonomia dos Dsei na gestão dos territórios. Mesmo sendo uma instância consultiva, o Fórum influencia de forma importante as decisões do governo. Este espaço foi afetado pelo Decreto Presidencial nº 9.759/2019 (Brasil, 2019), que extingue e limita a existência de colegiados na gestão federal.

Assim, ainda que as entrevistas indicassem que o FPCondisi ocupava papel central na articulação com a Sesai, mantendo o cerne da discussão na gestão nacional do Sasi e distanciando as aldeias deste debate, sua extinção dificulta ainda mais a participação indígena no debate da política nacional.

Os CLSI, considerados como o espaço de exercício do poder de decisão indígena, foram pensados como o centro do Subsistema. Seriam as instâncias não deliberativas de influência real das lideranças indígenas, onde a política deveria ser planejada. Almejava-se que a construção do Sasi fosse conjunta, o que não veio a acontecer.

Previa-se uma miríade de Conselhos Locais onde a liderança de aldeia que, de fato, tem poder e influência no plano local pudesse exercitar a tomada de decisão, compreender melhor os processos de planejamento e definir com mais clareza a necessidade de saúde. Esses Conselhos Locais [...] não foram implementados na prática da maneira como deveria ser. (Indigenista 2)

Os Condisi, que são as instâncias deliberativas do Sasi, foram instituídos de forma paritária, assim como os conselhos municipais e estaduais de saúde, e despertam posicionamentos contraditórios entre os entrevistados:

Olha, tem um lado que é muito bom, mas eu vejo que tem outro lado [...] [pois] criaram essa barreira para o índio não conseguir seu objetivo diretamente em Brasília. [...] É difícil ter uma resposta do que a gente vem discutindo há anos com o Conselho Distrital. (Guarani/RJ)

A formalização dos espaços do CLSI pela Portaria nº 755/2012 (Brasil, 2012) trouxe como consequência a burocracia da gestão não indígena. Ao estipular que os membros do CLSI devem ser eleitos, dificultase a participação de toda a comunidade e não se garante a frequência das reuniões. As atas do Condisi Litoral Sul reafirmam constantemente a importância das reuniões do CLSI e solicitam apoio do Dsei para garantir este espaço. Apontam que muitas vezes estas reuniões não ocorrem por falta de recursos para transporte e alimentação dos membros.

Para os indígenas, que são sujeitos coletivos que constroem pautas e decisões em momentos de conversa, é possível compreender a importância dos Condisi e CLSI como ambientes de encontro, articulação entre as aldeias. Em diversas entrevistas, estes aparecem descritos como espaços onde podem “encontrar os parentes” e “reunir todo mundo”. Quando a gestão nega esta perspectiva, não reconhece o modo diferenciado de participação indígena previsto na Constituição Federal (Brasil, 1988), na Convenção nº 169 (OIT, 2011) e na Lei Arouca (Brasil, 1999), rompendo assim com a responsabilidade coletiva pela saúde dos povos originários.

A própria publicação da Portaria nº 755/2012 (Brasil, 2012), em abril daquele ano, fere o princípio da participação indígena, ao passo que foi elaborada sem a escuta e colaboração dos maiores interessados, os povos originários. A ata da 3ª Reunião Extraordinária do FPCondisi, que ocorreu em maio de 2012, questiona a “nova portaria do controle social”, e somente na 4ª Reunião Extraordinária do FPCondisi, em julho de 2012, a Portaria foi apresentada em slides e foram

esclarecidas dúvidas dos presidentes de Condisi presentes. Porém, antes da publicação da Portaria, as atas de reunião do FPCondisi não indicam debate quanto ao seu conteúdo, e as atas do Condisi Litoral Sul não trazem nenhuma referência ao tema.

