Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

“Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil

Nayara Begalli Scalco Vieira

Tese apresentada para avaliação escrita no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

São Paulo
2019

“Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil

Nayara Begalli Scalco Vieira

Tese apresentada para avaliação escrita no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

Versão Original
São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, sede que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Biblioteca da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez – CRB-8/4359

Vieira, Nayara Begalli Scalco
"Tem que ser do nosso jeito": participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil / Nayara Begalli Scalco Vieira; orientador ; coorientador Marília Cristina Prado Louvison. -- São Paulo, 2019.
246 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Participação Social. 4. Conferência de Saúde. 5. Epistemologias do Sul. I. , , orient. II. Louvison, Marília Cristina Prado, coorient. III. Título.

Dedico este trabalho a:

Miguel, Naca, Ywara, Kerexu
por representar novas gerações dos Povos
Indígenas, motivo de existência deste
trabalho, e por dividirem seus pais e mães
com todos nós.

meus avós maternos, Lila e Violanda,
pelo amor.

minha mãe, Goreti,
por sempre me incentivar a voar,
mesmo que pra longe.

Dedé, Gabriela, Ariela, José Leonardo,
Alice e Bernardo,
por serem minha família em qualquer
situação.

Agradecimentos

À *CAPES*, que muito mais que uma Bolsa de Estudos para um Doutorado Sanduiche me proporcionou abrir as asas, ampliar horizontes, reconhecer lugares e pessoas.

À *Universidade de São Paulo*, em especial à *Faculdade de Saúde Pública* por propiciar toda estrutura e afeto necessários para garantir o melhor percurso possível.

Aos *funcionários da FSP* sempre disponíveis a mais uma orientação, solicitação.

Aos *professores*, que muito mais que mestres, sempre estavam com as portas abertas. Em especial à *Cleide Martins* pelas conversas, esclarecimentos de dúvidas e desabafos; ao *Marco Akerman* pelo ombro amigo e por dividir a paixão pelo Cruzeiro; à *Laura Feuerwerker* por me mostrar diversas formas de produção e me fazer me reinventar; ao *Aquilas Mendes* pelos cumprimentos de sempre com sorrisos (principalmente nos feriados e sábados!); a *Cris Marques* por despertar a paixão pelo contexto histórico; ao *Fernando Aith* pelas conversas e parcerias; ao *Oswaldo Tanaka* pela amizade, pelo carinho e por me ensinar que a Tese é o que é possível.

À *Paula Tanaka* e ao *Nelson Yatsuda* por entenderem minhas necessidades de ausência no trabalho e, no principal momento, me mandarem viajar mesmo com a Secretaria de Governo dizendo: não!

Aos *meus amigos* de café, de papo, um respiro no trabalho, em especial à *Sandra Barelli*, por ser você, por estar presente quando eu preciso e pelos chocolates!

Aos meus *amigos de anos*...

Aos *amigos de Portugal*! *Pedro* e *Jéssica*, sem vocês nada seria igual! E *Max* pela mais bela das canções, Sodade!

Aos *amigos brasileiros em Portugal*, por compartilharem novas experiências!

À *Marcela Uchoa*, por me reconhecer, me incentivar e por acreditar em mim!

Ao *Erick Morris*, por me recepcionar e por me apresentar Coimbra e o meu lugar, o Diligência.

Ao *Diligência* e ao *Luis Travassos*, por serem respiro e energia, por me fazerem apaixonar pela música portuguesa, o fado, e a guitarra portuguesa.

À *Maria José*, *Inês* e *Acácio* por me ensinarem que a biblioteca pode ser o local mais aconchegante, acolhedor e nem tão silencioso, pra vocês minha gratidão e minha admiração!

Ao *CES* e cada ser humano que ali está, pelo acolhimento e pela oportunidade.

A *Portugal*! À *Coimbra*, que tem mais encanto na hora da despedida.

À *minha Mãe*, por me ensinar a ser rebelde e corajosa, por me incentivar e por me amar como sou!

Ao *Dedé*, pelo amor e apoio de sempre!

Aos *meus irmãos*, *Gabriela*, *Ariela* e *José Leonardo* por me amarem mesmo eu sendo brava e chata com vocês!

Aos *meus sobrinhos*, *Alice* e *Bernardo*, por entenderem a ausência da Tia Iaiá, que precisa fazer as coisas da escola.

A toda *minha família*, tem muito mais de vocês em mim, tenham certeza disto!

Aos *amigos do Projeto Xingu* por contribuírem e apoiarem este percurso!

As minhas amigas de pós, *Mariana*, *Faby* e *Hêlo* (as *marilhetes*!). *Tânia* e *Debora* por compartilharem tanto comigo, do bandejão aos estudos e me fazerem uma pessoa melhor!

À *Thereza*, por ser parceira, gata, a melhor amiga atleticana e principalmente por ler com tanto carinho este trabalho.

A cada um dos *entrevistados* que disponibilizaram tempo para conversar, dividir pontos de vista, me ensinar!

Aos *queridos membros da Banca* pela valorosa e carinhosa contribuição nesta fase final de pré-banca.

Ao Professor *João Arriscado Nunes* por me receber, por acreditar no meu trabalho e por dividir comigo sugestões tão preciosas com generosidade.

Por fim, por ter acreditado nas minhas ideias, por me permitir escolher caminhos, mudar os caminhos, pela generosidade, por encorajar novas parcerias, pela escuta, pela amizade, pelos sábados e feriados de leitura conjunta, pela confiança... à minha orientadora, *Marília Cristina Prado Louvison*.

A todos, meu reconhecimento e minha gratidão!

Que dirá a seu filho, o pai?
Que dirá para a filha, a mãe?
Que virá dessa escuridão?
Será bem, será maldição?

Será Deus ou será mortal?
Nos trará arma ou missal?
O punhal fere o coração
O veneno morde a canção

Quero saber, mas sem matar
O que já existe em mim
Quero conhecer seu mundo, sim
Se não for perder o meu mundo nu
O meu mundo de fogo ou cru

Ou assim, ou me deixe em paz
Minha casa sem solidão
Minha mesa de peixe e pão
Minha tribo, irmã, irmão
Na aventura que sei viver
Com segredos que não contarei
Pra você.

Que dirá a seu filho, o pai?
Que dirá para a filha, a mãe?
Que virá dessa escuridão?
Será bem, será maldição?

Será Deus ou será mortal?
Nos trará arma ou missal?
O punhal fere o coração
O veneno morde a canção

Eu quero saber, mas sem matar
O que existe já em mim

Ou assim, ou me deixe em paz
Nesta casa sem solidão
Na aventura que sei viver
Com segredos que não contei
Pra você.

(Milton Nascimento, O que virá dessa escuridão?)

Resumo

“Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. Os povos indígenas vivem há mais de 500 anos na luta pela superação do colonialismo interno. Com a homogeneização das formas de vida, estes povos são sistematicamente produzidos como não existentes nas políticas integracionistas. A Constituição Federal de 1988 rompe com esta prática garantindo o direito do reconhecimento de suas identidades e modos de vida, expressos pela sua cultura, e o direito à saúde. O direito dos povos originários à saúde pautou três Conferências de Saúde Indígena que estabeleceram as diretrizes para a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999. Desde o início de sua estruturação nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), foram organizados os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI no nível central. Este estudo tem como objetivo analisar a participação e o protagonismo dos povos indígenas no processo de construção e implementação da Política Nacional de Saúde Indígena, após a Constituição Federal de 1988, a partir das Epistemologias do Sul. Foi utilizada a metodologia qualitativa com diversas fontes e materiais: análise documental das atas de reuniões, legislações, relatórios das cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena e 24 entrevistas em profundidade com indígenas, gestores, indigenistas e representante do MPF. A análise das legislações reconhecidas como pertinentes ao tema indicam uma grande quantidade e diversidade de normas que tratam de forma segregada as temáticas indígenas e as normas do Sistema Único de Saúde. Demonstram, para além da fragmentação legal e normativa, algumas iniciativas que avançam na integralidade da assistência, bastante pontuais, como a criação de incentivos financeiros específicos. Destaca-se a complexidade e a fragilidade da articulação interfederativa, que se torna mais complexa com a gestão federal e a territorialização dos DSEI, que não coincidem com os territórios de estados e municípios. No que tange à participação, pode-se afirmar que a maioria dos entrevistados reconhecem o CONDISI como espaço legítimo de diálogo entre indígenas e governo para debater a política de saúde e sua execução nas aldeias indígenas. Contudo, é evidente o predomínio das pautas de interesse da gestão e a repercussão nas reuniões de CONDISI de temas já discutidos no Fórum de Presidentes. Nas pautas do CONDISI Litoral Sul, que foram objeto deste estudo, por exemplo, a discussão da divisão territorial do DSEI, de interesse dos indígenas, não ganhou espaço e reconhecimento pela gestão. Chama a atenção à ausência de discussão nos espaços formais de temas que predominam nas entrevistas com os indígenas, como a valorização da medicina tradicional e a atenção diferenciada. Esta última é a justificativa central para existência do Subsistema e pauta-se nas desigualdades em saúde, na necessidade de modos de produção de cuidado que articulem as medicinas indígenas e a biomedicina e na diversidade cultural dos mais de 300 povos. O predomínio da biomedicina como forma científica e legítima do saber sobre a saúde acaba por interditar as pautas referentes às medicinas indígenas. Esta lógica perpetua a relação colonial do governo com os povos originários, principalmente sobre o saber, comprometendo a efetivação da atenção diferenciada, e, por consequência, do direito à saúde. Esta política, para ser efetiva, deveria se organizar na perspectiva da Ecologia de Saberes, considerando os modos de existência destes povos, principalmente sua relação com a terra, e sua construção como sujeitos coletivos.

Palavras-chave: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Sistema Único de Saúde, Equidade em Saúde, Integralidade em Saúde, Participação Social, Conselhos de Saúde, Conferência de Saúde, Epistemologias do Sul.

Abstract

"It has to be our way": participation and protagonism of the indigenous movement in the construction of the health policy in Brazil. Indigenous Peoples have been living for more than 500 years in the struggle to overcome internal colonialism. With the homogenization of the way of life, these peoples are systematically considered as non-existent in integrationist policies. The Federal Constitution of 1988 breaks with this logic assuring them the right to their identities and their ways of life, expressed by their culture, and also their right to health. The Indigenous Peoples' right to health established three Indigenous Health Conferences that set the guidelines for the creation of the Indigenous Health Care Subsystem, in 1999. Since its beginning, along with the establishiment of the 34 Special Indigenous Sanitary Districts (DSEI), participatory Councils were organized (CONDISI), and also the CONDISI Presidents' Forum at the central level. Based on Epistemologies of the South, this study aims to analyze the participation and the protagonism of Indigenous Peoples in the construction and implementation processes of the National Indigenous Health Policy, after the Federal Constitution of 1988. The qualitative methodology used with several sources and materials: documenta analysis of minutes of meetings, legislations, reports of the five National Indigenous Health Conferences and 24 in-depth interviews with Indigenous Peoples, managers, indigenists and Federal Prosecution Service. Relevant legislation analyzed showed great quantity and diversity of norms that separate the indigenous themes and the norms of the Unified Health System. They demonstrate, in addition to legal and normative fragmentation, some initiatives towards care integrality quite specific ones, such as the creation of financial incentives. We highlight the complexity and fragility of the interfederative articulation, which becomes more complex with federal management and territorialisation of the DSEI, which do not match with the limits of states and municipalities territories. Regarding participation, it can be said that most interviewees recognize the CONDISI as a legitimate space for dialogue between Indigenous Peoples and the government to discuss the health policy and its implementation in indigenous communities. However, there is a clear predominance of agendas in the interest of the management representatives and the repercussions on the CONDISI meetings of topics already discussed in the Presidents' Forum. For example, on the agenda of the CONDISI Litoral Sul, object of this study, the discussion of the territorial division of the DSEI, on the interest of the indigenous representatives, did not gain space and recognition by the management representatives. What also draws attention is the absence of discussions of topics that were predominant on the interviews with Indigenous Peoples on formal spaces, such as traditional medicine and differentiated care. This last one is central to the existence of the Subsystem and it is based on inequalities in health, the need for care production methods that articulate traditional indigenous medicine and biomedicine, and the cultural diversity of more than 300 tribes. The predominance of biomedicine as a scientific and legitimate way of health knowledge inhibits the agenda related to traditional indigenous medicine. This logic perpetuates the colonial relationship of the government upon the Indigenous Peoples, especially regarding knowledge, compromising the effectiveness of differentiated care and, consequently, the right to health. This policy, in order to be effective, should be organized in the perspective of the Ecology of Knowledges, considering the ways of existence of these peoples, especially their relationship with the land, and their construction as collective subjects.

Keywords: Indigenous Health Care Subsystem, Unified Health System, Health Equity, Integrality in Health, Social Participation, Health Councils, Health Conference, Epistemologies of the South.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 14

1. DA COLONIZAÇÃO À ECOLOGIA DE SABERES: É POSSÍVEL SUPERAR A COLONIZAÇÃO E A INEXISTÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS? 19

1.1 DE COLÔNIA AO COLONIALISMO INTERNO: O GENOCÍDIO CONTINUA 23

1.2 QUEM DETERMINA A IDENTIDADE? 30

1.3 TERRITÓRIO, TERRA, VIDA: DEMARCAÇÃO DE TERRA PAUTANDO A RESISTÊNCIA 32

1.3.1 A DES-Demarcação: Reflexões Sobre quem são as Forças a serem Enfrentadas na Demarcação de Terra 36

1.4 É POSSÍVEL PRODUZIR EXISTÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS 42

1.4.1 Epistemologias do Sul: Reconhecer, Encontrar e Aprender com os Povos Indígenas 43

1.4.2 Índios em Movimento na Construção de Políticas Pública 48

2. CONSTRUÇÃO DA "NOSSA MALOCA": OS PERCURSOS METODOLÓGICOS 53

2.1 OBJETIVOS QUE NORTEARAM A CONSTRUÇÃO DA MALOCA 54

2.2.1 Pesquisa Documental 55

2.2.2 Entrevistas em Profundidade 60

2.3 A ARTESANIA DAS ANÁLISES 65

3. SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A DISPUTA DA INTEGRALIDADE NA CONSTRUÇÃO DE UMA (OU MAIS?) POLÍTICA DE SAÚDE 70

3.1 AUSÊNCIA E FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA HISTÓRIA DA SAÚDE INDÍGENA 77

3.2 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA PROPOSTA PARA A GARANTIA DA INTEGRALIDADE COM EQUIDADE 84

3.2.1 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: o Componente Textual e sua Relevância para a Equidade 92

3.3 FRAGMENTAÇÃO DA EXECUÇÃO: AS MODALIDADES DE GESTÃO LOCAL, DISPUTAS E AUTONOMIA 97

3.4 A FRAGMENTAÇÃO NORMATIVA: INDEFINIÇÕES DE PAPEIS INSTITUCIONAIS E O DASAFIO PARA A INTEGRALIDADE 106

3.5 A PACTUAÇÃO FRAGMENTADA E O DESAFIO DA RELAÇÃO INTERFEDERATIVA 110

4. CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA PARTICIPAÇÃO SILENCIADA 125

4.1 ESTRUTURA(ÇÃO) DO CONTROLE SOCIAL E AS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS 127
4.1.1 Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI 128
4.1.2 Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI 131
4.1.3 Conselhos de Saúde Municipal, Estadual e Nacional 133
4.1.4 Fórum de Presidentes de CONDISI - FPCONDISI 140
4.1.5 Conferências de Saúde 142
4.2 ESPAÇOS SILENCIADOS: CADA VEZ MAIS CONFLITUOSOS, BUROCRÁTICOS E SEM ECO 150
4.3 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE SOCIAL E O ESTADO: DUAS HISTÓRIAS MARCANTES NAS ATAS, CONFERÊNCIAS E ENTREVISTAS 166
4.3.1 O Caso do DSEI Litoral Sul 166
4.3.2 Contratação de Profissionais 170
4.4 OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO E NEGOCIAÇÃO COM O ESTADO ... 177
5. TEM QUE SER DO NOSSO JEITO: A BUSCA POR UMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA DE SABERES 182
5.1 A SAÚDE INDÍGENA QUE TEMOS: ONDE ESTÁ A ATENÇÃO DIFERENCIADA? 186
5.2 A SAÚDE INDÍGENA QUE QUEREMOS: ATENÇÃO DIFERENCIADA, CUIDADO EM SAÚDE NA LÓGICA DA ECOLOGIA DE SABERES 193
5.2.1 Contexto Epidemiológico: a Atenção Diferenciada e o Desconhecimento Epidemiológico 194
5.2.2 Contexto Assistencial: a Atenção Diferenciada na Articulação das Diversas Medicinas 202
5.2.3 Contexto Cultural: a Atenção Diferenciada, Multiplicidade de Corpos e Saúde ... 206
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 212
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA 217
ANEXOS 235
Anexo I. Relação e descrição dos textos normativos analisados. 235
Anexo II. Relação dos Relatórios das cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Conferências Nacionais de Saúde. 237
Anexo III. Relação das Atas de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Fórum de Presidentes de CONDISI analisadas. 240
Anexo IV. Relação das Atas de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CONDISI Litoral Sul analisadas. 242
CURRÍCULO LATTES 245

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.Maloca. Dedicatória do Livro Encontros de Ailton Krenak.. 14

Figura 2. Representação das rotas de navegação portuguesa destacando os territórios colonizados. Local: Portugal dos Pequenitos, Coimbra, Portugal. 19

Figura 3. Estátua do Padre António Vieira com crianças indígenas, inaugurada em 22 de junho de 2017. Local: Largo Trindade Coelho, Lisboa, Portugal. 20

Figura 4. Mapa com identificação da Terras Indígenas no território brasileiro..... 34

Figura 5. Localização da Área Indígena do Jaraguá..... 36

Figura 6. Foto de uma aldeia Guarani Kaiowá. 41

Figura 7. Distribuição dos entrevistados pelo país.:. 63

Figura 8. Configuração territorial dos 34 Distritos Sanitários Especial Indígena. 87

Figura 9. Representação em linha do tempo das principais legislações do SUS e do SASI após a Constituição Federal, sendo em azul as que contemplam o SUS e Povos Indígenas, amarelo, apenas o SUS e verde o SASI. 107

Figura 10. Representação das relações existentes (linhas contínuas) entre as instituições de Controle Social e as que necessitam ser criadas ou fortalecidas (linhas segmentadas). 127

Figura 11. Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas..... 143

Figura 12. Reprodução do Material disponibilizado na Reunião do CONDISI Litoral Sul para deliberação sobre o modelo de contração profissional na Saúde Indígena 174

Figura 13. Divulgação do Movimento Ocupa SESAI feita pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). 177

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Relação dos cinco Relatórios de Conferência Nacional de Saúde Indígena e três Conferências Nacionais de Saúde analisados.....59

Quadro 2. Relação dos entrevistados.....64

Quadro 3. Instituições e instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde e Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....113

Quadro 4. Informações sobre a representação indígena, como membros nos Conselhos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal e a existência de comissões para discussão do tema.....134

Tabela 1. Quantitativo de Normativas Legais selecionadas por tipo.....57

Tabela 2. Percentual de óbitos gerais e em menores de cinco anos por causa dos Capítulos do CID 10 no período de 2010 a 2016 comparando população indígena e não-indígena.....200

SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
ARPINSUL	Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul
ATL	Acampamento Terra Livre
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLSI	Conselho Local de Saúde Indígena
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPI	Conselho Nacional de Proteção aos Índios
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CORE	Coordenações Regionais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FPCONDISI	Fórum de Presidentes de CONDISI
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
IAB-PI	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI	Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
INPNAPI	Inquérito Nacional do Perfil Nutricional e Alimentar dos Povos Indígenas
INSI	Instituto Nacional de Saúde Indígena
MJ	Ministério da Justiça
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organizações Sociais
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SEL	Serviço de Escritório Local
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIASI	Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UG	Unidade Gestora
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNI	União das Nações Indígenas

APRESENTAÇÃO

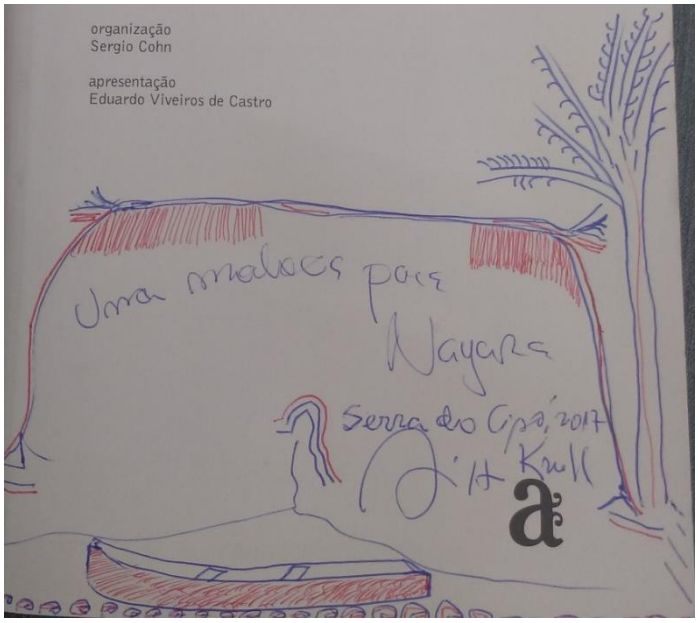


Figura 1.Maloca. Dedicatória do Livro Encontros de Ailton Krenak. Foto: Nayara Scalco, 2017.