Caminhos silenciados: espaços burocráticos e conflituosos

As atas analisadas destacam os divergentes posicionamentos sobre a organização dos diferentes espaços de controle social e o protagonismo de algumas decisões. Sendo o FPCondisi uma instância consultiva da Sesai, a responsabilidade de deliberar sobre as políticas a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde é do CNS. As atas do FPCondisi retratam divergências entre estas instâncias quanto, por exemplo, à estruturação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (Insi), proposto pelo Ministério da Saúde para executar as ações de saúde nos territórios indígenas.

Essa discussão reforça o conflito e a falta de articulação entre FPCondisi e CNS. Na história da política de saúde para os povos originários, importa ressaltar que a articulação entre o movimento indígena e o CNS se iniciou com a criação da Cisi, uma comissão permanente consultiva, em 1993. Era neste espaço, com representação indígena, que os debates aconteciam para pautar o CNS. Contudo, as entrevistas apontam um enfraquecimento da Cisi na medida em que a gestão do Sasi assume o FPCondisi como órgão máximo do controle social:

[o órgão gestor] publicou um manualzinho que era Controle Social no Sistema de Saúde Indígena e colocava a instância máxima de controle social no subsistema, o FPCondisi. Eu achava que o Conselho Nacional de Saúde era a instância máxima de controle social no Sasi, que tinha representação indígena e a Cisi como assessora. (Indigenista 3)

A fragilidade da discussão na Cisi pode ter influenciado o poder de articulação com o CNS. Porém, é importante destacar que a proposta do Insi, um instituto privado de direito público, se contrapõe à lógica defendida para o SUS, que encontra no CNS um forte aliado em sua defesa. Outro ponto que pode

ter influenciado o posicionamento do CNS foram as críticas das associações indígenas e indigenistas quanto à agilidade com que a pauta foi discutida nos Condisi, não propiciando tempo para amadurecer as discussões, conforme descrevem as atas analisadas.

Os resultados demonstram que as principais disputas no que tange às deliberações sobre a política de saúde indígena estão no nível federal. Este fato pode estar relacionado com a falta de interlocução entre os CLSI, Condisi, conselhos municipais e estaduais de saúde. Com gestão federal e uma organização territorial que rompe com a geopolítica do Estado brasileiro, pouco pode fazer sentido para os indígenas em movimento a lógica de discussão em âmbito municipal e estadual. Trabalhos demonstram que a pauta da saúde indígena ganhou maior destaque no CNS, sem, contudo, se refletir em melhora na condição de saúde destes povos, que continua com indicadores muito abaixo dos nacionais (Teixeira; Simas; Costa, 2013) e não indica a necessária articulação entre as discussões do CNS com FPCondisi, Condisi e CLSI.

A organização dos conselhos no Sasi mereceu destaque em todas as entrevistas, mesmo sem este ter sido mencionado como tema de interesse. Segundo um dos entrevistados, o fato de os CLSI não serem implementados como previsto resulta numa mudança na atuação dos Condisi, que assumiram uma função mais burocrática, comprometendo seu papel na discussão da política de saúde indígena:

Então, os Condisi acabaram se tornando um espaço burocrático, com uma representatividade que não tem grande adesão dos grupos que eles deveriam representar; eles estão muito acionados para referendar planos, para aprovar prestação de contas. (Indigenista 2)

Analisando a participação indígena nos séculos XX e XXI, Souza Lima (2015, p. 444) afirma que

o sentido da participação foi aos poucos se alterando. De um cunho eminentemente político e marcado pela busca de autonomia no diálogo com as agências de governo, a participação indígena foi se convertendo numa presença de caráter mais técnico, burocrático e por vezes figurativo.

Esta burocratização do controle social tornou-se mais aparente com o passar do tempo, conforme apontam as atas de reunião analisadas. A discussão do regimento interno, no que diz respeito à necessidade de padronizar os Condisi, é muito intensa nas primeiras reuniões do Fórum e, por consequência, diversas atas do Condisi Litoral Sul tratam de sua reformulação. Esta discussão traz para as reuniões cada vez mais a preocupação de seguir estes regulamentos, dando a impressão de que não os seguir deslegitimaria as deliberações.

Neste espaço dominado pela operacionalização do Estado, o perfil dos conselheiros que conseguem ocupá-lo nem sempre reflete as características dos sábios das aldeias. Souza Lima (2015) afirma que “participar” exige dos indígenas recursos e conhecimento - para utilizar e-mails e viajar de avião, por exemplo - e que aprendam a etiqueta adequada aos fóruns participativos - respeito ao tempo estabelecido para fala e ao próprio regimento. Esta burocratização gera questionamentos quanto à representatividade dos conselheiros, que é comum no SUS:

Isso é o problema do modelo de representatividade que foi adotado no SUS. Então, você acaba gerando um conjunto de lideranças que têm sua legitimidade, sem dúvida, mas elas são muito mais sensíveis às necessidades do poder [...]. Tem alguns representantes de conselho que são pessoas extremamente motivadas, mobilizadas; agora, o resultado concreto é que os Condisi não têm conseguido influenciar de forma efetiva na instância política. (Indigenista 2)

Ainda que viabilize uma abertura para o diálogo, este espaço reafirma a lógica colonial na medida em que se estrutura a partir de regras distantes das concepções indígenas. A hegemonia das discussões gerenciais e de temas ligados ao saber biomédico reforça a limitação desse espaço de participação na construção de políticas públicas com protagonismo indígena.

Krenak/MG reafirma a necessidade, colocada por Souza Lima (2015), de adquirir recursos e conhecimento nesta perspectiva de participação ao trazer para este debate dois desafios que repercutem na atuação dos conselheiros: a necessidade de organização logística para garantir a presença dos indígenas e a assimetria entre os segmentos dos conselhos.

A preparação do ambiente para essas escutas começa lá atrás [...]. A gente sabe que tem alguns lugares [em] que um conselheiro precisa sair cinco dias antes para ele poder estar no dia da reunião. Se ele é avisado naquela semana para ele vir, ele não vem mesmo.

[...]

Tem o usuário, o gestor. [...] para fins de organizar o sistema, criam essas categorias, [mas] elas mais afastam do que aproximam os coletivos que vão precisar se integrar depois para fazer alguma coisa junto, porque eles já começam com desigualdades instaladas. (Krenak/MG)

Estes pontos demonstram a importância de planejar a reunião para que questões logísticas não impeçam a participação. O planejamento torna-se ainda mais importante quando as reuniões ocorrem em centros urbanos, o que traz outras necessidades quanto à disponibilidade de recurso financeiro e programação, consequentemente estabelecendo pré-requisitos para a participação.

As atas de Condisi e do FPCCondisi demonstram frequentes mudanças de agendamento e ausência de conselheiros que não receberam passagens e/ou diárias. Justificando-se com falta de tempo para organizar a reunião e liberar recursos ou até mesmo com outras atividades em que estão envolvidos, os gestores alteram essas datas sem considerar as demais atividades políticas e de vida dos conselheiros. Ficam assim estabelecidas relações de poder que, ao não propiciar ambiente adequado para a participação dos indígenas, os obrigam à presença, discussão e votação a partir da lógica, disponibilidade e interesse das pautas do Estado. Esta perspectiva repercute no segundo ponto colocado por Krenak/MG quanto à desigualdade instalada entre os representantes dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários. Assim, pode-se entender que a organização do Conselho não tem sido suficiente para garantir a participação indígena na gestão do Subsistema.

Neste contexto de estrutura imposta pelo Estado, seguindo o mesmo formato do controle social do SUS, não respeitando as especificidades

da população indígena, como já foi ressaltado por Cruz e Coelho (2012), percebem-se visões distintas entre os indígenas entrevistados. Apesar de criticar seu funcionamento, aqueles que participam das instâncias como conselheiros ou são profissionais das EMSI reconhecem a importância deste espaço como local onde se discute a política de saúde indígena.