Você trabalha com saúde indígena, por quê?

Esta é a pergunta que nunca soube responder com precisão. De uma família de agricultores, que produzem principalmente café, mas uma mãe enfermeira, nunca tive contato - para além do índio do dia 19 de abril na escola - com nada que pudesse me influenciar neste percurso. Entretanto, gosto de pensar na minha vida como um trajeto de rio, com suas curvas, cachoeiras, barreiras. Seguindo nesta analogia, é possível que esta resposta esteja na nascente, minha mãe participaria de uma expedição junto aos Yanomami, que enfrentavam um surto de tuberculose, quando descobriu que estava grávida. Como era um ambiente "perigoso" demais para uma grávida, foi cortada da equipe.

Pode-se dizer que há 12 anos venho remando minha canoa no encontro dos conhecimentos indígenas e participando, em alguns momentos de formas mais diretas e outros momentos de forma indireta, das discussões da política de saúde indígena. Tudo começou com a graduação em ciências biológicas, a curiosidade e a vontade de trabalhar com povos originários de alguma forma. Minhas remadas me levaram à decisão de fazer mestrado com trabalho de campo na aldeia Tenondé Porã em São Paulo, quando de fato entrei em terra indígena e tive a oportunidade de minimamente conviver com um outro modo de vida. Dormi, amanheci, almocei, jantei, nos divertimos e participamos das rezas, dos rituais de cura. Não há palavras que possam explicar esta atmosfera de sentimentos, cultura, conhecimentos e sabedoria.

Esta ligação com os povos indígenas, sem nenhuma explicação exata, me fez remar a canoa na busca de transformá-la em profissão. Neste trajeto me deparei com a área de Gestão

de Política de Saúde onde tive a oportunidade de aprender uma maneira diferente de discutir a produção de saúde, inclusive da Saúde Indígena. Assim, minha canoa ganhou um equipamento que direcionou parte da minha trajetória, o trabalho na gestão pública. Representar a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no período de 2009 a 2012 nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena do Litoral Sul e Interior Sul; exercer a função de Apoiadora Distrital do DSEI Interior Sul no ano de 2013, finalizando com a participação na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Tudo isso contribuiu fortemente com experiências práticas e reflexões para chegar neste doutoramento e me apresentou o território para a construção da minha Maloca.

Acredito na participação social como o caminho inevitável para a produção de políticas públicas eficazes que buscam a justiça social e mais ainda na necessidade de participação dos povos indígenas nestes processos. Garantir aos povos originários o direito de autodeterminação vai muito além do direito de se identificar como indígena, abrange o direito de ter suas necessidades reconhecidas, e não determinadas pelos não-indígenas, e políticas que as assegurem. E nesta margem de rio de águas mais caudalosas com fortes correntezas se desenvolveu esta pesquisa. Continuei trabalhando, e isto trouxe obstáculos quase instransponíveis para a canoa, que todos os dias era remada coletando materiais. Muitas vezes foi preciso ir até a margem, descer e caminhar pela mata para passar pelas cachoeiras. Foi fundamental em muitos momentos fazer uso das ferramentas: feriados, férias, folgas eleitorais, faltas abonadas, alguns dias de afastamento para estudo e doações de sangue – que trazia comigo para superar as dificuldades.

Com poucos momentos de calmaria, as viagens para o "trabalho de campo" em busca de matéria prima, conhecimento e ajuda se fizeram essenciais para descansar os braços, mas não aquietaram o coração. A coragem é o que sempre me fez superar desafios. E precisei de muita coragem para buscar conhecimento de alguns autores que navegam por rios diferentes daquele que me formei. Partir para o Rio de Janeiro buscar novidades na biblioteca do Museu do Índio e convidar o Viveiros de Castro para tomar um café e debater o seu texto, pode ter sido um daqueles momentos mais inusitados nestes quatro anos. Foram mais de duas horas de uma conversa gentil e instigante (eu devia ter gravado e registrado este encontro. Ninguém acredita de verdade que ao final ele me disse que sei mais de antropologia do que acredito). Retornar a reunião do CONDISI Litoral Sul me transportou para outro lugar. "Sempre foi assim? Ou piorou depois que deixei de estar neste lugar?" Esta é a dúvida que possivelmente seguirá comigo apesar deste trabalho tentar esclarecê-la. Estar no Acampamento Terra Livre

em 2017 em Brasília, estava escuro, e eu caminhando entre barracas em busca de uma entrevistada ao mesmo tempo que vivenciava os sons de músicas, outras línguas e olhares curiosos. Por fim, minha última busca de material em terras brasileiras foi no meu estado, num daqueles dias que mais do que trabalho, realizamos sonhos, e ficarão registrados sempre nos mais belos quadros da parede da memória, parafraseando Belchior.

Esta busca incessante de conhecimentos que me permitissem construir esta Maloca me levou para rios distantes, o Centro de Estudo Sociais da Universidade de Coimbra, onde tive a valorosa ajuda do Professor João Arriscado Nunes. Claro que para atravessar o oceano foi preciso enfrentar tempestades que desestabilizaram e comprometeram a minha canoa. Mas estar em Portugal, abriu uma infinidade de experiências, de sensações, foram os seis meses mais intensos e iluminados. Foi possível olhar para cada conhecimento compartilhado, cada pessoa que se disponibilizou a colaborar, e organizar a construção da minha Maloca. A minha janela de estudos, na melhor biblioteca do universo (não exatamente a mais silenciosa) me permitiu ver longe, além do Jardim da Sereia, e perceber novas possibilidades. O andar a pé pela cidade, o fado no Diligência, o vinho, respirar o Mondego foram as inspirações necessárias para compreender que neste mundo, construir esta Maloca, também pode ser um ato revolucionário, tal qual 25 de abril.

Ó mar, Ó mar, quanto do teu sal não são lágrimas.... As lágrimas, que foram se intensificando neste processo, foram colocando sentimentos no lugar, materializando angustias, e comemorando sonhos realizados. Atravessar o oceano de volta para o Brasil intensificou todas as sensações e me fez compreender os diversos tempos do tempo. Meu corpo voltou, mas minha alma demorou a chegar, como me ensinou um grande sábio indígena. Foi aqui que compreendi o tempo que muitas pessoas que se dispuseram a me ajudar precisavam para refletir e compartilhar comigo. Também foi com este retorno que aprendi o tempo que levamos para nos adaptar, readaptar, a um trabalho quando este não instiga utopias.

Este ano, com todos os tempos borbulhando dentro de mim, e todo o contexto do clima global, o rio estava cheio, com correntezas fortes, foram muitas tempestades que arrastavam tudo e pouco me permitiram colocar os pés no chão. Foi preciso segurar firme o resultado de todo o trabalho de busca de conhecimentos e colaborações. Foi preciso insistir, persistir e enfrentar todas as adversidades para começar a construção desta Maloca, que há muito tempo neste processo deixou de ser minha, e tornou-se Nossa. Durante as maiores

tempestades, onde nada mais parecia fazer sentido e que a terra, a base desta construção, pareceria que não ia resistir, as lágrimas me traziam de volta os quadros da memória.

Como foi bom ter ajuda de tanta gente nesta nossa construção. Agora que estamos chegando ao fim, com a Maloca quase pronta, podemos convidar novos e velhos amigos para entrar, deitar na rede, refletir e contribuir conosco. Construímos esta Maloca num solo que pode até ter terremotos, sofrer com as enchentes do Rio, mas não cederá! Com o objetivo de refletir e analisar sobre a participação dos povos indígenas no processo de construção e implementação da Política Nacional de Saúde Indígena após a Constituição Federal de 1988. Os alicerces da Maloca, neste terreno, se firmam em identificar a estrutura, constituição e funcionamento do Controle Social na Saúde Indígena; a compreender o processo de participação das lideranças indígenas e não-indígenas no movimento de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e analisar as relações interfederativas no Sistema Único de Saúde relacionadas à assistência aos povos indígenas.

Os resultados dos conhecimentos reunidos possibilitaram a construção de cinco capítulos, partes da Maloca. O primeiro contextualiza a situação dos povos indígenas no Brasil com a persistência das grandes questões ao longo da história de contanto com o não-indígena: o colonialismo interno que persiste mesmo após a independência do país; o reconhecimento da identidade indígena e a demarcação dos seus territórios e trata do referencial teórico encontrado em Coimbra e que nos orientou esta construção, as Epistemologias do Sul. O segundo capítulo nos conta os propósitos, conhecimentos e processo de construção desta Maloca. O terceiro se propõe a refletir sobre a política de saúde indígena e seus conflitos de gestão, tendo na relação interfederativa seu principal foco. O quarto traz para a Maloca a construção de estruturas de participação nesta política e a forma que estas se articulam e dialogam com o governo, reflete também sobre outros espaços que são ocupados quando a estrutura construída está fechada ou tumultuada demais para permitir que a voz dos indígenas seja ouvida e escutada. Por fim, no quinto capítulo, apresentamos a reflexão sobre a atenção diferenciada que deve ser construída na perspectiva da Ecologia de Saberes, garantindo que a produção de saúde com os povos indígenas deve ter este jeito coletivo, esse jeito único que expressa o cuidado com todos os elementos que estão presentes neste território: o rio, a mata, os animais, a maloca, as pessoas, por que somos todos sujeitos coletivos.

Espero que as reflexões que aqui estão colaborem com a discussão no campo da Saúde Indígena e da Saúde Coletiva. Pois cada pessoa que se dispõe a ouvir nossa história, é

uma chance que temos de diminuir o preconceito, como me ensinou uma indígena. Que desperte novas questões e novos conhecimentos para que possamos continuar a eterna construção desta Nossa Maloca!

1. DA COLONIZAÇÃO À ECOLOGIA DE SABERES: É POSSÍVEL SUPERAR A COLONIZAÇÃO E A INEXISTÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Não há nem conhecimentos puros, nem conhecimentos completos; há constelações de conhecimentos.

(SANTOS e cols., 2004)

As grandes navegações marítimas que partiram de países da Europa nos séculos XIV e XV (figura 2) expandiram para outras regiões do planeta Terra o seu modo de vida. Com uma postura heroica e de superioridade, povos europeus chegaram a diversos territórios transformando-os em colônias, onde exploravam a mão de obra de seus habitantes, a terra que ali estava e suas riquezas. É neste contexto que a comitiva de Pedro Álvares Cabral chega ao território que denominou Terra de Vera Cruz em abril de 1500, assim registrado:

> [...] A feição deles é serem pardos, um tanto avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem feitos. Andam nus, sem cobertura alguma. Nem fazem mais caso de encobrir ou deixar de encobrir suas vergonhas do que de mostrar a cara. A cerca disso são de grande inocência [...] (CAMINHA, 1963).

Figura 2. Representação das rotas de navegação portuguesa destacando os territórios colonizados. Local: Portugal dos Pequenitos, Coimbra, Portugal. Foto: Nayara Scalco, janeiro de 2018.

Figura 3. Estátua do Padre António Vieira com crianças indígenas, inaugurada em 22 de junho de 2017. Local: Largo Trindade Coelho, Lisboa, Portugal. Foto: Nayara Scalco, janeiro de 2018.

Os habitantes desta Terra de Vera Cruz foram descritos em primeiro de maio de 1500 por Pero Vaz de Caminha, membro da Comitiva de Cabral, em carta para o rei de Portugal. O relato do primeiro contato retrata a exuberância da terra a ser explorada e o início de uma relação baseada na desigualdade, onde a superioridade dos europeus justificava o domínio, a colonização e a catequese dos indígenas (figura 3) (CAMINHA, 1963).

A realidade dos mais de 300 povos indígenas[1] no território hoje denominado Brasil é resultado do colonialismo e sua permanência. A própria identidade índios, assim como negros, brancos e mestiços são algumas das identidades produzidas pela colonização (QUIJANO, 2009), que não termina com a declaração de independência. CASANOVA (2006) retrata a situação vivida pelas populações nativas nos países colonizados, mesmo após o rompimento formal com a nação colonizadora, e traz para discussão o conceito de colonialismo interno que

> [...] está originalmente ligada a fenómenos de conquista, en que las poblaciones de nativos no son exterminadas y forman parte, primero, del Estado colonizador y, después, del Estado que adquiere una independencia formal, o que inicia un proceso de liberación, de transición al socialismo o de recolonización y regreso al capitalismo neoliberal. Los pueblos, minorías o naciones colonizados por el Estado-nación sufren condiciones semejantes a las que los caracterizan en el colonialismo y el neocolonialismo a nivel internacional: habitan en un territorio sin gobierno propio; se encuentran en situación de desigualdad frente a las elites de las etnias dominantes y de las clases que las

[1] Os termos genéricos índio e indígenas foram utilizados para denominar os primeiros habitantes do continente americano. Compreendidos inicialmente como pejorativos e resultados de um processo histórico de opressão e dominação que entendia estes povos como não civilizados, selvagens e incapazes. A partir da década de 70 foram ressignificados pelo Movimento Indígena organizado que decide aceitar e manter a utilização destes termos "[...] *como uma identidade que une, articula, visibiliza e fortalece todos os povos originários do atual território brasileiro e, principalmente, para demarcar a fronteira étnica e identitária entre eles* [...] *uma marca identitária capaz de unir povos historicamente distintos e rivais na luta por direitos e interesses comuns*" (LUCIANO, 2006, p. 30-31). É neste sentido ressignificado que o termo **indígenas** é empregado neste texto.

> integran; su administración y responsabilidad jurídico-política conciernen a las etnias dominantes [...]. (CASANOVA, 2006, p. 410)

Assim, não se trata apenas do colonialismo territorial, mas também do colonialismo do ser e do saber e seus epistemicídios (SANTOS e cols., 2004). Pois, como destaca CASANOVA (2006, p. 410) "*en general, los colonizados en el interior de un Estado-nación pertenecen a una 'raza' distinta a la que domina en el gobierno nacional, que es considerada 'inferior'*".

O projeto colonial e as políticas integracionistas fundamentavam-se na concepção dos indígenas como inferiores e visavam integrá-los à sociedade e ao mundo do trabalho e produtividade. Permitiam aos indígenas a escravidão ou a "proteção dos jesuítas", mas em ambos os casos, a destruição dos seus pilares culturais era segura. Assim, dizimaram estes povos, reduzindo dos estimados cinco milhões para cerca de seiscentos mil indígenas (RAMINELLI, 1996; GOMES, 2012). Este estereótipo consolida no período do Brasil República a definição dos indígenas como incapazes, pelo Código Civil de 1916 e em 1928 são colocados sob a tutela do Estado, administrada pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), primeiro órgão oficial do Governo voltado para proteção desta população, criado no início do século XX. É interessante destacar que as primeiras referências aos indígenas nas legislações brasileiras são relativas ao direito de uso de suas terras e da felicidade de serem integrados à sociedade nacional, o que reforça esta compreensão do selvagem inferior que precisa da evolução e do progresso (SOUZA FILHO, 1992; GOMES, 2012).

Estas invenções de superioridade são também identificadas na missão do SPI que relata em documentos oficiais: "*Não queremos que o índio permaneça índio. Nosso trabalho tem por destino sua incorporação à nacionalidade brasileira, tão íntima e completa quanto possível*", como citado por GARFIELD e COLLEGE (2000, p. 18). A relação colonial estrutura toda a ação do Estado brasileiro com os povos originários ao longo dos últimos cinco séculos, e as negativas repercussões internacionais sobre esta relação, principalmente, as violências e massacres contra estes povos, influenciaram a criação e, posteriormente, a substituição do SPI na década de 60 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (GARFIELD e COLLEGE, 2000; GOMES, 2012).

Nestes mais de 500 anos após a colonização dos territórios indígenas, estes povos lutam pelas suas visibilidades e direito de exercerem seus conhecimentos na perspectiva do pensamento pós-abissal. SANTOS (2009) coloca que os movimentos indígenas fazem

emergir este pensamento de forma muito convincente. Esta emergência causa mobilidade na linha abissal, um exemplo é o reconhecimento como cidadão, garantido na Constituição Federal (CF) de 1988, com direito à identidade cultural própria e diferenciada e às terras originalmente ocupadas.

Embora há avanços nos 518 anos que se passaram na discussão sobre os direitos indígenas, as mudanças não são definitivamente significativas na relação do Estado brasileiro e os povos originários. O Estado não rompeu o cerne colonizador, reproduzindo o colonialismo interno. No século XVII, a Coroa Portuguesa já reconhecia "*o caráter originário e imprescritível dos direitos dos indígenas sobre suas terras"*, com o Alvará Régio de 1680 e a Lei editada por Marquês de Pombal, em 06 de junho de 1755 (FUNAI, 2018a). Mesmo sendo mantido este direito no sistema legal brasileiro, por leis e em todas as Constituições, e a CF de 1988 ter ampliado o direito à manutenção e à expressão do seu modo de vida e cultura, a demarcação das terras tradicionalmente ocupadas ainda é um desafio não superado pelo Estado brasileiro.

A tramitação de projetos que alteram e retrocedem com os direitos indígenas não é recente no Congresso Nacional, como por exemplo o Projeto de Lei (PL) 692, apresentado em 17 de abril 1991, que "*Dispõe sobre a mineração em terras indígenas e dá outras providências*", e a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 215, apresentada em 28 de março de 2000, que "*inclui dentre as competências exclusivas do Congresso Nacional a aprovação de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas*" (BRASIL, 1991a; 2000). Estes projetos são exemplos da fragilidade das conquistas constitucionais destes povos, fortemente ameaçadas pelo crescente conservadorismo no Governo Brasileiro e pela expansão das fronteiras do agronegócio.

Com o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, que se inicia ao final de 2015, e um Congresso cada vez mais conservador, composto em grande parte por deputados donos e defensores do agronegócio, conhecidos como a bancada ruralista, estes projetos ganham mais espaços para debates e tramitação, assim como ataques violentos aos povos indígenas tornam-se mais frequentes nas mídias, como relata GUAJAJARA (2015). É importante destacar que aliados da bancada ruralista vêm ocupando o cargo de comando do Ministério da Agricultura nos últimos anos. Entre 2015 e 2018, a Pasta foi comandada por Kátia Abreu e Blairo Maggi. Em 2019, Tereza Cristina, conhecida como Musa do Veneno, assume o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e em 42 dias de governo, aprovaram a liberação de 57 novos agrotóxicos (AGENCIA SENADO, 2019).

Desta forma, a posição de SANTOS (2013) que o agronegócio é um dos principais adversários do direito à autodeterminação dos povos indígenas, ganha mais consistência. Neste contexto, a luta pela manutenção dos direitos indígenas conquistados na CF de 1988 tem se organizado de forma mais intensa, tendo como eixo estrutural a superação do colonialismo interno.

1.1 DE COLÔNIA AO COLONIALISMO INTERNO: O GENOCÍDIO CONTINUA

> ***[...] Eu espero não agredir com a minha manifestação o protocolo dessa casa. Mas eu acredito que os senhores não poderão ficar omissos, os senhores não terão como ficar alheios a mais esta agressão movida pelo poder econômico, pela ganância, pela ignorância do que significa ser um povo indígena. Povo Indígena tem um jeito de pensar, tem um jeito de viver, tem condições fundamentais para sua existência, para manifestação da sua tradição, da sua vida, da sua cultura que não colocam em risco e nunca colocaram a existência sequer dos animais que vivem ao redor das áreas indígenas, quanto mais de outros seres humanos. [...] O povo indígena tem regado com sangue cada hectare dos 8.000.000 Km² do Brasil, os senhores são testemunhas disso.***
>
> (KRENAK, 1987)

O colonialismo pode ser definido como a conquista e o controle sobre as terras e bens de outras pessoas por um país. Esta prática teve início com o Império Romano que se estabeleciam em outras terras, mantendo sua nacionalidade romana e se perpetuou. Neste processo, a formação de "novas comunidades" contemplou uma série de práticas como por exemplo: guerra, genocídio, escravidão, negociação e comércio (LOOMBA, 2005).

As grandes navegações europeias, nos séculos XIV e XV, deram início a uma nova forma de colonização que impactou no desenho global com efeitos danosos nos territórios colonizados. A grande diferença entre as práticas coloniais anteriores e as navegações europeias é que esta nova colonização se estabeleceu conjuntamente com o capitalismo na Europa Ocidental, o que resultou na extração de tributos, bens e riquezas das colônias e a

reestruturação de suas economias. A implementação de novos fluxos e ampliação dos já existentes, como as riquezas naturais e seres humanos, entre colonizador e colônia, fizeram com que pessoas africanas fossem traficadas à América para o trabalho escravo e as matérias primas, como madeiras, minérios e cana de açúcar, fossem encaminhados para Europa. Não importa qual a direção do fluxo de pessoas e mercadorias, os lucros foram sempre destinados às nações colonizadoras (LOOMBA, 2005).

É neste contexto de colonização que visava lucro para a colônia que Portugal, por meio de muitas guerras de extermínio, consolida sua dominação do território, a partir do litoral brasileiro. Com objetivo de expandir a conquista das terras, a extração dos minérios, expulsar outros europeus que aqui chegavam e dominar os indígenas, diversas guerras foram travadas, arrasando muitas aldeias e povos indígenas, submetendo quem sobrevivia à escravidão. Estas guerras são entendidas nos dias de hoje como genocídios, etnocídios e epistemicídios por exterminar, além do homem, sua cultura e seu conhecimento (GOMES, 2012; SANTOS e MENESES, 2009b).

A história do Brasil, colonizado por Portugal de 1500 a 1822, exemplifica este novo momento de exploração colonial, pois se deu conjuntamente com a implantação do capitalismo neste território. FURTADO (2015), analisando a formação econômica do Brasil, destaca que, nos primeiros anos do período colonial, a exploração do trabalho indígena na extração de madeiras, principalmente o pau-brasil, e minérios, como o ouro, não foram suficientes para o país europeu, que possuía altos gastos com a defesa destas terras.

A busca por maiores lucros deu início à agricultura no território brasileiro, com o cultivo da cana de açúcar no nordeste. Desta forma, a América passou a compor a economia produtiva europeia. A exploração agrícola trouxe a necessidade de mão de obra, com a inviabilidade dos altos salários pagos para europeus, associada ao vasto conhecimento dos portugueses sobre o mercado africano de escravos e a grande rentabilidade deste comércio. O trabalho escravo de povos africanos tornou-se a principal forma de mão de obra na agricultura. Nos locais onde a base econômica não era suficiente para a expansão agrícola, a mão de obra indígena tinha um papel fundamental. Segundo FURTADO (2015, p. 37), este projeto, com seus "*magníficos resultados financeiros [...] abriram perspectivas atraentes à utilização econômica das novas terras*".

A posterior concorrência pelo mercado açucareiro com o Caribe, que teve sua indústria implantada após a chegada dos Holandeses e o conhecimento adquirido durante a permanência no nordeste brasileiro, levou a depreciação da moeda portuguesa. Após a

independência da Espanha, Portugal, para garantir suas colônias, estabeleceu diversos tratados com a Inglaterra em troca de benefícios políticos. A independência do Brasil ocorre após a transferência da família real portuguesa para a América com a proteção inglesa, assim, não houve descontinuidade no governo e nos acordos feitos com a nação colonizadora, passando a Inglaterra a se beneficiar diretamente do Brasil (FURTADO, 2015). No desenvolvimento econômico do Brasil colônia é nítida a pretensão de lucro de Portugal e demais países europeus na exploração do território e das pessoas, inclusive pelo tráfico de africanos. Esta relação de lucro não se encerra com a declaração de independência de Portugal, como apresenta o autor acima. Contudo, outros aspectos de exploração são importantes nesta relação, como a colonização dos territórios e saberes dos povos indígenas que habitavam e habitam este território.

Conjuntamente com as guerras e a escravidão, chegavam aos indígenas as epidemias vindas do Velho Mundo e África. As doenças infecciosas como varíola, sarampo, catapora, febre amarela, tuberculose, gripes e pneumonias destruíram aldeias e aniquilaram povos inteiros. GOMES (2012) afirma que a capacidade de destruição das epidemias aumentava seu poder quando associada às guerras de extermínio e à escravidão. Com o conhecimento sobre a etiologia destas doenças, os "civilizados" deram início a guerra bacteriológica, onde presenteavam os indígenas, que lhes pareciam empecilho, com roupas e utensílios previamente contaminados por doentes.

O projeto colonial e as políticas indigenistas portuguesas dizimaram os primeiros habitantes do Brasil, reduzindo de cinco milhões para cerca de 600 mil índios aldeados (GOMES, 2012). As tentativas de garantir o direito indígena não foram de fato políticas a serem implementadas, sendo pontuais e visando, sempre, consolidar o projeto colonial. Nas legislações da época, os indígenas aparecem em circunstâncias bem específicas ou para consolidar a política integracionista praticada pelos colonos quando, por exemplo, são proibidas injurias e o trato por caboclo para os vassalos e portugueses casados com indígenas (SOUZA FILHO, 1992; GOMES, 2012).

A política integracionista ultrapassou os limites do Brasil colônia, chegando até o final do século XX. SOUZA FILHO (1992; p. 154) ressalta que esta política "*oferece aos índios a extrema felicidade de poder ingressar na sociedade que os envolve, oprime, rouba suas terras e mata*".

A proclamação da independência e a Constituinte de 1823 trouxe um traço de esperança com a proposta de José Bonifácio sobre a catequese e civilização dos indígenas.

Entretanto, a Constituição outorgada em 1824 não fez menção alguma aos povos originários (BRASIL, 1824), permanecendo as guerras, a escravidão e as políticas estabelecidas no período da colônia (SOUZA FILHO, 1992; GOMES, 2012). As poucas legislações indigenistas não reconheciam a diferença e se preocupavam apenas com a integração destes povos à sociedade. Assim, proibiam a escravidão dos indígenas, mas permitiam que estes, ao serem capturados, nas guerras autorizadas pelo Rei, fossem entregues à fazendeiros que os educariam e os pacificariam, como pagamento pelo trabalho exercido nas fazendas. Desta forma, o autor ressalta que:

> A liberdade dos índios, portanto, não significava para aquele momento e aquela lei a possibilidade de voltarem a ser índios, reencontrarem a sua cultura proibida e seus parentes, mas tão somente homens livres capazes de disputar o salário e aprender um ofício, como qualquer homem pobre branco (SOUZA FILHO, 2012, p. 155).

Ao final do Império, pode-se estimar que 300 mil indígenas, dos 600 mil que restaram do período do Brasil Colônia, sobreviveram às guerras, epidemias e à política de integração. Os sobreviventes são considerados, a partir desta época, como incapazes, tanto politicamente, quanto mentalmente e judicialmente. Desta forma, ao final do século XIX, se consolida o pensamento de que os indígenas estavam condenados ao extermínio, não necessariamente pela política até então existente, mas pela não adaptação à evolução humana (GOMES, 2012).

Quatrocentos anos após a chegada dos portugueses, com uma população cerca de 17 vezes menor que a existente originalmente, os indígenas chegam à última década do século XIX, ao período do governo republicano, inexistentes perante à Constituição outorgada em 1891 (BRASIL, 1891). Contudo, os positivistas reconheciam que os indígenas eram questão nacional e o maior problema estava relacionado com a garantia de suas terras (GOMES, 2012).

Em 1908, no XVI Congresso de Americanistas, o Brasil se destaca como notícia internacional por suas ações de extermínios contra os indígenas. Esta repercussão resultou, em 1910, na criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, pelo Governo Federal. Em 1918, passou a ser exclusivo para cuidados aos indígenas, denominando-se SPI (GOMES, 2012).

O SPI entendia que o indígena merecia conviver com a sociedade nacional mesmo sendo inferior culturalmente e evolutivamente. A grande maioria das pessoas nesta época acreditava que os indígenas eram mentalmente infantis e necessitavam do Estado para lhes darem condições de evolução a um patamar superior (GOMES, 2012). Entendiam que a cultura indígena era transitória, estágios anteriores de primitivismos, desta forma, sua evolução era inevitável, assim como a integração na sociedade, reforçando a ideia do homem branco superior (GARFIELD e COLLEGE, 2000).

Com esta visão integracionista que se estabelece desde o Brasil colônia, o SPI trabalhava demarcando algumas terras indígenas acreditando que, com o passar dos anos, os indígenas dividiriam em lotes individuais e tornariam estas terras produtivas, pois compreenderiam a necessidade do trabalho (GARFIELD e COLLEGE, 2000). Para tornar o interior deste país produtivo, o Estado, com objetivo de remediar a falta de disciplina no trabalho, a falta de sentimento cívico e o nomadismo, decide levar ao sertão: estradas, rede de transporte, saúde pública e educação.

Durante a era Vargas, primeiro presidente a visitar uma terra indígena, os indígenas seriam defendidos por conterem as "verdadeiras raízes da brasilidade", como relatam GARFIELD e COLLEGE (2000). Uma marca para dar visibilidade a esta população foi o estabelecimento, em 1934, do dia do índio, em 19 de abril. Este interesse pelos indígenas não está descolado do movimento que ocorreu em toda América pela expansão do interesse pela cultura indígena. Em 1939, cria-se no país o Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI) para conscientizar a população sobre a cultura indígena e a política estatal e apresentar ao Governo, via SPI, sugestão de medidas para a questão indígena (GARFIELD e COLLEGE, 2000; GOMES, 2012).

A ambiguidade da política indigenista nesse período foi marcada pela demarcação de terras pelo SPI e outras, já demarcadas, eram ocupadas por fazendeiros no sudeste, sul e centro-oeste brasileiro (GOMES, 2012). Além da redução dos mais de 200 povos indígenas a "índio", numa construção cultural baseada nos objetivos e ideias dos não-indígenas[2], fruto do descaso e da falta de atenção do governo para a cultura indígena (GARFIELD e COLLEGE, 2000).

[2] Utilizaremos o termo não-indígena para referir as pessoas que não se autodeclaram indígenas. Estas popularmente são identificadas pelos indígenas como "brancos". Portanto, para não gerar qualquer conflito com o quesito "raça cor" optamos pelo termo não-indígena.

A repercussão internacional de que funcionários do SPI participavam de atos de tortura e massacre aos indígenas, após o golpe de 1964, levaram os militares a criar a FUNAI, em 1967. Esta tinha a missão de transformar os indígenas em brasileiros, integrá-los à nação e assimilá-los culturalmente ao seu povo (GOMES, 2012). Neste mesmo ano, a Constituição de 1967 e o Ato Institucional nº 1 trouxeram retrocessos jurídicos e políticos para as pequenas conquistas indígenas (BRASIL, 1967, 1969).

Em 1981, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) realiza na Costa Rica uma reunião com especialistas que produziram a Declaración de San José, que denuncia o etnocídio na América e reivindica o etnodesenvolvimento como um direito dos povos indígenas (VERDUM, 2009). A pressão internacional aliada aos movimentos indígenas que buscavam, juntamente com a luta pela redemocratização do país, a garantia de seus direitos à diversidade e à autonomia, com colaboração da antropologia, durante o processo da constituinte (MACHADO, 2009), resultaram na inclusão de um capítulo, "VIII Dos Índios", na Constituição Cidadã de 1988. Neste capítulo, além da garantia às suas terras, os indígenas conquistaram o direito ao reconhecimento da sua cultura, no artigo 231

> São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (BRASIL, 2012a)

A CF e o reconhecimento do direito dos indígenas à sua identidade não foram suficientes para colocar fim ao genocídio indígena. A Relatora Especial sobre os direitos dos Povos Indígenas da ONU, em missão ao Brasil em 2016, aponta como "*uma questão de preocupação permanente à quantidade de ataques documentados e relatados contra povos indígenas*" (TAULI-CORPUZ, 2016, p. 6), com destaque para as represálias em reocupação de terras, e violência quando os indígenas estão em ambiente urbano. Nos últimos anos, os números de ataques e assassinatos de indígenas cresceram no país, principalmente no estado do Mato Grosso do Sul, segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2018), tornando-se manchetes de jornais como, por exemplo: "Índios denunciam ataque a tiros durante a madrugada: Situação teria ocorrido em propriedade próxima a aldeia Bororó" (RODRIGUES, 2018); "Massacre de índios isolados pode ter sido a maior tragédia indígena das últimas

décadas" (CARTA CAMPINAS, 2017); "Movimento sociais fazem denúncia à ONU: 'Governo de Michel Temer age para violar direitos indígenas'" (MOVIMENTOS, 2017).

SANTOS e cols. (2004) colocam que as grandes navegações, além de produzir a dualidade entre mundo moderno e colonial, reduziram a compreensão do mundo à interpretação do ocidente sob uma única forma de saber considerada verdadeira, a ciência. Desta forma, os colonizadores reduziram a saberes locais os conhecimentos dos povos conquistados, possibilitando a subordinação destes pela própria invisibilidade. Os autores ressaltam que "*a segmentação básica da sociedade colonial entre 'civilizados' e 'indígenas' conferiu consistência a todo o sistema colonial através da redução dos autóctones à categoria de objetos naturais*" (p. 25). Esta colonização, centrada na supremacia do saber, é reforçada com a invenção, nos séculos XVIII – XIX, "*do selvagem como inferior e a imposição da ideia de progresso científico e tecnológico como imperativo para atingir o estádio supremo do desenvolvimento*" (SANTOS e cols., 2004, p. 25). Desta forma, negando a diversidade de saber, consolidou-se ao longo da colonização do território brasileiro as ideias de indígenas como seres inferiores, infantis, bárbaros, selvagens e antropófagos, reforçando o primitivismo, já estabelecidas no primeiro documento escrito, a carta de Pero Vaz de Caminha, que retratava também a necessidade dos indígenas abandonar os seus "abomináveis costumes" (CAMINHA, 1963).

Esta diferenciação entre populações superiores e inferiores, tradicionais e modernas, é como coloca QUIJANO (2009, p. 75) "*dos núcleos principais da colonialidade/modernidade eurocêntrica*" que entende a Europa e europeus como "*o nível mais avançado no caminho linear, unidirecional e contínuo da espécie*". Assim, sendo a invisibilidade das diferenças o cerne da política integracionista, o governo brasileiro incentivava a negativa da identidade indígena.

Nos 515 anos que se passaram após a descrição de Pero Vaz de Caminha, os povos indígenas brasileiros vêm lutando para se firmarem como Ser Indígena neste país. Sobreviveram há séculos de políticas integracionistas que os entendiam como primitivos, e visavam integrá-los à sociedade e ao mundo do trabalho e produtividade. As primeiras referências aos indígenas nas legislações são relativas ao uso de suas terras e ao direito de serem integrados à sociedade nacional. A criação do SPI, no início do século XX, e da FUNAI, na década de 60, resultam da tentativa de moralização do país frente à repercussão negativa sobre o massacre aos indígenas pelo governo brasileiro. Apenas na CF de 1988 os indígenas são reconhecidos como cidadãos brasileiros com direito à preservação da sua

cultura e seus costumes. Muitas guerras, lutas e disputas políticas foram, e ainda são, enfrentadas pela população indígena, que vem demonstrando uma recuperação não apenas quantitativamente, mas também da sua identidade indígena.

1.2 QUEM DETERMINA A IDENTIDADE?

> ***Ser indígena hoje no Brasil é não visualizar um futuro de curto prazo para termos um pouco mais de paz e ter a garantia dos nossos direitos em relação à concretização das terras demarcadas. Ser indígena, hoje, é saber que cada manhã vai ser de luta, persistência e coragem.***
>
> GISELDA LIMA (apud ORENSTEIN, 2017)

A luta pela demarcação de terras tem gerado inúmeros conflitos pelo país (CIMI, 2017; TAULI-CORPUZ, 2016). Uma das disputas com repercussão no período de elaboração deste trabalho foi o ataque no estado do Maranhão contra o Povo Gamela, não apenas pela violência, mas por emergir debates que já deveriam estar superados. A repercussão fomentou Notas de órgãos institucionais do governo, o Ministério da Justiça (MJ), que declarava tratar de "supostos indígenas" (LIS, 2017), retomando a discussão de quem é, ou não, indígena no país.

Esta expressão "supostos indígenas" demonstra a postura colonizadora que define quem tem o direito de ser indígena, ou seja, o colonialismo interno, desconsiderando a legislação do país. A Lei 6.001 de 1973, conhecida como Estatuto do Índio, que é vigente, estabelece no artigo 3º que "*Índio ou Silvícola - É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional*" (BRASIL, 1973). Em 2003, foi promulgada no Brasil, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) pelo Decreto 5.051, de 19 de abril, que garante aos povos indígenas e tribais a autodeterminação (OIT, 2011). A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas,

aprovada em 2007, reforça o direito à autodeterminação e estabelece no Artigo 2º "*Os povos e pessoas indígenas são livres e iguais a todos os demais povos e indivíduos e têm o direito de não serem submetidos a nenhuma forma de discriminação no exercício de seus direitos, que esteja fundada, em particular, em sua origem ou identidade indígena*" (ONU, 2008). Desta forma, pode-se reafirmar que os povos originários têm o direito à sua identidade, ao exercício da sua cultura, seu modo de vida e suas terras tradicionais, não podendo sofrer discriminação e qualquer ato de violência em função de sua origem.