A gente, como presidente de Condisi, é realmente o elo da base com a gestão aqui. [...] está dando certo esta conversa. (Tremembé/CE)

Cecilio, Carapinheiro e Andrezza (2014, p. 18) destacam a posição de representantes do controle social no SUS que se apresentam “mais como especialistas do que leigos” por dominarem elementos da máquina pública, o que proporciona outra forma de reflexão sobre este espaço, mais próxima da avaliação dos gestores. Entretanto, indígenas que não atuam nestes espaços os consideram como locais para legitimar as decisões do governo e que não representam as necessidades da comunidade:

Os conselheiros, eles dançam a música da própria organização que se chama Sesai. Então eles estão muito mais defendendo a Sesai do que o próprio direito à saúde que os indígenas têm. Vejo assim, não com muita atuação, não com autonomia de conselho, dentro da minha região. (Taurepang/RR)

As considerações de Ferreira (2012), ao colocar que, na prática, a participação da comunidade não acontece nos espaços do Condisi e chamando atenção para que estes importantes espaços não se tornem apenas locais de legitimação das ações do Estado, corroboram as posições dos entrevistados. Está evidente a percepção dos participantes desta pesquisa quanto ao pouco espaço para voz e pautas indígenas que representem as comunidades nesta organização, colocando em questão a relação de cooptação do debate pelo Estado.

O material analisado e as entrevistas mostram que as necessidades específicas dos indígenas têm pouco espaço para discussão nos Condisi. Langdon e Diehl (2007) já destacaram a estrutura burocrática e institucionalizada destes fóruns, que dificulta a participação da comunidade indígena, observando

que a atenção diferenciada, principal missão do Sasi, não é discutida nas reuniões, situação que persiste ainda hoje. As atas não retratam a discussão de como deveria ser organizada a assistência nas aldeias e de como se deve articular a participação de pajés, parteiras e medicinas indígenas com a EMSI. A valorização destas medicinas é apontada como necessária em diversas reuniões, mas trata-se de um relato sem eco ou repercussão na gestão, assim como as necessidades de cada Polo Base no Condisi e de cada Condisi no Fórum, que aparecem registradas quando cada participante expõe a sua realidade, mas não se desdobram em nenhuma discussão aprofundada.

Assim, a reunião de Condisi é um momento de intensa disputa por agenda com o coordenador do Dsei, muitas vezes esvaziando a plenária e privilegiando a discussão individualizada das necessidades locais, demonstrando também a fragilidade e a ausência de autonomia do Polo Base. No âmbito federal, a disputa é travada pela agenda com o secretário da Sesai e os chefes de departamento, o que reforça a pouca autonomia de gestão dos próprios Dsei, já apontada por Cardoso (2015) como um importante desafio do Sasi.

Outro ponto importante que corrobora esta pouca resposta às necessidades indígenas encontra-se nas atas do Condisi, que sempre citam o encaminhamento de diversos documentos às instâncias competentes, muitas vezes a própria Sesai, e se iniciam com a afirmação de que “não houve resposta aos encaminhamentos enviados”. No mesmo sentido, a maioria dos indígenas, principalmente das regiões Sul e Sudeste, também relatam nas entrevistas a falta de retorno e compromisso da gestão no debate conjunto das pautas colocadas:

o Conselho Distrital, ele delibera muitas coisas, mas muitas vezes não somos atendidos, e com isso acaba enfraquecendo as bases das aldeias. (Guarani/RS)

Esse relato destaca uma preocupação frequente nas atas: a cobrança das bases. Os conselheiros demonstram grande respeito ao que a comunidade coloca, o que permite afirmar que, mesmo transparecendo um envolvimento menor com seus territórios, a defesa das pautas da aldeia e a tentativa

de um retorno efetivo estão presentes no seu dia a dia. Hoje o problema está terceirizado para estes conselheiros, e a própria visão de que estes são mais próximos da gestão contribui para esta construção do imaginário, no qual a responsabilidade passa a ser dividida entre conselheiros e governo, com maior peso para os primeiros. As aldeias, quando não veem suas necessidades atendidas, cobram enfaticamente dos conselheiros: *se não der certo, pau nos conselheiros, não é no Estado* (Indigenista 1). Desta forma, a estrutura do controle social não propicia o modo de fazer política indígena, silenciando esta participação.