Diante deste contexto legal, a discussão colocada pelas declarações do MJ reforça um discurso do senso comum de que alguns povos "não são mais índios", contribuindo para a desconstrução da identidade indígena dos diversos povos que vêm lutando pela sua reafirmação. Embora esta identidade seja, como já apontado, uma construção do projeto colonial, desconstruí-la e negá-la é, além da continuação deste projeto, a invisibilização das diversas formas de existência e modos de vida destes povos, pelo reconhecimento de uma única forma de existência, e a possibilidade de indeferir seus direitos fundamentais, neste caso, representado pelo acesso à terra.

É preciso descolonizar e emergir a diversidade dos modos de vidas existentes no Brasil. Precisa-se descolonizar inclusive a imagem do índio, para emergir e reconhecer os diversos indígenas que habitam hoje o território brasileiro. Os 305 povos são diversos, e foram diferentemente impactados pelos 488 anos de políticas integracionistas, que fortaleciam os negativos estigmas em relação às suas práticas culturais e os impunha uma integração à sociedade não-indígena com a criminalização de muitas de suas atividades.

Embora a CF em 1988 traga uma ruptura a esta história, passados 30 anos, há uma clara ambiguidade na sua aplicação. As terras indígenas não foram demarcadas na totalidade, a política indigenista é ditada pelos interesses do capitalismo, onde decisões que impactam as comunidades não levam em consideração a consulta prévia, como prevista na Convenção 169 da OIT, como por exemplo, as construções de usinas hidrelétricas no centro-oeste e norte do país, e a própria tentativa de deslegitimar a identidade dos povos em consideração a um estereótipo que remonta aos anos de 1500.

1.3 TERRITÓRIO, TERRA, VIDA: DEMARCAÇÃO DE TERRA PAUTANDO A RESISTÊNCIA

> ***Os brancos talvez pensem que pararíamos de defender nossa floresta caso nos dessem montanhas de suas mercadorias. Estão enganados. [...] Queremos apenas continuar vivendo nela do nosso jeito, como fizeram nossos ancestrais antes de nós. Não queremos que ela morra, coberta de feridas e dejetos dos brancos. Ficamos com raiva quando eles queimam árvores, rasgam a terra e sujam os rios. [...] Não somos inimigos dos brancos. Mas não queremos que venham trabalhar em nossa floresta porque não têm como nos compensar o valor do que aqui destroem.***
>
> (KOPENAWA e ALBERT, 2015, p. 354)

São muitas as manifestações de indígenas que apontam as suas compreensões sobre a terra como mãe, como a vida. A percepção de que somos parte da natureza, irmãos das árvores e de montanhas que possuem sentimentos, também está retratada nas propostas da União das Nações Indígenas (UNI) para a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986 e em uma entrevista de 1989, conferida por Ailton Krenak (UNI, 1988a; KRENAK, 2015). Diante deste entendimento pode-se compreender a importância deste tema para os povos originários e a luta pelo direito à demarcação das terras, como principal pauta de discussão durante o processo da construção da CF de 1988. Direito este já reconhecido pela Coroa Portuguesa no século XVII, reforçado no início do período da República no Brasil, com os positivistas reconhecendo os indígenas como uma questão nacional, cujo o maior problema estava associado a garantia de suas terras (GOMES, 2012). O Apostolado Positivista, nas discussões para elaboração da Constituição de 1891, propuseram, embora sem sucesso, que os indígenas fossem considerados nações livres organizadas nos "Estados Americanos do Brasil" com total autonomia que só poderiam ter qualquer intervenção do governo mediante autorização prévia.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas nas suas motivações se afirma:

> Preocupada com o fato de os povos indígenas terem sofrido injustiças históricas como resultado, entre outras coisas, da colonização e da subtração de suas terras, territórios e recursos, o que lhes tem impedido de exercer, em especial, seu direito ao desenvolvimento, em conformidade com suas próprias necessidades e interesses (ONU, 2008, p.3).

Neste texto, onde são propostos os ideais comuns, que devem ser buscados com solidariedade e respeito mútuo, estabelecem 42 artigos, onde é constante a presença do direito à autodeterminação, ao exercício da sua cultura e tradições passadas, presentes e futuras e as terras tradicionalmente ocupadas. O direito à terra é evidenciado no Artigo 26, nos itens um a três, e a participação dos povos indígenas nos processos que reconhecem e demarcam estas terras no Artigo 27:

> Artigo 26 1. Os povos indígenas têm direito às terras, territórios e recursos que possuem e ocupam tradicionalmente ou que tenham de outra forma utilizado ou adquirido. 2. Os povos indígenas têm o direito de possuir, utilizar, desenvolver e controlar as terras, territórios e recursos que possuem em razão da propriedade tradicional ou de outra forma tradicional de ocupação ou de utilização, assim como aqueles que de outra forma tenham adquirido. 3. Os Estados assegurarão reconhecimento e proteção jurídicos a essas terras, territórios e recursos. Tal reconhecimento respeitará adequadamente os costumes, as tradições e os regimes de posse da terra dos povos indígenas a que se refiram.
>
> Artigo 27 Os Estados estabelecerão e aplicarão, em conjunto com os povos indígenas interessados, um processo equitativo, independente, imparcial, aberto e transparente, no qual sejam devidamente reconhecidas as leis, tradições, costumes e regimes de posse da terra dos povos indígenas, para reconhecer e adjudicar os direitos dos povos indígenas sobre suas terras, territórios e recursos, compreendidos aqueles que tradicionalmente possuem, ocupam ou de outra forma utilizem. Os povos indígenas terão direito de participar desse processo. (ONU, 2008, p. 14-15)

No Brasil, segundo informações da FUNAI (2018a) são 435 terras regularizadas, das 562 que estão em processo de demarcação, correspondendo a 12,9 % do território nacional (figura 4), com destaque que aproximadamente 8% destas são alvo de invasores ou residentes que não foram completamente retirados no processo demarcatório.

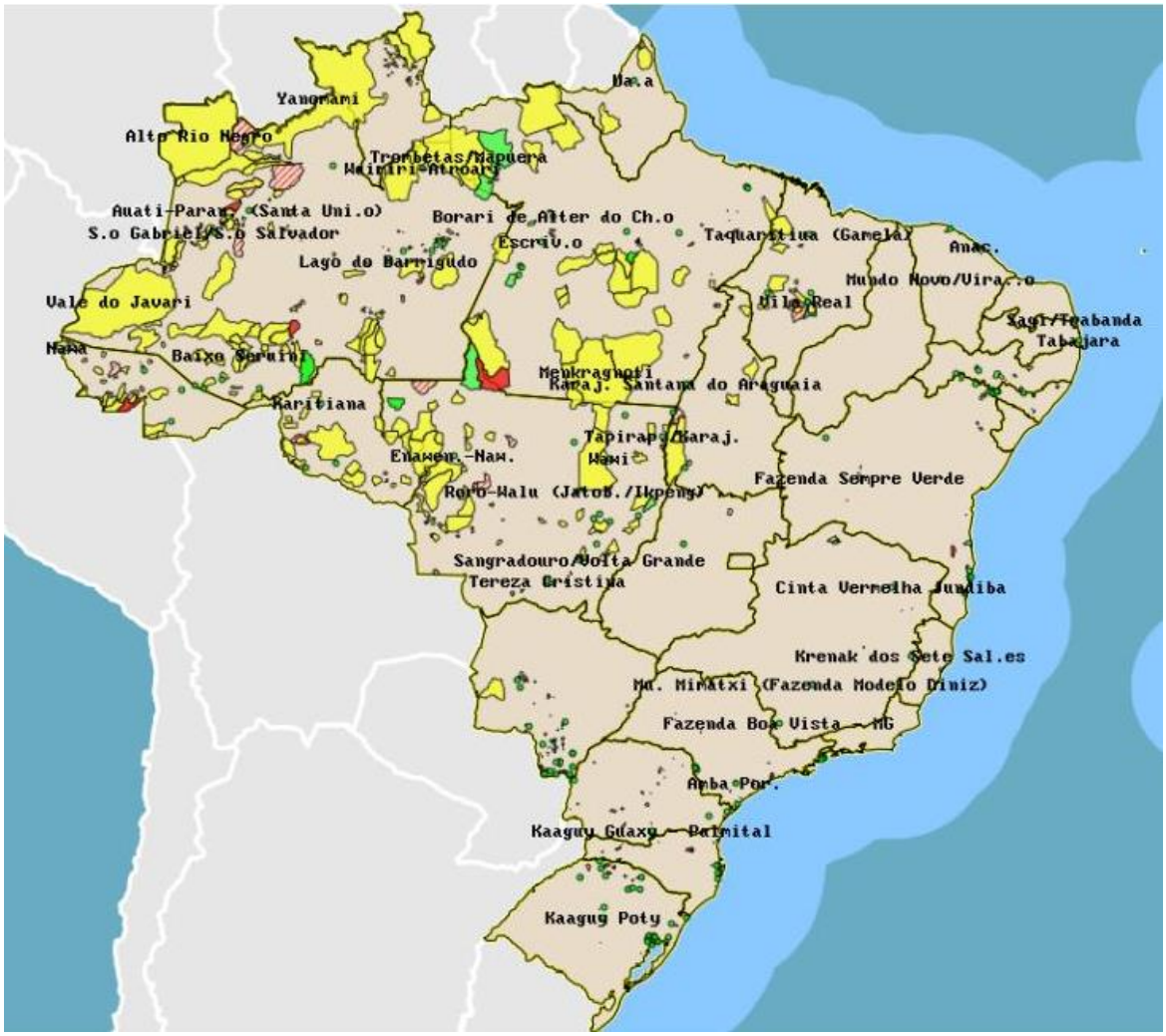


Figura 4. Mapa com identificação da Terras Indígenas no território brasileiro. Fonte: FUNAI, 2018.

O processo de demarcação é regulamentado pelo Decreto nº 1.775/96 e composto de nove etapas, sob responsabilidade de Governo Federal. Até 2018, a responsabilidade era principalmente por meio da FUNAI e, em 2019, foi delegada ao Ministério da Agricultura (BRASIL, 1996a; 2019a):

a. Estudos de identificação e delimitação;

b. Contraditório administrativo;

c. Declaração dos limites, a cargo do Ministro da Justiça;

d. Demarcação física;

e. Levantamento fundiário de avaliação de benfeitorias implementadas pelos ocupantes não-índios;

f. Homologação da demarcação;

g. Retirada de ocupantes não-índios, com pagamento de benfeitorias consideradas de boa-fé e reassentamento dos ocupantes não-índios que atendem ao perfil da reforma;

h. Registro das terras indígenas na Secretaria de Patrimônio da União;

i. Interdição de áreas para a proteção de povos indígenas isolados.

Dados da FUNAI referentes a setembro de 2017 apontam, para além das terras em processo de demarcação, que 114 terras estão em fase de estudos e seis com portaria de interdição. Uma modalidade utilizada em alternativa à Terra Indígena "*em casos extraordinários, como de conflito interno irreversível, impactos de grandes empreendimentos ou impossibilidade técnica de reconhecimento de terra de ocupação tradicional*" é a Reserva Indígena (FUNAI, 2018b, parágrafo 2º), prevista no Estatuto do Índio, Lei 6001/1973 (BRASIL, 1973). Identificadas nesta modalidade estão 31 terras regularizadas e 15 encaminhadas (FUNAI, 2018a). É importante destacar que a posse das terras indígenas é da União, sendo permitido aos indígenas o uso para:

> [...] atividades produtivas, imprescindível à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e necessária à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. Trata-se de um tipo específico de posse, de natureza originária e coletiva, que não se confunde com o conceito civilista de propriedade privada. (FUNAI, 2018a, parágrafo 1º)

Num cenário de vulnerabilidade das políticas indigenistas, tornam-se mais frequentes os questionamentos de terras já demarcadas. Em 2017, o MJ, em atitude inédita desde a CF de 1988, cancelou o processo de demarcação da Terra Indígena do Jaraguá, explicitando as forças que atuam neste processo. Este caso explicita a relação do Estado com os povos indígenas, além de exemplificar a resistência e os desafios dos povos originários na luta pela demarcação de suas terras e por seus direitos constitucionais.

1.3.1 A DES-Demarcação: Reflexões Sobre quem são as Forças a serem Enfrentadas na Demarcação de Terra

Tenho enfrentado pressões imensas de bancadas parlamentares que não estão do lado de vocês.

Ministro da Justiça

(CIMI; COLETIVO TENINDERÃ AYVU, 2017)

A demarcação da Área Indígena Jaraguá se deu com a publicação do Decreto 94.221, de 14 de abril de 1987, com área total de 1,7 hectares (BRASIL, 1987). Após processo de revisão da Demarcação, que teve início com a Portaria 531, de 22 de junho de 2001, a Portaria 581, de 29 de maio de 2015, declara no Artigo 1º "*[...] posse permanente do grupo indígena Guarani a Terra Indígena JARAGUÁ com superfície aproximada de 532 ha (quinhentos e trinta e dois hectares) e perímetro também aproximado de 20 km (vinte quilômetros)*". Esta área, situada no município de São Paulo, está cercada pela Rodovia Bandeirantes, pelo território urbano e pelo Parque Estadual do Jaraguá (figura 5).

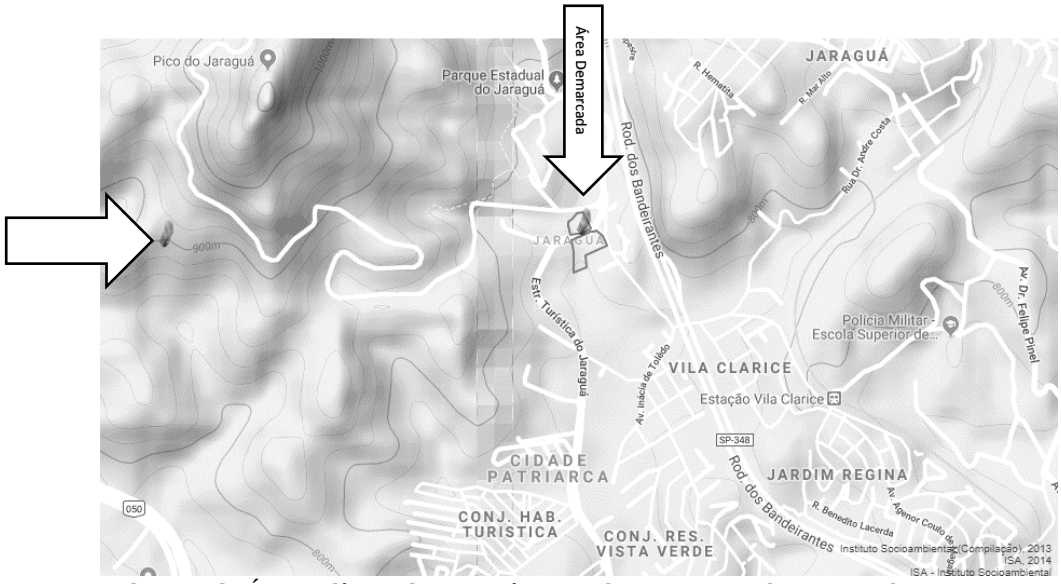


Figura 5. Localização da Área Indígena do Jaraguá. Fonte: https://terrasindigenas.org.br/es/terras-indigenas/3707.

A área reconhecida como originária dos indígenas pela Portaria 581/2015 é contestada por duas pessoas, que alegam ter posse de parte do território, e pelo Governo do

Estado. Assim, a demarcação da revisão da terra é alvo de disputa judicial desde sua declaração. Neste período, foram realizadas algumas abordagens pela mídia sobre o tema, inclusive com entrevistas de indígenas Guarani retratando a percepção destas pessoas sobre a importância da terra e a disponibilidade para a resistência e a luta pelo território, como demonstra a transcrição a seguir:

> Jerá: A questão da importância da Terra pro Povo Guarani é muito necessária. Diante de que, se sabe que todos os povos indígenas do Brasil, vivem em contato muito direto, assim, com a mãe terra, né. Tipo, a Terra é a nossa cama a nossa casa, é o que nos alimenta, nos dá agua, assim, por isso que a terra é importante, a gente precisa comer dela, a gente precisa beber dela, a gente precisa fazer os nossos artesanatos dela, os nossos objetos de uso, assim. E a gente precisa dela pra ensinar nossas crianças a viverem sempre com o suficiente para que ela não estrague a água, não estrague a natureza.
>
> Vitor Fernandes: Queremos que garantir o nosso espaço pra preservar a natureza, a gente quer a terra pra gente viver como ser Guarani, né. A gente... não é pra construir prédio, pra gente fazer de condomínio, pra fazer um posto de gasolina, não. A gente quer garantir pra nossas crianças sobreviverem. [...]
>
> Thiago: Ele só vai tirar nós de lá morto. Ele não vai tomar nossa terra tão fácil. É nossa dignidade que tá ali, e nem que a gente tenha que se enterrar ali, pra eles tenham que construir os prédios que eles querem construir ali em cima da gente, a gente vai fazer isso, mas a gente não vai entregar a terra de mão beijada pra eles, é um direito nosso, é um direito do nosso povo (REDE TVT, 2015).

Sem definição judicial quanto à demarcação, o MJ publicou a Portaria 683, de 15 de agosto de 2017, onde torna nula a Portaria 581/2015, considerando: a extensão de aproximados três hectares demarcados, a alegação de erro administrativo no processo inicial de revisão da terra demarcada, vício administrativo reconhecido após prazo legal para anulação do ato jurídico inicial, a falta de participação do Estado de São Paulo no processo que abrange quase a totalidade do Parque Estadual do Jaraguá e os mandados de segurança concedidos pelo Superior Tribunal de Justiça e mantidos pelo Supremo Tribunal Federal.

Esta des-demarcação gerou diversas manifestações indígenas, críticas ao MJ devido aos equívocos no preâmbulo da Portaria 683/2017, como a área já demarcada, e ganhou espaço na mídia. Em vídeo divulgado nas mídias sociais de reunião entre lideranças indígenas

da Área Indígena do Jaraguá e o Ministro da Justiça, onde foi solicitada a revogação da Portaria 683/2017, os indígenas reafirmam a disponibilidade de resistência e luta pelo seu direito originário à terra e pedem que o Ministro deixe a justiça definir quem tem o direito à posse deste território. Enquanto o Ministro da Justiça reconhece o direito dos indígenas à Terra e afirma estar sofrendo grande pressão de parlamentares:

> Davi: Pra consegui a nossa Portaria demarcatória, nossa demarcação, foi muita luta, né! Muita! Dos guerreiros, das guerreiras que lutaram e já não estão aqui, acho que o senhor deve uma explicação aos verdadeiros donos dessas terras, aos povos originários, nós somos povos indígenas, nós sempre estivemos aqui. A Constituição Federal, que é a maior lei que tem no país reconhece o direito dos povos indígenas, a originalidade, a imprescritividade e o seu parecer pra qualquer pessoa por mais que não entende de justiça, de lei, entende que é um parecer se fundamentando em condições políticas que não respeita os direitos originários dos povos indígenas. Aonde que fica o direito originário nesta Portaria? Aonde que fica a imprescritividade da Constituição Federal brasileira nesta Portaria? Aonde que fica toda a história da vida e resistência dos Povos Indígenas?
>
> Ministro da Justiça: A Portaria tem sua própria motivação, sua própria razão. Ela tem a sua série de argumentos, fatos e documentos que são citados antes. Tanto é que lá existe um Parque Estadual administrado pelo Estado. A União não pode invadir terra do Estado, a União não pode invadir terra do Município. Vocês podiam ser a qualquer momento processados na justiça pra ter a terra de volta. É preciso buscar segurança jurídica. Vocês não têm segurança jurídica na Terra Jaraguá, que Portaria de Ministro nenhum pode tomar terra do Estado. Então o que que nós temos que fazer, é reiniciar o processo. Admito a terra é de vocês, mas hoje juridicamente é do Estado de São Paulo. Tenho enfrentado pressões imensas de bancadas parlamentares que não estão do lado de vocês. O adversário de vocês não é o Ministério da Justiça (CIMI; COLETIVO TENINDERÃ AYVU, 2017).

A descrição da reunião possibilita repetir aqui o questionamento feito pela liderança indígena “Aonde que fica o direito originário nesta Portaria?” e ampliá-la: nas mãos de quem está o direito dos indígenas de terem suas terras tradicionais demarcadas? Passados 518 anos da chegada dos portugueses, mais de 300 anos do reconhecimento legal que os indígenas possuíam direito às terras tradicionais, após a promulgação da CF, que reconhece o direito dos

indígenas à terra, a publicação da Convenção 169 da OIT que o Brasil é signatário, a publicação pela ONU da Declaração sobre o Direito dos Povos Indígenas, que reconhece não apenas o direito à terra mas garante no Artigo 10º que "*Os povos indígenas não serão removidos à força de suas terras ou territórios*" (ONU, 2008, p. 9), o Governo Brasileiro afirma que sofre "pressões imensas de bancadas parlamentares".

Diante deste caso, é evidente que os próprios governos não estão garantindo o direito dos indígenas à demarcação das terras, seja pela pressão da bancada ruralista, do agronegócio, seja pelo interesse à privatização do Parque Estadual do Jaraguá, como aponta a imprensa ao tratar dos interesses do Governo do Estado de São Paulo na não-demarcação da Terra Indígena do Jaraguá. Em outras regiões, o interesse em retirada de minérios das Terras Indígenas e outras riquezas naturais se somam como atores contrários à demarcação, como denunciam residentes da Terra Indígena Yanomami e a disputa judicial da Terra Indígena Raposa Serra do Sol (EL PAÍS, 2017).

Com inúmeros atores a serem enfrentados para demarcação de terras, o Ministério Público Federal (MPF) vem ganhando destaque no seu papel de definir quem tem razão nas disputas. O MPF tem sido acionado com frequência nos diversos processos judiciais e, no caso do Jaraguá, não foi diferente. Por meio da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais publicou a Nora Técnica nº 07/2017 com "*Análise da antijuridicidade da Portaria MJ no 683/2017, que "Tornou nula" a Portaria no 581, de 29 de maio de 2015, do Ministério da Justiça*e a Justiça Federal de São Paulo, acatando a argumentação da 6ª Câmara, suspendeu a Portaria 683/2017.

Os enfrentamentos dos indígenas para a garantia do direito à demarcação das terras são muitos e envolvem diversas instituições do Estado. A Advocacia Geral da União no parecer 001/2017 estabelece o "Marco Temporal" (AGU, 2017). Utilizando de entendimentos do STF específicos ao julgamento da demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, visa homogeneizar o entendimento quanto às permissões do Governo para implantação de infraestrutura e da defesa nacional em terras indígenas, e principalmente que os indígenas teriam direito as terras que estavam ocupadas quando da promulgação da CF, ou seja, em 05 de outubro de 1988. Os indígenas se mobilizaram, principalmente no ano de 2017, contra a tese do Marco Temporal com a organização de campanhas nas redes sociais, manifestações e publicações de notas pelas organizações indígenas como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) (ABIP, 2018).

As dificuldades do Governo Brasileiro em cumprir a legislação que garante os direitos dos povos indígenas é objeto de denúncias às organizações internacionais. A ONU, que acompanha o desenvolvimento de ações para as populações indígenas no Brasil, reconhece o exemplo da legislação brasileira na garantia de direitos aos povos originários, mas afirma que nos últimos oito anos:

> [...] tem havido uma inquietante ausência de avanços para a implementação de suas recomendações e na solução de antigas questões de vital importância para os povos indígenas. No atual contexto político, as ameaças que os povos indígenas enfrentam podem ser exacerbadas e a proteção de longa data de seus direitos pode estar em risco (TAULI-CORPUZ, 2016).

Em relação à demarcação de terras o Relatório aponta que é recorrente o clamor indígena pela demarcação, visto que a terra é fundamental para a garantia dos demais direitos, e relata exemplos de grupos indígenas que vêm lutando pela retomada e pela manutenção do seu território. Assim, reforçando a urgência da demarcação e reconhecendo a resposta inadequada do Estado aponta alguns dos fatores para esta estagnação:

> a) o enfraquecimento e redução de pessoal da FUNAI;
>
> b) a falta de vontade política concluir procedimentos de demarcação no nível ministerial e presidencial;
>
> c) pouco entendimento e apreço pelos modos de vidas diferenciados dos povos indígenas e falta de treinamento em direitos humanos para autoridades do Executivo;
>
> d) um constante ciclo de atrasos administrativos e a judicialização de quase todos os processos de demarcação por interesses escusos, acompanhado de demoras da Suprema Corte em proferir decisões finais nos casos;
>
> e) a possibilidade de ganhos políticos de certos atores por meio da interpretação errônea das implicações do processo de demarcação de terras indígenas para pequenos agricultores e municípios, levando à discriminação contra e conflito com povos indígenas;
>
> f) esforços de longa data por parte do Legislativo para reformar processos de demarcação e de modificar a legislação ambiental para facilitar a exploração de recursos em terras indígenas;
>
> g) falta de reconhecimento da compatibilidade de terras indígenas e unidades de conservação e o papel que o respeito aos direitos territoriais indígenas tem para a conservação

> ambiental e para o desenvolvimento sustentável (TAULI-CORPUZ, 2016, p. 7-8).

Com a compreensão que a terra não é bem material, algo pelo qual se tem a posse, os indígenas permanecem com a luta pela demarcação de suas terras, com a principal pauta de reivindicação junto ao Estado brasileiro. "*A luta pela mãe terra é a mãe de todas as lutas*", afirmou GUAJAJARA (2017). Fundamental para a garantia do modo de vida e, consequentemente, a manutenção e o reestabelecimento da saúde e do bem-estar, é muito comum que as manifestações indígenas por uma saúde de qualidade englobem a defesa pelo direito a terra. "Sem terra não há vida!" e "Desnutrição se acaba com a demarcação das terras" são frases frequentes nas manifestações pelo direito à saúde (figura 6), sendo impossível dissociar a discussão pela garantia de uma saúde com qualidade da garantia do território que permite o modo de vida indígena.

Figura 6. Foto de uma aldeia Guarani Kaiowá. Fonte: http://2.bp.blogspot.com/_3AnTuHbDuas/SPS_qi4B1iI/AAAAAAAACwM/BgTdSMQFx4c/s200/faixadesnutri%C3%A7%C3%A3ocimi.jpg

Cinco séculos depois, a necessidade de discutir as consequências deste contato de dominação é latente. Como tem construído Boaventura de Souza Santos ao longo de suas reflexões, a relação estruturada no colonialismo, no patriarcado e no capitalismo é a base de uma sociedade de desigualdades, tanto sociais, quanto na garantia de direitos (SANTOS, 2013). Com seres humanos que valem mais que outros e a crescente individualização nas relações humanas e entre humanos e o mundo que o cerca, a busca por governos que tenham objetivo de redução das desigualdades e busquem a igualdade de direitos é uma luta de diversos movimentos sociais.

1.4 É POSSÍVEL PRODUZIR EXISTÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

As pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza

(SANTOS, 2003, p. 56).

Esta afirmação de Boaventura de Sousa Santos é a linha de condução estrutural deste trabalho. Assim, são nas obras do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra que se encontram os alicerces teóricos para o desenvolvimento das reflexões aqui colocadas. Com análises críticas sobre a crise da epistemologia, que legitimou a ciência moderna como única forma de saber e conhecimento válido, nos últimos séculos o autor propõe, em 1995, o conceito das "Epistemologias do Sul" (MENESES, 2008).

Este é formulado e reelaborado em diversas publicações nas quais definem que "*as Epistemologias do Sul são o conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam essa supressão* [supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e/ou nações colonizados], *valorizam os saberes que resistiram com êxito e investigam as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos*" (SANTOS e MENESES, 2009b, p. 13). NUNES (2009a, p. 217) esclarece que "*A epistemologia do Sul, enquanto projecto, significa, ao mesmo tempo, uma descontinuidade radical com o projecto moderno da epistemologia e uma reconstrução da reflexão sobre os saberes*". A Epistemologias do Sul trazem elementos que permitem discutir o contexto dos povos indígenas no Brasil, principalmente no que refere à sua relação com a sociedade não-indígena e o Estado.

É importante destacar que a distinção entre Norte e Sul não é geográfica, há muitos nortes no sul e suis no norte. Esta referência de Boaventura parte do poder que, normalmente, países do Norte exerceram e exercem, sobre os países do Sul. Contudo, pode ser transposta para as relações de poder exercidas entre as regiões do Brasil, por exemplo, com domínio do Sul/Sudeste sobre o Norte/Nordeste e também entre as relações étnico/raciais e de gênero, ou seja, domínio do homem branco sobre os demais. Assim, ao desenvolver este conjunto de

intervenções epistemológicas, SANTOS e MENESES (2009a) identificam as amarras do mundo como o colonialismo, o capitalismo e o patriarcado.

Não é objeto deste trabalho se aprofundar nestes conceitos, contudo, reconhecemos que, num mundo que considera haver uma forma de produção de verdade, neste caso de produção de vida, todas as formas que se contrapõem ao capitalismo, ao patriarcado e à estrutura de poder colonial são produzidas como não existentes e não possíveis através do estigma do atraso e do improdutivo. Contudo, diversos povos e comunidades lutam pela produção de um modo de vida coletivo, onde o material e o lucro não são objetivos a serem conquistados, sendo colocados em escalas inferiores que a natureza e o ser.

No Brasil, não apenas as comunidades indígenas são exemplo da luta contra o modo de vida do capitalismo e de suas consequências. Mas, são um excelente exemplo da produção de inexistência do seu modo de vida pelo padrão global capitalista. Uma sociedade onde a produção e o lucro são demasiadamente valorizados, as formas de produção de vida que não visam acumulação de bens e a exploração da terra são vistas como um atraso e um empecilho para o desenvolvimento da nação.

As principais disputas entre indígenas e o Estado brasileiro podem ser materializadas na luta pela demarcação de terras. A consequência de séculos de uma política integracionista e de não demarcação de terras, ou da demarcação em ilhas que não propiciam a manutenção de hábitos de vida, principalmente os alimentares. Aliada à alta urbanização de algumas áreas e a devastação ambiental – desmatamento e poluição de rios – coloca em risco o modo de vida dos povos originários.

1.4.1 Epistemologias do Sul: Reconhecer, Encontrar e Aprender com os Povos Indígenas

Com o projeto *A Reinvenção da Emancipação Social*, que objetiva estudar as alternativas elaboradas pelos movimentos sociais e organizações não-governamentais contra a exclusão e discriminações produzidas pela globalização neoliberal e o capitalismo global, em diversos países, incluindo o Brasil, SANTOS (2010a) apresenta três conclusões: há muito

mais diversidade nas experiências sociais do que as tradições científicas e filosóficas consideram importantes; esta riqueza social está sendo desperdiçada; a ciência social, como estruturada hoje, pouco contribui no combate deste desperdício e na visibilidade destas experiências. Diante destas conclusões, o autor afirma que "*Para combater o desperdício da experiência social, não basta propor um outro tipo de ciência social. Mais do que isso, é necessário propor um modelo diferente de racionalidade*" (SANTOS, 2010a, p. 94).

Esta nova racionalidade expressa na Razão Cosmopolita se contrapõe ao domínio atual da Razão Indolente, que resulta na contração do presente e uma dilatação do futuro. Assim, propõe o que considera as reflexões iniciais da Razão Cosmopolita que se estrutura em três procedimentos meta-sociológicos: sociologia das ausências, sociologia das emergências e o trabalho de tradução (SANTOS, 2010a).

A Sociologia das Ausências propõe uma expansão do presente a partir do reconhecimento da diversidade das experiências. Esta investigação "*visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não-credível ao que existe*" (SANTOS, 2010a, p. 102). Aprofundando esta discussão o autor elenca cinco modos de produção de não-existência:

- monocultura do saber e rigor do saber, onde a ciência moderna é colocada como único modo de verdade;
- monocultura do tempo linear que compreende que há um único sentido e tempo histórico;
- monocultura da naturalização das diferenças, que categoriza a população hierarquizando, produzindo assim as relações de dominação;
- lógica da escala dominante que assume uma posição determinista tornando todas as outras formas irrelevantes e se expressa de duas formas principais: o global e universal;
- monocultura dos critérios de produção do capitalismo, onde todas as formas de produção e de vida são desqualificadas e produzidas como não existência.

A Sociologia das Emergências, por sua vez, propõe uma contração do futuro, substituindo o vazio do futuro segundo o tempo linear, pela pluralidade de possibilidades

concretas que se constroem no presente com as atividades de cuidado. Segundo o autor, esta investigação prospectiva é operacionalizada por meio de dois procedimentos: tornar menos parcial o conhecimento das condições do possível, e as próprias condições do possível. Para tanto, propõe cinco campos sociais para superar as monoculturas: experiências do conhecimento; experiências de desenvolvimento, trabalho e produção; experiências de reconhecimento, experiências de democracia e experiências de comunicação e de informação (SANTOS, 2010a).

Desta forma, se propõe como uma alternativa para a Razão Cosmopolita o trabalho de Tradução "*que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo, tanto as disponíveis como as possíveis, reveladas pelas sociologias das ausências e das emergências*" (SANTOS, 2010a, p. 123-124). Considera a Tradução como um trabalho intelectual, ao mesmo tempo que político, que visa a "*interpretação entre duas ou mais culturas com vistas a identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas que fornecem para elas*" (SANTOS, 2010a, p. 124).

Na introdução do livro Epistemologias do Sul, SANTOS e MENESES (2009a) apresentam ideias bases para discutir a supremacia da ciência e suas consequências nos últimos séculos, dentre elas:

- A força da intervenção colonial permitiu que a epistemologia dominante, que é de fato uma epistemologia contextual que se estrutura numa dupla diferença: "*...diferença cultural do mundo moderno cristão ocidental e a diferença política do colonialismo e capitalismo*" (p.10) reivindicasse para si a ciência moderna, a pretensão de universalidade.
- A busca de homogeneização do mundo desconsiderando as diferenças culturais e, assim, desperdiçando experiências sociais através do epistemicídio, permitiu a sobrevivência de algumas experiências que, submetidas a lógica dominante, "*foram definidas [...] como saberes locais e contextuais apenas utilizáveis em duas circunstâncias: como matéria prima para o avanço do conhecimento científico; como instrumentos de governo indirecto*" (p. 10).
- A ciência moderna não é incondicionalmente má ou boa. O aparato institucional, tradução da "*epistemologia que conferiu a ciência a exclusividade do conhecimento válido*" (p. 11), que são "*universidades, centros*

de investigação, sistemas de peritos, pareceres técnicos" (p. 11) trouxe a impossibilidade de diálogo entre ciência e outros saberes.

- A possibilidade de crítica do regime epistemológico se dá atualmente por enxergar uma maior diversidade cultural e epistemológica no mundo, sendo mais convincente para o público. Consideram que o fim do colonialismo político não significou o fim das relações desiguais que foram estabelecidas, entre países e no interior do mesmo país, entre classes.
- Reconhecer a diversidade epistemológica do mundo, e compreender que esta "*representa um enorme enriquecimento das capacidades humanas para conferir inteligibilidade e intencionalidade às experiências sociais*" (p.12) é colocada como uma alternativa à epistemologia dominante.

SANTOS (2009, p. 23), discutindo a supremacia da epistemologia dominante que deve ser confrontada com a sociologia das ausências e emergências e o trabalho de tradução, descreve a linha abissal e afirma que "*o pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal*". Este tem como principal característica a impossibilidade de existência dos dois lados da linha, criando invisibilidades. Garante à ciência moderna o domínio universal de definir o que é verdadeiro e falso. Desta forma, o que passa a existir do outro lado da linha não são conhecimentos, são crenças, magias, pensamentos que, quando muito, podem ser objeto de investigação científica. Defendendo a tese que "*a injustiça social global está, desta forma, intimamente ligada à injustiça cognitiva global*" (p. 31-32) sugere que a luta por justiça social precisa ser também uma luta pela justiça cognitiva global, para tanto, faz-se necessário o pensamento pós-abissal. Considera que "*o pensamento pós-abissal parte da ideia de que a diversidade do mundo é inesgotável e que esta... diversidade epistemológica continua por construir*" (p. 43). Assim, uma condição primordial para o pensamento pós-abissal é o que SANTOS (2009, p. 45) chama de co-presença radical que "*significa que práticas e agentes de ambos os lados da linha são contemporâneos em termos igualitários*".

Reconhecendo que "*a negação da diversidade é inerente ao colonialismo*" (SANTOS e cols., 2004), assume-se que a superação da fabricação da inexistência dos colonizados é a democratização dos saberes, ou seja, a capacidade da ciência contestar a ideia de unidade e universalidade na interação em vários níveis, com outros saberes e práticas. É preciso reconhecer a pluralidade dos modos e práticas do conhecimento, que os sistemas de

saberes são plurais, que podem ser alternativos à ciência moderna ou se articular com esta, compondo novas configurações. E, assim, os autores propõem o multiculturalismo emancipatório, que reconhece a pluralidade de conhecimentos e de concepções distintas sobre a dignidade humana e o mundo.

A Epistemologias do Sul, mais recentemente, segundo NUNES (2009a, p. 231), veio "*ancorar-se na oposição entre pensamento abissal e pensamento pós-abissal. Nesta perspectiva, a ciência e a epistemologia não desaparecem no quadro de um pensamento pós-abissal, mas passam a existir numa configuração distinta de saberes, que Santos designa por ecologia de saberes*".

Como alternativa para superar o pensamento abissal, a colonialidade e a supremacia da ciência moderna, SANTOS (2009) reforça a importância do pensamento pós-abissal confrontar a monocultura da ciência com a Ecologia de Saberes. O autor explica que "*É uma ecologia, porque se baseia no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer a sua autonomia. A ecologia de saberes baseia-se na ideia de que o conhecimento é interconhecimento*" (p. 44-45). Estabelece que esta epistemologia não compreende os conhecimentos como abstratos, mas como práticas de conhecimento. Assim, a ecologia de saberes se estrutura na percepção de necessidade de uma reavaliação das relações e intervenções na sociedade e na natureza proporcionada pelos diferentes conhecimentos.

São nas reflexões de NUNES (2009a) que o entrelaçar destes conceitos e a crítica a epistemologia moderna sintetizam sua intencionalidade:

> [...] A epistemologia do Sul aparece como uma refundação radical da relação entre o epistemológico e o ético-político a partir, não de uma reflexão centrada na ciência, mas em práticas, experiências e saberes que definem os limites e as condições em que um dado modo de conhecimento pode ser 'traduzido' ou apropriado em novas circunstâncias, sem a pretensão de se constituir em saber universal. Se todos os saberes são reconhecidos, a validade de cada um deles depende do modo como está vinculado às condições situadas e pragmáticas de sua produção e apropriação. As hierarquias dos saberes não podem ser definidas a partir da soberania epistémica de um modo de saber ou de uma instância 'externa' aos saberes, mas de forma pragmática, isto é, indissociável das práticas situadas de produção de saberes. É este tipo de relação que define o que Santos designa de ecologia de saberes [...] (p. 236-237).

A relação entre os povos indígenas e não-indígenas pauta-se no cerne desta discussão epistemológica e, por isso mesmo, é utilizada como exemplos em diversos momentos nos textos de Boaventura de Sousa Santos aqui citados. A colonização do território brasileiro reduziu a população indígena a subumanos, definindo–os como selvagens e não-civilizados, por exemplo, e seus conhecimentos classificados como tradicionais, não podendo então existir fora da dicotomia moderno/tradicional imposta pela ciência moderna.