Os entrevistados que atuam no controle social relatam outro problema que afeta esta relação com suas comunidades: o tempo. Com demandas de gestão para serem discutidas em curto prazo, não há tempo para debater com as bases:

Não é bem isso a realidade, a gente não tem esse teempooo [...] E aí a gente acaba citando sempre a OIT [Organização Internacional do Trabalho, referindo-se à sua Convenção nº 169], que garante a consulta prévia, mas a gente acaba fazendo essa consulta prévia não exatamente como era para ser, porque a consulta era para ser detalhada, ir na base, lá na aldeia conversar, e às vezes não tem tempo, porque tudo é com prazo bem limitado. (Tremembé/CE)

Não. Tem essa questão, essa liberdade de poder discutir, mas tempo muitas vezes não temos. [...] Isso acaba refletindo nas bases e acaba que os próprios indígenas começam a discutir entre si. (Guarani/RS)

É preciso reforçar que as estruturas dessas instâncias seguem a lógica não indígena de exercício do poder, que não se expressa apenas na organização e nas regras de funcionamento dos conselhos, mas também nos tempos institucionais de resposta exigidos destes fóruns. Assim, muitas vezes estas pautas são deliberadas sem se garantir o entendimento dos indígenas sobre o que está em causa para uma tomada de decisão consciente:

O Condisi é uma instância que não segue a lógica indígena de exercitar o poder político, ele é uma instância de branco em que, dependendo da situação, as pessoas ou são coagidas, ou são convidadas

a referendar decisões que podem gerar graves prejuízos, e eles estão vulneráveis lá, porque, afinal de contas, é um espaço em que o controle está dado pelo Estado [...]. Isso não é uma coisa que acontece só no mundo indígena, você está vendo isso no SUS como um todo. (Indigenista 2)

Uma coisa constante que eu notava era que os orçamentos, eles eram feitos a priori, eles eram submetidos para aprovação e eram feitos numa linguagem tão especializada que a maioria dos conselheiros não conseguia ler as planilhas, mas eles eram estimulados e às vezes até convencidos que tinham que aprovar logo porque senão nossa região ia ficar fora do orçamento. (Krenak/MG)

Por fim, pode-se reafirmar que a participação indígena na gestão é atravessada não apenas pela dificuldade de diálogo intercultural, mas também pela inflexibilidade da gestão em lidar de forma diferenciada com esta população (Teixeira; Simas; Costa, 2013). Embora exista o Sasi, que se propõe diferenciado, no funcionamento do controle social essa diferenciação não é percebida. O Estado, que historicamente exerce poder sobre os povos indígenas de forma autoritária, não vem respeitando os modos tradicionais de organização política dessa população, reafirmando o caráter violento e colonial da elite política brasileira (Souza Lima, 2015).

Está em causa, assim, a lógica de organização destes espaços e o silenciamento das pautas indígenas. As leis e os governos emanados do Estado não partem da lógica indígena de organização. Na longa história de uma colonização que não chegou ao fim, os povos indígenas são confrontados com o paradoxo de que para serem reconhecidos pelo Estado precisaram se aproximar e se integrar à sua lógica de organização. Diante disto, está posta a reflexão: como garantir a participação indígena em espaços criados com outra racionalidade, uma racionalidade abissal (Santos, 2009), transformando-os em espaços que a desafiem?