A independência do Brasil, em 1822, não garantiu aos povos indígenas outra possiblidade de relação com a população não-indígena ou com o Estado. A imperialidade do colonialismo nesta relação permanece até os dias atuais, com a manutenção de debates que se perpetuaram ao longo dos séculos e deveriam estar superados. Contudo, a movimentação e a organização dos povos indígenas para superar o Colonialismo Interno, produzindo sua visibilidade e emergindo seus modos de vida, marcam a história do país, principalmente a partir da metade do século XX, conquistando espaços nas políticas públicas.

1.4.2 Índios em Movimento na Construção de Políticas Pública

O Estado brasileiro, que se apresenta como democrático e de bem-estar social, ou seja, com certa priorização das políticas sociais sobre o capital (PIRES e DEMO, 2006), é um Estado com a perspectiva do liberalismo moderno. Mesmo não se propondo a fazer uma discussão sobre o que é este Estado, para este trabalho, destaca-se que este liberalismo, que não tem uma relação com a liberdade sem limites, estabelece regras e restrições de poder, para as pessoas e para o próprio estado (MATTOS e BAPTISTA, 2015). Esta percepção, segundo relatam os autores, fomentou uma nova compreensão do homem em relação ao Estado:

> A partir de então, o homem ganhou paulatinamente o status de cidadão (de homem da cidade), passando a ser visto como portador de uma identidade nacional e detentor de direitos. O reconhecimento dos indivíduos como detentores de razão e como integrantes deste corpo estatal levou também ao reconhecimento da liberdade dos sujeitos para atuar no e pelo Estado (MATTOS e BAPTISTA, 2015, p. 90).

Assim, reconhecendo que as pessoas são portadoras de direitos, que o Estado deve priorizar o bem-estar destas pessoas, ao serem compreendidas como cidadãos, estas configuram-se como atores que se relacionam e participam do Estado. Neste contexto, as políticas públicas apresentam grande relevância. MATTOS e BAPTISTA (2015, p. 97) definem estas políticas como: "*respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que aflora 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*".

No campo do direito, BUCCI (2013, p. 110-111) compreende políticas públicas, como:

> programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados [..] trata-se de abordagem institucional do processo governamental, baseada em pressuposto da tradição institucionalista da ciência política, segundo a qual as decisões e preferências são influenciadas ou distorcidas por regras e procedimentos. Uma vez que os processos contribuem para moldar as decisões, cabe trazê-los a lume de modo racional, compreendendo as formas pelas quais os próprios processos e seus pressupostos de formação tornam-se objeto de decisão, conscientemente informada de suas injunções políticas.

Mesmo com definições, que na maior parte das vezes reduzem as políticas públicas às decisões do governo, o campo de produção destas políticas é de intensa disputa dentre todos os atores, como, por exemplo, cidadão, mercado, governo, dentre outros. Desta forma, as análises de políticas não podem se restringir ao seu aspecto formal. Pois, como destaca MATTOS e BAPTISTA (2015, p. 101):

> A política precisa ser vista como uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções do mundo, que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade. A política como resultado de uma disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras. Exclui do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas.

Neste contexto de disputas, a participação dos cidadãos é fundamental. No Brasil, a discussão sobre a participação popular refere-se normalmente à participação de setores desprivilegiados da sociedade. A discussão sobre esta participação está presente, pelo menos, em toda a história do Brasil República (VALLA, 1998). A participação social, de modo geral, é compreendida como "*as 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*" (VALLA, 1998, p. 9).

Os povos indígenas, após muitas lutas por reconhecimento, constituem-se como uma força social, ator, nesta disputa para influenciar as políticas públicas. Ao longo dos cinco séculos em que foram submetidos a um Estado e um Governo que não fazem parte do seu modo de organização, estes povos protagonizaram a luta pela superação das políticas integracionistas. Após a CF de 1988, que legalmente rompe com esta política pautada na ciência da evolução humana e de integração à comunidade nacional sob tutela do Governo (LIMA, 2015), estes povos passam a compor de forma ainda mais presente o campo da disputa de construção das políticas públicas.

Neste processo, conseguem influenciar a organização da política, como pode-se destacar: a demarcação de terras, garantida na CF e organizada no Decreto nº 1.775/1996; a política de saúde, com a reivindicação de um subsistema de atenção diferenciada, aprovado pela Lei 9.836/1999; a política de educação ao conseguirem garantir a Educação Escolar Indígena de forma intercultural, bilíngue e diferenciada na Lei 9.394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) (PAULA e VIANNA, 2011).

Contudo, é importante destacar que a produção de políticas públicas não finaliza na publicação do texto como normativa. A luta pela sua permanência, efetivação, e implementação de forma adequada é constante. Já foram destacados nestes textos diversas tentativas de reduzir, ou até mesmo negar, aos indígenas os direitos conquistados ao longo dos anos. Estas afrontas exigem da participação social, dos povos indígenas, novas mobilizações e enfrentamentos das propostas de políticas públicas dos governos, que cada vez menos, estão preocupados com o bem-estar social e com a garantia de direitos frente ao capital.

Com todas as afrontas aos direitos conquistados na CF de 1988 e nas Políticas Públicas, os indígenas vêm se mobilizando fortemente numa tempestade de raios. Ailton Krenak, falando sobre o Movimento Indígena nos últimos anos, traz a reflexão de ausência de um movimento indígena a partir da década de 90, após a conquista dos direitos constitucionais, quando os indígenas se voltam para uma agenda mais local e regional, e a

existência de índios em movimentos. Em entrevista publicada pelo site Jornalista Livres relata:

> A minha geração aprendeu que a gente só pode chamar de movimento alguma coisa que tenha potência. Imagine a maré e as ondas do mar. Imagine o movimento das águas ou o vento na floresta. Imagine uma escuridão num acampamento no escuro, durante a noite, quando dá um raio todo mundo se enxerga. Às vezes esse raio dura dez anos, às vezes cinco anos. Eu penso que, e de certa maneira a minha geração compartilha essa visão, o movimento indígena teve duração, ele teve a duração desse raio, foi quando a gente foi capaz de intervir, de se reconhecer e ser reconhecido em diferentes instâncias. [...] Eu inclusive fico meio grilado quando vejo essas tentativas, meio artificiais, de as pessoas dizerem que há um novo movimento indígena. O meu amigo Daniel Munduruku falou que não tem movimento indígena, e sim índios em movimento. Eu acho mais interessante ter índios em movimento do que movimento indígena. Índios em movimento é uma possibilidade de, cada vez que der um raio, os que estiverem acordados se manifestem. Cada vez que der um raio, os que estiverem acordados, invadem o Congresso, fecham estradas, aprontam alguma. Isso é índio em movimento (KRENAK, 2015).

Um grande momento de reconhecimento dos índios em movimento é o Acampamento Terra Livre (ATL) que tem como objetivo *"Reunir em grande assembleia lideranças dos povos e organizações indígenas de todas as regiões do Brasil para discutir e se posicionar sobre a violação dos direitos constitucionais e originários dos povos indígenas e das políticas anti-indígenas do Estado brasileiro"* (ABIP, 2017a, 1º parágrafo). Diversas mobilizações regionais pela garantia da demarcação das terras indígenas e de denúncias contra a ausência do governo, seja na exeução de ações, seja em reuniões de Organizações Internacionais, são outros exemplos dos índios em movimento e em constante vigilância pela garantia dos seus diretos e de sua sobrevivência, como refletem diversas reportagens em 2017: "ATL 2017 é a maior mobilização indígena dos últimos anos" (APIB, 2017b), "Índios ocupam torres no Pico do Jaraguá em protesto contra anulação de demarcação de terras" (PORTAL G1, 2017), "Índios desligam antenas de transmissão de celular e TV no Pico do Jaraguá, em SP" (SP1, 2017) e "Brasil é cobrado na ONU por retrocesso nos direitos indígenas" (YAMADA, 2017).

É relevante destacar a importância da pressão das organizações internacionais por respostas positivas do Governo às demandas indígenas. Em momento de tantos retrocessos nas garantias de direitos constitucionais, a pressão internacional respalda e visibiliza algumas das pautas indígenas, como por exemplo o "Relatório da missão ao Brasil da Relatora Especial sobre os direitos dos povos indígenas" da ONU, de 2016, que aponta a estagnação dos avanços nas demarcações de terra e nos demais direitos constitucionais, e o não cumprimento de recomendações do relatório anterior por parte do governo brasileiro (TAULI-CORPUZ, 2016).

Neste contexto de disputa e permanência do Colonialismo Interno está inserida a Política Nacional de Saúde Indígena. Esta também é alvo das estagnações do governo brasileiro nos avanços da garantia de direitos sociais, principalmente dos povos indígenas. Com isto, a política de saúde é objeto de olhar atento dos índios em movimento.

2. CONSTRUÇÃO DA "NOSSA MALOCA": OS PERCURSOS METODOLÓGICOS

A Maloca, segundo tradução no dicionário de língua portuguesa, é um conjunto de habitação indígena (HOUAISS e VILLAR, 2003). Desta forma, sua construção pode representar o que é a construção de uma casa, como um processo coletivo que utiliza diversos materiais e a conjunção de vários saberes. Somando ao fato de já representar a necessidade de tradução entre línguas e conhecimentos, é uma metáfora adequada para este trabalho. A maloca pode ser compreendida como uma casa, mas nada tem de semelhante às casas construídas na sociedade não-indígena para além de uma das suas funções, a de abrigar pessoas. O trabalho de Tradução para SANTOS (2010a, p. 128) é um campo muito complexo e ainda mais importante nos tempos atuais, pois, "[...] *incide simultaneamente sobre os saberes e as culturas, por um lado e sobre as práticas e os agentes, por outro*". Considerando a Tradução como um trabalho intelectual, ao mesmo tempo que político e também emocional, reforça sua importância ao compreender que é o processo de interpretação entre as diferentes culturas.

No campo da saúde este processo de criar inteligibilidade recíproca é fundamental para a garantia do cuidado. É preciso alcançar o que os diversos povos indígenas compreendem por saúde-doença e a maneira como percebem as compreensões dos não-indígenas, com a preocupação de não colocar do outro lado da linha abissal conhecimentos que a ciência moderna não explica até este momento, causando invisibilidades e epistemicídios. Desta forma, a complexidade da tradução está colocada. Contudo é preciso criar alternativas para articular não apenas os conhecimentos, mas também, as práticas de cuidado que trazem diferentes respostas para a mesma situação vivenciada da doença e da saúde em cada contexto cultural.

Desta forma, a Maloca também materializa os diversos saberes generosamente compartilhados para que pudessem alimentar as reflexões, e construir da forma mais coletiva possível este trabalho. Estes saberes não são apenas dos pensadores e teóricos acadêmicos aqui representados, mas de cada entrevistado, da convivência com estas e outras pessoas que sempre aceitaram tomar um café, com o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Litoral Sul e também do material analisado para atingir os objetivos colocados.

2.1 OBJETIVOS QUE NORTEARAM A CONSTRUÇÃO DA MALOCA

Analisar a participação e o protagonismo dos povos indígenas no processo de construção e implementação da Política Nacional de Saúde Indígena após a Constituição Federal de 1988.

Objetivos Específicos:

- Identificar a estrutura, a constituição e o funcionamento do Controle Social na Saúde Indígena;
- Compreender o processo de participação das lideranças indígenas e não-indígenas no movimento de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI);
- Analisar as relações interfederativas no Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas à assistência aos povos indígenas.

2.2 OS MATERIAIS PARA CONSTRUÇÃO DA MALOCA

Para se aproximar do percurso traçado pela Política Nacional de Saúde Indígena[3] e compreendê-la com toda sua complexidade no contexto político, histórico e social foi utilizada a Metodologia Qualitativa. Segundo MINAYO (2013) a pesquisa qualitativa é eficazmente utilizada no estudo de grupos delimitados, suas relações e compreensões e na análise de discursos e documentos. As abordagens qualitativas propiciam entender processos sociais, construir novas abordagens, rever e criar conceitos através da sistematização progressiva do que se conhece até a compreensão da lógica interna do grupo estudado.

Diante desta perspectiva e para dar conta da complexidade dos objetivos traçados foram utilizadas a Pesquisa Documental e Entrevistas em Profundidade.

2.2.1 Pesquisa Documental

A Pesquisa Documental possibilita recontar histórias, a construção de novas possibilidades de compreender os fenômenos e a reelaboração de conhecimentos. SÁ-SILVA e cols. (2009) destacam a riqueza de informações que podem ser resgatadas destes documentos possibilitando ampliar a compreensão de objetos de pesquisa que necessitam de contextualização histórica e sociocultural. Os autores destacam ainda que "*a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos"* (SÁ-SILVA e cols., 2009, p. 5). Reconhecem a diversidade de formas deste material, ultrapassando a ideia do texto escrito, acrescentando nestas categorias filmes, fotografias, pôsteres, dentre outros que são fontes de

[3] Entendemos, neste trabalho, como Política Nacional de Saúde Indígena todas as ações que envolvem o cuidado em saúde com os povos indígenas, sejam elas desenvolvidas dentro do contexto do SASI ou não. Desta forma, ao nos referirmos a Política Nacional estamos falando de algo maior que o texto da política em si, denominado de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI).

informação e esclarecimentos que contribuem na elucidação de determinadas questões e como comprovação de outras, sendo assim, fontes primárias que são analisadas de acordo com a criatividade e necessidade do pesquisador.

É importante destacar que compreendemos Políticas Públicas como REZENDE e BAPTISTA (2011) as descrevem, em constante movimento, traçando uma trajetória única devido sua complexidade e elementos instáveis e contraditórios. A partir deste entendimento na década de 90, Ball desenvolveu junto a colaboradores a "Abordagem do Ciclo de Políticas". Este método se fundamenta na compreensão de que a política também é texto e discurso. Sendo que texto refere-se *a "documentos oficiais, entendidos como produtos inacabados de esforços coletivos, em múltiplos níveis de interpretação e tradução"* e discurso *"aponta para as disputas por poder, pelo controle de bens (recursos) e de discursos, em termos de vantagens e legitimidade sociais"* (apud REZENDE e BAPTISTA, 2011, p. 275).

Assim, o papel da Pesquisa Documental neste trabalho é permitir a compressão da trajetória da organização normativa do SASI e sua articulação e interação com o SUS, a partir do momento que é um subsistema deste. Permitir a percepção da abordagem textual do direito dos indígenas à saúde, e a compreensão das relações entre as instâncias de Controle Social do SASI, CONDISI, Fórum de Presidentes de CONDISI (FPCONDISI) e Conferências e sua implementação na gestão do SASI.

Para alcançar estes objetivos foram analisadas textos jurídicos, relatórios de Conferências de Saúde Indígena e três Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e atas de reunião de CONDISI e FPCONDISI.

Normativas Legais

A seleção dos textos jurídicos foi realizada até janeiro de 2018 em pesquisa na base de dado Saúde Legis que reúne as legislações referentes ao SUS na página de internet do Ministério da Saúde (MS) disponível no endereço: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM, de onde foram identificadas as normativas sobre o SASI, incluindo todas as publicações de origem da

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), as normas de organização do SUS – Leis 8.080 e 8.142, Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – e as normas de políticas prioritárias que organizaram as redes de saúde no SUS (atenção básica, urgência e emergência, atenção hospitalar, saúde da mulher e criança e saúde mental). Não foram selecionadas neste estudo as normas infralegais do SUS que não são específicas do tema e as normativas da SESAI que tratavam de designações, licitações e assuntos gerenciais.

Foram encontradas 373 portarias e uma resolução publicadas pela SESAI, desde sua criação em outubro de 2010 até dezembro de 2017, bem como seis normativas específicas do Subsistema anteriores a SESAI; 20 leis estruturantes do SUS e normas organizacionais da atenção à saúde. Dos textos encontrados, foram selecionados, segundo os critérios, 34 textos jurídicos sendo três Leis, dois Decretos, 22 Portarias do MS, uma Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e seis Portarias de Consolidação, que revogaram 10 das 22 Portarias inicialmente encontradas, como demonstra a Tabela 1. Foram analisadas, também, as seis Constituições Federais que vigoraram no período do Brasil República. No Anexo I, está disponibilizada a relação das normativas especificando autor, tipo de texto, número, data de assinatura, ementa e situação da norma. Destacamos que nas análises deste trabalho, para não perder a temporalidade das normativas, serão utilizadas as portarias originais e não as consolidadas pelo MS.

Estas normativas foram analisadas na perspectiva de compreender a abordagem da garantia do direito a assistência à saúde aos povos indígenas, a forma de organização e instâncias de pactuação do SUS e do Subsistema, bem como, suas formas de articulação para a garantia da integralidade do cuidado.

Tabela 1. Quantitativo de Normativas Legais selecionadas por tipo.

Tipo de Normativa	**Quantidade**
Constituição Federal	6
Lei	3
Decreto	2
Portaria	22
Portaria de Consolidação	6
Resolução Tripartite	1
Total	**40**

Fonte: Elaborada pela autora

A análise de legislação deve considerar as diferenças entre suas formas. A CF é a lei máxima de um país, um conjunto de normativas que regem sua organização e é obrigatória a todos os cidadãos. Esta é feita por um grupo de pessoas escolhidas pelas eleições populares, denominada Assembleia Constituinte. Por sua vez, Lei é uma regra obrigatória elaborada pelo Poder Legislativo. No Brasil, as leis podem ser de âmbito nacional, estadual e municipal, não podendo contradizer o que estabelece a CF.

As outras normativas – Decreto, Portaria e Resolução – são atos administrativo que expressam as prioridades e estratégias da administração pública. Assim, são de competência do agente público devendo estar em consonância com as leis e visar, sempre, o interesse público. Decreto é uma forma de ato administrativo editado pelo chefe do poder executivo – Presidente(a), Governador(a) ou Prefeito(a) – que pode ser geral, a todos os cidadãos, ou individual, enquanto Portaria e Resoluções são editadas por Secretarias, Ministérios e demais órgãos (CECÍLIO e PIRES, 2013).

Conferências Nacionais de Saúde Indígena

Para discutir a assistência à saúde em terras indígenas foram organizadas entre os anos de 1986 e 2018 cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI). Estas contaram com a participação de representantes indígenas, profissionais e pesquisadores da área e do governo. Ao final de cada Conferência foi produzido um relatório que pode ser encontrado na rede web. Estes foram analisados com o objetivo de compreender suas estruturas, a organização das propostas, e as deliberações referentes aos temas que mais chamaram atenção nas análises de atas e entrevistas, complementando assim, as análises deste trabalho.

Para traçar as conquistas do movimento indígena com seu protagonismo político nestes fóruns, foram analisados também os relatórios de três CNS que discutiram a organização do SUS e ocorreram antes da organização do SASI, são elas: 8ª CNS que ocorreu em 1986; 9ª CNS em 1992 e 10ª CNS em 1996.

O Quadro 1 traz uma síntese do número de propostas e delegados que compuseram estas Conferências. O Anexo 2 relaciona os oito relatórios analisados, indicando o período e o local que ocorreu a Conferência, o tamanho do relatório, o número de propostas, os eixos das propostas, a informação quanto à aprovação do relatório e o número de delegados.

Quadro 1. Relação dos cinco Relatórios de Conferência Nacional de Saúde Indígena e três Conferências Nacionais de Saúde analisados.