É inegável a importância dos fóruns de participação do SUS e do Subsistema. Os dados trazidos aqui,

contudo, permitem afirmar que ao longo do tempo a sua crescente burocratização limitou e condicionou a possibilidade de participação dos povos indígenas. São espaços que, atualmente, têm como objetivo principal cumprir as obrigações legais estabelecidas nas normativas do SUS. Desta forma, vão sendo encarados pela comunidade indígena como um espaço de legitimação das propostas de governo, abrindo conflitos entre os indígenas que cobram resolutividade da atuação dos conselheiros.

Rompendo o silêncio: povos indígenas em movimento por frestas de diálogo com o Estado

Com espaços cada vez mais estruturados e limitados silenciando as reivindicações indígenas, outras formas de participação ganham força, como a organização do Acampamento Terra Livre e as invasões de sedes de Dsei e da Sesai. Nos últimos anos, importantes movimentos com ações nas redes sociais e diversas mídias ocorreram para defender a autonomia financeira dos Dsei, como o #OcupaSesai, e a permanência da gestão do Sasi no nível federal em uma secretaria específica, a Sesai, com o #NÃOAMUNICIPALIZAÇÃO.¹

Alguns indígenas entendem que estas não são as formas mais adequadas de reivindicação, mas, quando um espaço é silenciado, esses povos em movimento buscam outras formas de abrir espaços de negociação com o Estado. Estes movimentos se fortalecem com a necessidade de negociar demandas no “varejo” e na “pressão”, devido ao silenciamento dos ambientes de controle social e a modificações nas características da participação, que passam a ser mais relacionadas ao cotidiano local:

Então a gente começou de alguma forma a se revoltar com a situação. Quando o Distrito viu [...] que a situação passou do limite, eles se mobilizaram; o chefe de saneamento veio [...], agora o coordenador do Distrito vem pra tentar fazer um diálogo com o município, mas isso é coisa passageira; de repente, se a gente não consegue manter a pressão, isso se perde. (Guarani/SP)

¹ APIB - ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. c2019. Disponível em: <<https://apiboficial.org/>>. Acesso em: 18 maio 2019.

Nós só temos voz quando a gente depara com alguma irregularidade e aí os povos indígenas vão para cima e garantem não só a legitimidade deles, mas garantem também, numa forma de pressão, que o órgão venha a cumprir seu papel. (Taurepang/RR)

É possível reconhecer que, perante o silenciamento das estruturas do controle social, as outras formas de visibilidade para as demandas dos territórios indígenas são as que abrem espaço para algum tipo de resposta. No momento em que a internet ganha espaço na vida de todas as pessoas, os povos indígenas também se apropriam dela e a ocupam, transformando-a em ambiente de mobilização.

Segundo Krenak (2015), quando afirma que movimento é algo que tem potência, os resultados permitem apontar que mesmo por meio de mobilizações de âmbito mais circunscrito, com reivindicações mais locais, os povos indígenas buscam diversas alternativas para se movimentar. Estes movimentos buscam superar a produção continuada de invisibilidade e ausência de reconhecimento pelo Estado dos diversos modos de vida e das necessidades dos povos originários. A permanente luta pela superação desta invisibilidade resulta em deslocamentos temporários e reiterados dessa forma de exclusão abissal (Santos, 2009), emergindo, mesmo que em momentos pontuais, as alternativas indígenas para a produção da vida e do cuidado em saúde.

Considerações finais

Como contribuir para a amplificação das vozes indígenas que participam dos espaços de controle social? A resposta passa, entre outras ações e iniciativas, pela mudança nos fóruns existentes, para que eles não se reduzam a espaços de discussão e legitimação de propostas elaboradas pela gestão ou por aqueles poucos participantes que, dominando as regras que organizam esses espaços, conseguem identificar e alargar as frestas que permitem alguma abertura para o diálogo.