Ano	**Título**	**Número de Propostas Aprovadas**	**Número de Delegados**
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	49	1.000
1986	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	22	Não cita
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde	218	3.000
1993	II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	Traz princípios e diretrizes para cada eixo	200
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde	362	1.260
2001	III Conferência Nacional de Saúde Indígena - Relatório Final	157	Não cita
2006	4º Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final	479	800
2013	Relatório da 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena	445	1.226

Fonte: Elaborado pela autora

Atas de Reuniões do Fórum de Presidente de CONDISI e CONDISI Litoral Sul

O acesso às atas analisadas do FPCONDISI e CONDISI do Litoral Sul foi solicitado formalmente ao Secretário da SESAI e Coordenador do DSEI Litoral Sul, respectivamente, e ao próprio CONDISI que autorizou o desenvolvimento do trabalho na reunião de junho de 2016. As atas do Fórum foram encaminhadas pela Secretaria Executiva por correio eletrônico

e as atas do CONDISI Litoral Sul foram localizadas pela própria pesquisadora nas pastas de arquivo do DSEI Litoral Sul e copiadas. No ano de 2018, as atas do FPCONDISI e do CONDISI Litoral Sul passaram a ser disponibilizadas na página da SESAI, http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/controle-social/controle-social-na-saude-indigena. Neste link estão públicas as atas de reuniões que ocorreram nos anos de 2017 e 2018, bem como a Portaria de homologação dos presidentes e vice-presidentes de CONDISI e o Regimento Interno atual.

No Anexo 3 estão relacionadas as 29 atas do FPCONDISI das reuniões que ocorreram entre 2011 e 2017, período que a gestão está sob responsabilidade da SESAI. É possível identificar a ausência da Ata da 19ª Reunião Ordinária do Fórum que não foi encaminhada pela Secretaria Executiva e não está disponível no site. O Anexo 4 apresenta as 40 Atas de Reunião Ordinária e Extraordinária do CONDISI do Litoral Sul de 2000 a 2017, a leitura do material sugere que não corresponde à totalidade das reuniões que ocorreram neste período. Por fim, é importante destacar que as atas de 2017 foram acessadas pelo portal da SESAI. Todas as atas foram lidas e elaboradas sínteses utilizadas para a construção deste trabalho, que não foram incluídas nos anexos devido à sua extensão.

2.2.2 Entrevistas em Profundidade

As entrevistas em profundidade com indígenas, gestores e indigenistas foram realizadas entre fevereiro e julho de 2017 de forma presencial ou pela rede web, utilizando as ferramentas Skype e de videoconferência. As entrevistas, com duração média de 1 hora e 20 minutos, e que variaram entre 17 minutos a 3 horas e 30 minutos, foram gravadas com autorização dos entrevistados (exceto uma entrevistada indígena que solicitou a não gravação) e transcritas. Teve-se a preocupação de garantir a representação indígena de todas as regiões do país, considerando as diversas realidades existentes.

Estas entrevistas são caracterizadas por não ter um roteiro estruturado e permitir que os entrevistados falem livremente, embora a pesquisadora tenha conhecimento dos temas principais que devem orientar a entrevistas (MINAYO, 2013). Estes temas foram elaborados

com o propósito de não apenas captar o sentido que cada entrevistado atribui a eles, mas também, contextualizar esta compreensão no mundo de cada entrevistado. São eles:

- *Caracterização do entrevistado* - compreender quem são estas pessoas;
- *Compreensão de Participação Indígena na Política Nacional de Saúde Indígena* - compreender a percepção de importância da participação indígena.
- *Formas de Participação Indígena* - o SASI possui na sua estrutura uma organização formal de participação social: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), CONDISI, FPCONDISI. Entretanto, em muitos momentos outras formas de participação ganham espaço e importante repercussão na disputa no campo da política pública sendo necessário identificá-las;
- *Expectativas e Avaliação da Política Nacional de Saúde Indígena* - remontar os objetivos e as diretrizes que basearam o Movimento Indígena na reivindicação de uma política de saúde;
- *Aproximações e distanciamentos entre SUS, SASI e Medicinas Indígenas* - compreender como os entrevistados percebem a integração e o distanciamento.
- *Necessidade de rupturas, transformações e permanências* - diante deste cenário que vai se construindo nos temas anteriores é fundamental pensar em propostas que possibilitem lançar um novo olhar sobre a política de saúde e propor um caminhar conjunto entre gestão e população.

Seleção dos Entrevistados

Os entrevistados foram selecionados a partir de indicação de pessoas-chaves, seguindo os critérios de seleção definidos de acordo com o perfil de cada um dos quatro grupos:

Indígenas que atuaram e/ou atuam no Movimento Indígena pela construção da Política Nacional de Saúde Indígena: pessoas que nas décadas de 80 e 90 participaram ativamente das discussões nas CNSI de 1986 e 1993, na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), nas reuniões realizadas para a construção do SASI e/ou que atualmente acompanham esta política de saúde. Foram selecionados oito indígenas com este perfil, sendo que quatro deles compõem o CONDISI atualmente, um atua na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e um já foi membro do CONDISI. A grande maioria dos indígenas residem em suas aldeias, e os três que têm residência na cidade, mantêm seus vínculos e casas nas aldeias. Foram entrevistados cinco homens e três mulheres com idades entre 24 e 68 anos, que viveram diferentes momentos da história, com pessoas que presenciaram em suas infâncias a chegada dos não-indígenas em seus territórios e aqueles que pertencem a povos com mais de 500 anos de contato.

Não-indígenas que atuaram e/ou atuam junto ao Movimento Indígena pela construção da Política Nacional de Saúde Indígena: pessoas que atuaram e/ou acompanham a política de saúde indígena atualmente, participando dos mesmos espaços identificados para o grupo anterior. Foram entrevistados quatro indigenistas, sendo três homens e uma mulher, todos médicos, sendo um destes também antropólogo, e que atuam com pesquisa na área de saúde indígena. Todos eles relataram maior proximidade com a gestão ou trabalho das EMSI em área e atualmente consideram-se distanciados destes espaços de execução da política.

Gestores que atuam na Política Nacional de Saúde Indígena: pessoas que atuaram ou atuam no nível federal nas diversas instâncias, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e agora da SESAI, e outras áreas do MS; representantes da gestão estadual e do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e representantes da gestão municipal e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É importante destacar, quanto aos gestores federais, que foram entrevistados três homens e uma mulher, três médicos e um cientista social e que dois deles ocuparam espaços na gestão municipal; todos eles ocuparam espaços importantes de tomada de decisão quando estavam na gestão federal. Os representantes da gestão estadual e municipal são todos do sexo masculino, com experiência nas comissões de pactuação do SUS e formação nas áreas de odontologia, medicina e saúde coletiva.

Indígenas que estão em tratamento médico especializado, ou como acompanhantes, na cidade de São Paulo: pessoas que estejam hospedadas na Casa de Saúde Indígena (CASAI) para atendimento em alta complexidade e tenham passado por atendimento na aldeia

e no município de referência. Foram entrevistados três indígenas, duas mulheres e um homem, da região norte do país. Dois deles estavam acompanhando pacientes menores de idade e um estava em tratamento oncológico.

Representante do MPF que atua na 6ª Câmara - Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais: foi incluído nas entrevistas pela frequência de citação nas Atas e por ter uma importância destacada em algumas entrevistas. É uma instituição que tem influenciado a construção de pautas da gestão com suas manifestações e deliberações e acompanha as ações de saúde indígena, com a produção de relatórios e recomendações.

A representação da distribuição dos entrevistados está demonstrada na figura 7 e no Quadro 2. Para assegurar o anonimato dos indigenistas, não está identificado no quadro o estado de atuação de cada um.

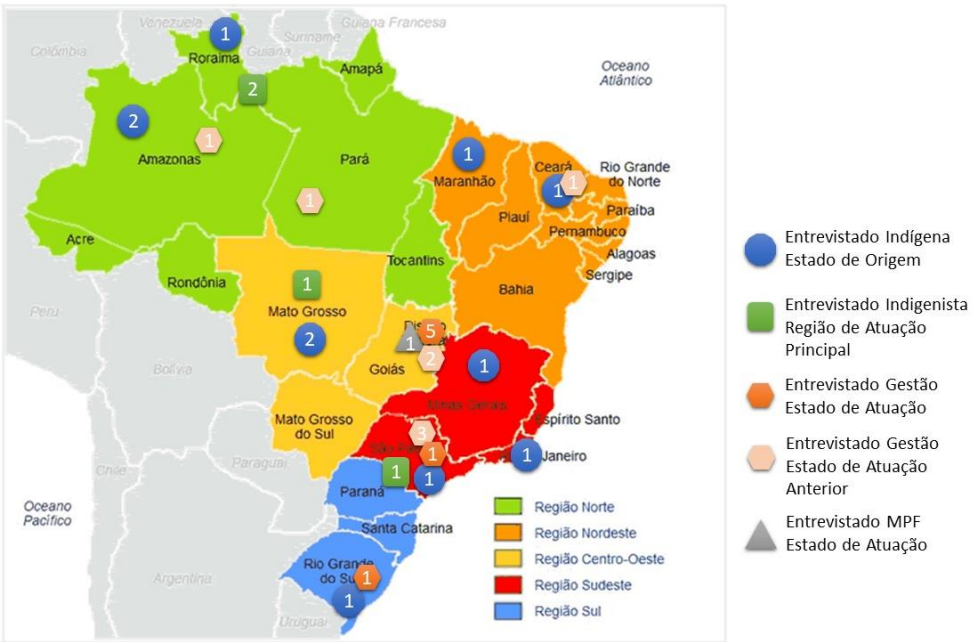


Figura 7. Distribuição dos entrevistados pelo país. Fonte: Elaborada pela autora.

Quadro 2. Relação dos entrevistados.

Identificação	Local	Estado de Origem ou Local de Atuação	Atuação no Controle Social	Profissão
Indigenista 1	Trabalho		Teve participação	Médico
Indigenista 2	Skype		Teve participação	Médico e Antropólogo
Indigenista 3	Cafeteria		Teve participação	Médico
Indigenista 4	Skype		Teve participação	Médico
Gestor Federal 1	Cafeteria	MS		Médico
Gestor Federal 2	Trabalho	MS		Médico
Gestor Federal 3	Trabalho	MS		Médico
Gestor Federal 4	Trabalho	MS		Cientista Social
Gestor Estadual 1	Skype	CONASS		Dentista
Gestor Estadual 2	Trabalho	Rio Grande do Sul	Teve participação	Sanitarista
Gestor Municipal 1	Trabalho	CONASEMS		Médico
Gestor Municipal 2	Skype	São Paulo		Médico
Guarani/RS	Reunião CONDISI	Rio Grande do Sul	Conselheiro Distrital	Enfermeiro
Guarani/RJ	Reunião CONDISI	Rio de Janeiro	Conselheiro Distrital	Motorista
Guajajara/MA	ATL Brasília	Maranhão		Assistente Social
Tucano/AM	Memorial dos Povos Indígenas	Amazonas		Agente de cultura e Ex-Coordenador da UNI
Taurepang/RR	Memorial dos Povos Indígenas	Roraima		Professor
Tremembé/CE	Memorial dos Povos Indígenas	Ceará	Conselheiro Distrital	Agente Indígena da Saúde
Guarani/SP	Residência	São Paulo	Conselheiro Distrital	
Krenak/MG	Residência	Minas Gerais	Teve participação	Ex-Coordenador da UNI
Xavante/MT	CASAI SP	Mato Grosso		
Baré/AM	CASAI SP	Amazona		
Kayapó/MT	CASAI SP	Mato Grosso		
MPF	Vídeo Conferência	Brasília		Advogado

Fonte: Elaborado pela autora

Aspectos Éticos

Este trabalho considerou todas as questões éticas estabelecidas para Pesquisa com Povos Indígenas, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na Resolução 466 de 2012. Foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a CONEP, tramitou pelo protocolo CAAE 53207416.6.0000.5421 e foi aprovado pelo Parecer 1.766.478.

Todas as pessoas que foram convidadas para participar do trabalho foram esclarecidas quanto ao tema do estudo e os desdobramentos possíveis do trabalho, como publicações. As 24 pessoas que concordaram em compartilhar suas experiências e conhecimentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme as exigências éticas. Os áudios e transcrição de cada entrevista estão sob guarda da pesquisadora.

Considerando as características dos grupos de entrevistados e a escolha individual de cada um, pela identificação ou anonimato, opta-se neste trabalho pela não identificação dos entrevistados da gestão, indigenistas e MPF, e a identificação dos indígenas pela etnia e sigla do estado de origem.

2.3 A ARTESANIA DAS ANÁLISES

O material foi exaustivamente lido e escutado para que fosse possível identificar as questões colocadas, principalmente pelos entrevistados, que ocupam um lugar central nesta análise. A diversidade de povos, conhecimentos e até mesmo de materiais exigiu uma perspectiva de análise não convencional. A Epistemologias do Sul desenvolvida por SANTOS e MENESES (2009a) não trazem consigo uma metodologia de análise, mas reconhece a necessidade de uma outra racionalidade.

A escolha pelas Epistemologias do Sul não se deu previamente na construção do projeto de pesquisa. A análise documental, e principalmente, os estudos referentes à atenção diferenciada levou a uma aproximação desta produção teórica. A oportunidade de um estágio de cerca de seis meses no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra possibilitou dedicação exclusiva à análise das entrevistas e materiais com um aprofundamento teórico nos conceitos aqui desenvolvidos, mostrando que este era um interessante caminho para a condução deste trabalho. O desejo de emergir os diversos conhecimentos, não os colocando em conflito, mas reconhecendo que cada um tem seu lugar de fala, e, portanto, a sua experimentação, é uma das linhas seguidas na construção desta Maloca.

Diante disto, o esforço foi reconhecer os temas relevantes em cada entrevista, e para isso, o cuidado com a tradução foi fundamental. Compreender os diferentes significados utilizados para termos idênticos, diferenciando-os e não os igualando, é um desafio diante da diversidade de formas de contar uma história que se apresentam nestes materiais. O termo *cuidado* é um exemplo desta pluralidade de significados existentes para uma mesma palavra. O contexto em que esta palavra é empregada por indígena não se iguala ao contexto do gestor, e mesmo entre os indígenas há diferenciações neste significado.

É nesta complexidade, que a escolha foi não moldar os resultados para caber numa técnica de análise, mas utilizar as contribuições das diversas técnicas para compor, como que numa artesania, a análise deste trabalho. Pretende-se assim, contemplar o maior número de possibilidades de experiências e conhecimentos, superando a produção de monoculturas, como propõe a Epistemologias do Sul.

A artesania é um processo de experimentação, onde é permitido transitar por diversas técnicas em busca de um resultado adequado. É preciso a apropriação de métodos mesmo se concebendo uma maior liberdade nas construções do objeto. A produção de um artesão é única, e resulta da relação particular entre o artesão e os materiais utilizados para a elaboração do seu objeto, neste caso, a construção desta Maloca. Nesta construção artesã as análises se aproximam de três vertentes demonstradas por MINAYO (2013): Análise Temática, Análise de Discurso e Hermenêutica Dialética.

Foram identificados três temas principais que ganharam destaque no conjunto dos materiais por expressarem sua importância - atenção diferenciada e a participação indígena - ou pelas consequências de sua ausência - relação interfederativa. Esta identificação de temas é uma das características da Análise Temática. Esta modalidade da Análise de Conteúdo é uma das mais utilizadas nas pesquisas de saúde coletiva e como destaca MINAYO (2013, p. 316)

"*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado"*. Tradicionalmente feita pela contagem dos núcleos de sentido, neste trabalho, foi realizada pela centralidade e relevância dos temas. Cabe destacar que os temas que compõem cada aspecto da discussão dos temas centrais também foram identificados pela sua importância, o que não necessariamente se deu pela sua repetição, mas pela sua ênfase e destaque, mesmo que em uma única entrevista.

A Análise de Discurso é outra técnica que compõe esta artesania. Com o objetivo de refletir sobre a produção e a apreensão de significados dos textos, esta técnica compreende e destaca a importância do silêncio, tal qual da palavra (MINAYO, 2013). Contudo, são as operações proposta para análise destes discursos que dificultam sua utilização neste trabalho. É importante ressaltar que todos os entrevistados falam português, entretanto, para os entrevistados indígenas esta é uma segunda língua, e como segunda língua, nem sempre é dominada em toda sua complexidade gramatical e semântica. Para além disto, os desafios da tradução estão colocados a todo tempo, pois é preciso contar uma história do seu povo em termos inteligíveis para esta pesquisadora que fará uma nova tradução ao discuti-los neste trabalho. Assim, a proposta desta análise de refazer os discursos em busca de suas estruturas de relevância (MINAYO, 2013) é, na interpretação desta pesquisadora, uma ruptura com o reconhecimento da diversidade de saberes e da forma de contar história dos povos indígenas.

Por fim, a Hermenêutica Dialética tem como pressupostos a importância das condições históricas e a inexistência da imparcialidade do pesquisador, compreendendo que este é parte da realidade pesquisada (MINAYO, 2013). Esta técnica foi apontada inicialmente como a forma de análise dos dados aqui apresentado, mas, o desenvolvimento do trabalho levou a escolha de outros caminhos, por compreender durante este processo que nos locais de falas, os fóruns de participação são instâncias de disputas desiguais. O colonialismo, do território brasileiro e do conhecimento, é estrutural na relação entre os povos indígenas e o Estado. Desta forma, o foco no resultado da disputa colocada nestes espaços e na produção de discursos que objetivam o consenso não pareceram suficientes para compreender esta relação desigual expressa no colonialismo interno.

Assim, entrevistas, atas e legislações foram analisadas se complementando e permitindo recontar a história e discutir que produção de saúde está sendo construída nos territórios indígenas e para os povos indígenas. As histórias contadas nestes materiais, e

principalmente nas entrevistas, passam por diversos conceitos e momentos da construção do SASI.

Como uma linha guia de apresentação e discussão dos resultados, por entender a relevância da forma e conteúdo da história contada, apresenta-se inicialmente um trecho da entrevista de Krenak/MG. Neste, ao contar a história do porquê deve-se organizar um sistema de saúde diferenciado para os povos indígenas introduz as diversas temáticas discutidas ao longo dos três próximos capítulos. Este trecho, assim como os demais recortes de entrevistas apresenta pequenas edições, simbolizadas por [...] para preservar a identidade de pessoas citadas, instituições e até mesmo do próprio entrevistado.