Como organizar estes fóruns de modo que não haja hierarquias entre gestores, trabalhadores e usuários e entre os saberes e linguagens que neles se apresentam é o desafio que está colocado para

superar o processo de silenciamento da participação indígena. A resposta a esse desafio envolve, entre outras condições, a superação dos conflitos sobre os papéis das diversas instâncias, principalmente no âmbito federal, fortalecendo cada uma delas de modo a promover e garantir a participação social na política de saúde indígena.

No contexto político atual, este processo de silenciamento se intensifica. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, chamada para 2019, não teve lugar até o momento. A gestão do Sasi está limitando o número de reuniões dos Condisi, e a existência do FPCondisi está sendo discutida na Justiça devido ao Decreto Presidencial nº 9.759/2019 (Brasil, 2019), que extinguiu fóruns e conselhos não previstos em lei. Contrapondo-se ao cenário atual de silenciamento, os povos originários se movimentam e ocupam as redes sociais, a Esplanada dos Ministérios, o Plenário do Congresso e os espaços de gestão. Estes potentes movimentos buscam superar as barreiras para a incorporação de suas demandas e para a garantia dos seus direitos originários e constitucionais pelo Estado.

Perante este cenário, é fundamental reafirmar a importância da participação indígena para garantir e manter seus direitos constitucionais. Merece destaque aqui a garantia de organização e funcionamento do Sasi tal como foi estabelecido na Lei Arouca e na Pnspi, com protagonismo dos povos indígenas nos espaços do controle social e de construção do subsistema. Assim se poderá restabelecer o seu papel original: discutir um modelo diferenciado de cuidado à saúde nos territórios indígenas. Políticas públicas de proteção social e cuidado não podem ser produzidas sem que se legitime a participação de seus protagonistas.

Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 nov. 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/3iHvibW>>. Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 644, de 27 de março de 2006. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2017b.
- BRASIL. Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 abr. 2019.
- BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.
- CARDOSO, M. D. Políticas de saúde no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: UFSC, 2015. p. 83-106.
- CASANOVA, P. G. Colonialismo interno (una redefinición). In: BORON, A. A. et al. (Org.). *La teoría marxista hoy: problemas y perspectivas*. Buenos Aires: Clacso, 2006. p. 409-434.
- CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CORREIA, M. V. C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CRUZ, K. R.; COELHO, E. M. B. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 185-198, 2012. Suplemento 1.
- FERREIRA, L. B. *O controle social no subsistema de atenção indígena: uma reflexão bioética*. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.
- FUNASA - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/3iqvzA2>>. Acesso em: 14 set. 2020.
- GARNELO, L. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004*. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, 2004. (Documento de Trabalho n. 9). Disponível em: <<https://bit.ly/30EaUBC>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- KRENAK, A. *Encontros*. Rio de Janeiro: Azougue, 2015.
- LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 83-152.

- MENÉNDEZ, E. L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MUNDURUKU, D. *O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970-1990)*. São Paulo: Paulinas, 2012.
- NUNES, J. A. et al. A emergência do sujeito participativo: interseções entre ciência, política e ontologia. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 162-187, 2018.
- OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e resolução referente à ação da OIT*. Brasília, DF, 2011.
- PAULA, L. R.; VIANNA, F. L. B. *Mapeando políticas públicas para povos indígenas*. Rio de Janeiro: Laced/UFRJ, 2011.
- SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2009. p. 23-72.
- SANTOS, B. S. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2018.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Santa Vitória do Palmar, v. 1, n. 1, 2009.
- SOUZA LIMA, A. C. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 425-457, 2015.
- TAULI CORPUZ, V. *Declaração de fim de missão*. Genebra: Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/35G1rhR>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H.; COSTA, N. M. A. C. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Revista Tempus*, Brasília, DF, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

Contribuição dos autores

Scalco concebeu o estudo e coletou os dados. Louvison colaborou na concepção do estudo. Todos os autores contribuíram na análise dos dados e redigiram o artigo.

Recebido: 21/05/2020

Reapresentado: 03/09/2020

Aprovado: 05/10/2020