> *Porque antes desse Subsistema da saúde existir, vir a existir, você tinha a Escola Paulista de Medicina e tinha algumas iniciativas como OPAN, Operação Anchieta. A OPAN tinha equipe quase que "médicos sem fronteiras" assim, uns formatos assim. É ... a CCPY tinha o pessoal da saúde Yanomami.* [...]*... e o que é interessante é que eles são as pessoas que continuam dando qualidade pra isso que segue depois, porque se não tivesse eles, eu não imagino que ia ser essa tal de saúde indígena. Essa turma que produziu as primeiras referências assim pra atuar em áreas indígenas eles eram os nossos companheiros nos debates da Constituinte. Eles também balizavam muito o debate, orientavam a gente, dava muita ... é ... eles davam muita guia né, muita orientação assim para a gente não entrar pelo cano. E uma coisa que eles alertavam a gente, eles diziam olha "se os índios forem capturados pelo sistema da saúde ... né esse sistema que a gente estava chamado de bio ... biomédico né, hospital, aquela rede medicação, internação, hospital, ele falou se for por aí é a pior inclusão que essa parte da população teria". Tem que pensar uma ... têm que pensar alguma coisa de autonomia eles sugeriam. E a gente pensava bom, mas como é que vai ser autonomia se a gente não tem profissionais, se a gente não tem profissionais que pode ocupar esses lugares?" E aí eu me ... acho que eu consegui traduzir essa ideia de um serviço diferenciado da saúde é ... quando eu fiz uma fala totalmente emotiva, espontânea, na Comissão da saúde, quando estavam discutindo* [...] *numa plenária na verdade, da primeira ... oxê a primeira? O que virou a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Mas que era a 8ª Conferência ... era ... virou a 1ª Conferência de Saúde Indígena, mas que era a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Então nós estávamos inaugurando, a gente estava assim dentro de uma Conferência grande e a turma da saúde indígena puxou um bonde né, insistindo que tivesse dentro da Conferência, que tivesse a temática da saúde indígena. O Sérgio Arouca na época tava super ativo e atuando nos debates da Constituinte e outras lideranças também apoiaram e a gente conseguiu fazer que a ... que a conclusão da 8ª Conferência aprovasse ... aprovasse a ... convocação da próxima Conferência Nacional de Saúde. Que seria daí a dois anos. Acho que pautou as Conferências seguintes, de dois em dois anos eles têm uma Conferência. Criou esse... aprovou essa resolução de dois em dois anos ia ter uma Conferência específica para debater a saúde indígena e estabelecer um subsistema da saúde indígena que não se confundia com a rede dos serviços da saúde que tava sendo pleiteado em âmbito universal, universalizante e tal. Foi uma fala cheia*

de sentido poético, onde eu falei que é ... o pensamento né, o pensamento dos nossos velhos, dos nossos pajés, dos nossos ancião, tinha a força, tinha o poder de orientar as novas gerações a seguir esse caminho da nossa [...] *um caminho da tradição, onde o corpo né* [...] *a formação da pessoa, a constituição da pessoa, não se limitava a essa ideia física do sujeito, do indivíduo e que nós não éramos* [...] *que nós não tínhamos a ideia do indivíduo tão resumida como os brancos têm, que nós somos sujeitos coletivos. E que a própria abordagem dessa ideia do cuidado, ela tinha que ser, ela tinha que visa um coletivo, ela não podia capturar um sujeito, uma pessoa, um indivíduo como objeto do cuidado. Que o cuidado tinha que ser com a nossa mãe a terra, a natureza, os rios, as montanhas. Aí eu fui inspirado pelos nossos ancestrais mesmo e olhei assim aquela plenária entupida de gente, de bandeira e camisetas, tudo prontos pra brigar né, porque eles estavam numa movimentação política intensa. Daqui a pouco eu olho assim, e aquela plenária estava cheia de gente assim* [...] *E, eu percebi também, que a gente tinha que ser muito é ... incisivo na defesa dessa ideia de um subsistema porque para a maioria do povo das aldeias, o que eles estavam reclamando era a falta da farmácia. Porque antes, quando a saúde indígena era um assunto da FUNAI, da FUNAI e de outras agências que cooperavam com a FUNAI, o que acontecia era que o serviço era feito de uma maneira muito precário, e basicamente as equipes de saúde deixavam nas aldeias farmácias, montavam farmácias nas aldeias. E aquela ... como que chama? Atenção primaria? ... é! A atenção básica, ela era feita quase que com uma ou duas visitas-ano numa aldeia como o sei lá ... o Suruí de Rondônia, ou o Xavante Pimentel Barbosa onde a equipe ia com ... ia reforçar o estoque de medicamento e ainda por cima eram aqueles medicamentos é ... que o usuário tinha que conhecer as fórmulas para poder misturar as ... misturar as fórmulas lá para os ... os componentes lá para poder fazer uso do remédio. Era perigoso para caramba! ... o risco de envenenamento, de muitos outros acidentes com o uso errado do remédio. E tinha as farmácias nas aldeias que eu achava que era um desastre. E muitas das demandas que vinham das aldeias, equivocadamente era para reforçar aquele sistema né. Era para ter mais farmácia. Em alguns casos até um mini ... uma policlínica sei lá, um mini hospital. Eles queriam ... eles estavam confundidos sobre a necessidade que as aldeias tinham de atendimento da saúde e às vezes por desinformação eles acabavam fazendo lista de medicamento. E eventualmente demandavam equipes, pediam médico. Então, eles pediam médico e remédio. ... eu acho que quando a gente abriu aquele debate na Conferência, naquela Conferência de saúde que virou a 1ª Conferência de Saúde Indígena, eu acho que a gente conseguiu romper com um ciclo que era extremamente danoso, que era crescente a dependência do pessoal das aldeias dos remédios e das farmácias. Se tivesse seguido naquele ritmo as aldeias teriam virado o maior consumidor de droga, de tudo quanto é remédio. A gente botou em questão essa coisa da medicação e da automedicação também porque o pessoal, eles mesmo se medicavam nas aldeias. Às vezes tinha alguém que teve um primeiro treinamento em saúde e já virava o cara que era atendente de saúde. Era muito precário. Então, olhando, comparando a situação pré-SUS e a situação depois é ... a gente qualificou mais o serviço, a gente não conseguiu foi criar uma identidade própria do que é a saúde indígena, ela continua sendo serviço da saúde daqui de fora para as aldeias.* (Krenak/MG)

3. SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A DISPUTA DA INTEGRALIDADE NA CONSTRUÇÃO DE UMA (OU MAIS?) POLÍTICA DE SAÚDE

[...] estabelecer um subsistema da saúde indígena que não se confundia com a rede dos serviços da saúde que tava sendo pleiteado em âmbito universal, universalizante e tal.
(Krenak/MG)

Discutir a construção da política de saúde para os povos indígenas é saber ouvir suas histórias que retratam o contato destes povos com os não-indígenas. Estas são influenciadas pelos caminhos percorridos para a afirmação da identidade, em busca da demarcação de suas terras e do respeito a suas diversidades culturais e reconhecimento pelo Estado. Assim, a história contada pelo indígena Krenak/MG recupera o porquê faz-se necessário uma política de saúde diferenciada para estes povos. As diversas histórias contadas nas entrevistas, documentos, legislações e textos demonstram o papel do Estado na construção da assistência aos povos indígenas. Este processo de construção do sistema de saúde diferenciado é marcado pela ausência e pela fragmentação das políticas públicas ao longo dos séculos e pela discussão da integralidade e da equidade que ganharam espaço com a conquista e implementação do SUS.

O Brasil é um Estado Democrático de Direito formado pela união dos 26 Estados, 5.570 Municípios e o Distrito Federal. Há mais de 100 anos o país se organiza político-territorialmente como uma Federação, ou seja, compartilhando a legitimidade e as decisões coletivas entre mais que um nível de governo, municipal, estadual e federal. Assim, toda a construção do Estado brasileiro moderno resulta do impacto desta organização (ABRUCIO e FRANZESE, 2007). O federalismo brasileiro é apontado como um dos mais descentralizados, com excessiva autonomia aos governos locais e escassos incentivos para a cooperação horizontal.

A análise da CF de 1988 demonstra que esta reafirma e amplia a descentralização da execução das políticas preservando grande autoridade para o governo central, um dos motivos

pelo qual ARRETCHE (2012) defende que, mesmo com o poder de decisão de cada nível de governo, o federalismo brasileiro é muito integrado e o processo de construção do Estado ocorreu no sentido de centralização da autoridade política. Construída após intensas mobilizações sociais que reivindicavam a ruptura com a Ditadura Militar que se instalou no país no período entre 1964 e 1985 e tendo a "restauração" do federalismo como uma de suas bandeiras, a CF não tratou apenas de regras, direitos e princípios, mas englobou diversas políticas públicas (SOUZA, 2005), como a política de saúde, retratada pelo entrevistado Indigenista 1.

> *A gente começou a lutar então por um SUS, era uma realidade né, 88 foi aprovado na 8ª Conferência, ia sair [...] SUS da reforma sanitária [...] e ai a gente já dizia né, que o SUS tinha que também atender os indígenas, o SUS que está por vir né.* (Indigenista 1)

O direito a um diferente sistema de assistência à saúde foi uma das bandeiras do processo de redemocratização do país. Na década de 70, o sistema de saúde combinava um modelo de seguro social para trabalhadores do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a atenção à saúde para aqueles que não tinham trabalho formal, com grande atuação das instituições filantrópicas. Neste período, tem início o movimento de construção do campo da saúde coletiva no Brasil, com a introdução de temas como a cidadania e a institucionalidade democrática nas discussões políticas (FLEURY, 2009). Numa discussão que sucede ao projeto preventivista[4] e a medicina social[5], a saúde coletiva traz uma dimensão ampliada da compreensão de saúde, num momento onde as iniquidades resultantes da Ditadura Militar cresciam e, no âmbito internacional, a atenção básica (AB) começava a ganhar espaço (NUNES, 1994, 2013; OSMO e SCHRAIBER, 2015).

Os debates sobre a necessidade de um olhar ampliado do conceito de saúde e a organização de um sistema de saúde que englobasse, além da assistência médica hospitalar a

[4] O projeto preventivista inicia-se nos Estados Unidos da América como uma mudança na formação médica incorporando a prevenção, em resposta aos aumentos do custo da medicina devido a sua característica especializada e fragmentava. Este projeto chega ao Brasil ao mesmo tempo que a ideia de Medicina Comunitária que foi uma resposta a baixa cobertura de assistência à saúde daqueles que estavam fora do mercado de trabalho, como os idosos (OSMO e SCHRAIBER, 2015).

[5] A medicina social trata de uma alternativa ao olhar estritamente biomédico da medicina, tendo no cerne a discussão da valorização do social como um determinante do adoecimento e da saúde (OSMO e SCHRAIBER, 2015).

produção de saúde coletiva em simbiose com o meio ambiente, encontrou força e espaço na discussão pelo fim da ditadura militar. Desta forma, o Brasil, no final da década de 70, no auge do processo de redemocratização, foi berço de uma mobilização de diversos segmentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda, que constituíram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira cuja proposta foi *"resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde"*, como conceitua PAIM (2008, p. 173).

É nesta efervescência democrática que o movimento indígena luta e conquista espaço, estruturando, em 1979, a UNI, primeira organização indígena no país, elegendo o primeiro Deputado Federal, Mario Juruna[6], e os indígenas com protagonismo político defendem uma Emenda Popular para garantia dos seus direitos democráticos na Constituição Federal que estava em elaboração, como relata Krenak/MG:

> *Essa ideia de compatibilizar esses mundos animou a nossa participação ativa nas mobilizações das Diretas, daquela coisa toda né, redemocratização. Que desembocou na Constituinte de 88. [...] Então, vocês não imaginam o ambiente que era os debates políticos da época né, pré-Constituinte. Ele era muito rico, era um ambiente muito rico, muito animador. [...] E de participação mesmo assim de todo mundo. Tanto que na Constituinte de 88 a gente conseguiu fazer uma coisa impensável hoje, que era propor capítulos inteiros da Constituição que eram feitos por Emenda Popular. A sociedade legislando. Né o movimento social legislando. Eu fui representar nos debates da Constituinte uma Emenda Popular. É assim que eu fui… é assim que eu estive no plenário do Congresso, falando com uma Emenda Popular. Significa que eu estava ali falando com… como diria… eu estava falado ali com soberania popular né. Vocalizando uma ideia de participação popular. Olha que coisa maravilhosa! Com milhares de assinaturas, gente do Brasil inteiro, que também não era só dos índios. … é! Eu só entrei lá e fiz aquilo revestido do meu super escudo de representação popular. Porque ai isso dá uma autoridade, um sentimento de… de como é que chama… de… de legitimidade né. De estar ali, falando legitimamente no nome do interesse comum, que me empoderou mesmo de verdade.* (Krenak/MG)

Neste período, conquista-se uma importante virada na política indigenista; até a CF de 1988 os indígenas que eram beneficiários das políticas eram aqueles reconhecidos como incapazes, e, portanto, tutelados pelo órgão indigenista. Após a Carta Magna, o

[6] Indígena da etnia Xavante, Deputado Federal pelo estado do Rio de Janeiro, no período de 1º de fevereiro de 1983 a 31 de janeiro de 1987, filiado ao Partido Democrático Trabalhista (PDT).

reconhecimento dos direitos indígenas passa a considerar a "*ancestralidade de sua presença no território*" (GARNELO, 2014, p. 112).

Para além da discussão nas instâncias no Congresso Nacional, Krenak/MG ressalta que os indígenas que contavam com o apoio, dos aqui identificados como indigenistas, foram alertados sobre a importância de não serem capturados pelos sistemas de saúde biomédicos. Era preciso pensar em alguma autonomia e, assim, pautaram suas demandas em outros espaços de discussões.

> *Essa turma que produziu as primeiras referências assim pra atuar em áreas indígenas eles eram os nossos companheiros nos debates da Constituinte. Eles também balizavam muito o debate, orientavam a gente, eles davam muita guia né, muita orientação assim para a gente não entrar pelo cano. E uma coisa que eles alertavam a gente, eles diziam olha "se os índios forem capturados pelo sistema da saúde… né esse sistema que a gente estava chamado de bio… biomédico né, hospital, aquela rede medicação, internação, hospital, ele falou se for por aí é a pior inclusão que essa parte da população teria". Tem que pensar uma… tem que pensar alguma coisa de autonomia eles sugeriam.* (Krenak/MG)

Estes espaços de discussão foram fundamentais para a organização do SASI. A 8ª CNS, que ocorreu em 1986 vislumbrando um sistema nacional de saúde universal, de qualidade e público é considerada o grande marco da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986a). Seu relatório aponta para a necessidade de uma rediscussão da situação de atenção à saúde caminhando para a ampliação do conceito de saúde. Esta discussão vem ao encontro das reivindicações dos povos indígenas, e foi neste fórum que foi deliberada a realização da 1ª Conferência de Saúde dos Povos Indígenas, com apoio de um sanitarista fundamental para a construção do SUS e que se fez importante em momentos essenciais para o Subsistema, Sérgio Arouca, como destaca o Indigenista 1 e Krenak/MG:

> *Foi aprovado na 8ª Conferência, ia sair, vamos botar esse troço dentro deste sistema de saúde que a gente imaginava né, universal né, SUS da reforma sanitária, então a gente começou a lutar junto com alguns índios e algumas pessoas da saúde, alguns antropólogos indigenistas, pra inserir no SUS, então na 8ª Conferência se conseguiu fazer lá uma 1ª Conferência Nacional da Saúde Indígena com [...] as lideranças da época, era um número pequeno né, era umas quarenta, cinquenta pessoas, mas fizemos lá e foi aprovado, na plenária final, ai saiu lá o relatório da 8ª Conferência, [...] e ai a gente já dizia né, que o SUS tinha que também atender os indígenas, o SUS que está por vir né.* (Indigenista 1)

> *Virou a 1ª Conferência de Saúde Indígena, mas que era a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Então nós estávamos inaugurando, a gente estava assim dentro de uma Conferência grande e a turma da saúde indígena puxou um bonde né, insistindo que tivesse dentro da Conferência, que tivesse a temática da saúde indígena. O Sérgio Arouca na época tava super ativo e atuando nos debates da Constituinte e outras lideranças também apoiaram e a gente conseguiu fazer que a… que a conclusão da 8ª Conferência aprovasse a convocação da próxima Conferência Nacional de Saúde. Que seria daí a dois anos.* (Krenak/MG)

O Relatório da 8ª CNS ganha seu reconhecimento máximo ao ser a base para elaboração da CF, que afirma no Artigo 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 recuperação (BRASIL, 2012a).

Este SUS que estava sendo defendido na 8ª CNS com todas as disputas colocadas - principalmente quanto ao papel do Estado de garantir o acesso de todos aos serviços e a compreensão ampliada do conceito de saúde – não trazia explicitamente o atendimento aos indígenas. Contudo, a defesa da universalidade como aposta do SUS modificava a relação dos indígenas com o sistema de saúde, pois passam a ter direito e não benefício se entrasse na lógica do mercado de trabalho. Desta forma, apresentou-se como um campo de luta interna de um grupo de sanitaristas e, principalmente, dos indígenas com intensa capacidade de articulação política, discutindo que o modo de inserção dos povos originários neste novo sistema de saúde deveria ocorrer pela organização de um subsistema específico, com uma integração diferenciada (CONFALONIERI, 1989).

Neste processo de discussão, está nitidamente colocada a preferência para que a assistência à saúde nos territórios estivesse vinculada com este novo sistema, o SUS, e não permanecendo como atribuição da FUNAI. Após a criação do SUS, a 9ª CNS que teve como tema "Municipalização é o caminho", foi palco de intensa articulação dos indígenas que lá estavam, para garantir que a gestão dos serviços em área indígena fosse competência do Governo Federal, e não dos municípios (BRASIL, 1992). Esta Conferência, associada à 8ª Conferência, 1ª CNSI e a 2ª CNSI estruturaram as diretrizes fundamentais do SASI, propondo

a organização dos DSEI e a gestão federal para garantir a assistência, respeitando as especificidades e as medicinas indígenas (BRASIL, 1986a; 1986b; 1993b).

As legislações analisadas, principalmente a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990, destacam que o SUS traz na sua elaboração princípios básicos que regem seu funcionamento, como por exemplo: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; descentralização político-administrativa e participação da comunidade (BRASIL, 1990a, 1990b).

A descentralização é um princípio que caminha junto com a discussão do federalismo brasileiro. ARRETCHE (2012) traz para a discussão do conceito de descentralização três dimensões: descentralização política, que se refere à eleição direta de cada governante local; descentralização fiscal, maior participação dos governos subnacionais nos gastos e arrecadações; e descentralização de competências, que trata da responsabilidade pela execução da política. A autora afirma que a "*descentralização fiscal e de competências não equivale à descentralização da autoridade decisória sobre a execução fiscal ou a provisão de políticas*" (ARRETCHE, 2012, p. 151) e, assim, os governos subnacionais não possuem, necessariamente, autonomia para a implementação de política.

A integralidade é uma das bandeiras do Movimento Sanitário tornadas princípio do SUS, por representar a expectativa de um sistema de saúde que rompesse com a fragmentação da assistência. MATTOS (2004), na discussão sobre a prática da integralidade, aponta três campos de sentido: *acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde*, a *articulação ente assistência e prevenção* e como *uma apreensão ampliada da necessidade de ações de serviços de saúde*. Estas dimensões concretizam-se em diversas experimentações com foco no acolhimento, flexibilização das rotinas e na clínica ampliada, por exemplo.

A equidade, entendida além de um contexto de saúde/doença, mas como um fator para a justiça social, considera o contexto de desigualdades e diversidade em que se insere o SUS, fortalecendo o protagonismo dos cidadãos em um sistema democrático (ALBRECHT e cols., 2017). Como colocado por SANTOS (2003) é o direito de ser igual quando inferiorizados pelas nossas diferenças e o direito de ser diferentes quando descaracterizados pelas nossas igualdades. É a percepção da necessidade do outro para um cuidado integral e o esforço para contemplá-la, sabendo que cada ser humano, grupo populacional, terão variações nesta percepção.

Após as diretrizes de organização e funcionamento do SUS, o desafio passou a ser a implementação deste sistema, com o intuito de torná-lo articulado, centralizado em um comando único, hierarquizado sendo integral e equânime (ANDRADE e cols., 2000). Avanços e Desafios foram colecionados ao longo dos 30 anos do SUS e diversos artigos se propuseram a debatê-los (BAHIA, 2018; PAIM, 2018). Com destaque para a ampliação da AB que cobre mais de 60% da população com importantes impactos na redução da mortalidade infantil, o Programa Nacional de Imunização, controle do tabaco, sistema de vigilância, além da possibilidade de construção técnica e institucional que hoje sustentam as políticas de saúde. Contudo, reconhecem as dificuldades enfrentadas. PAIM (2018) aponta que o principal desafio para a consolidação do SUS é político, sendo a determinação econômica sua maior ameaça. São importantes os agravos desde o golpe político em 2016 com o reforço, a falta de prioridade, da crise econômica, políticas de austeridade fiscal e da Emenda Constitucional 95 que congela os gastos públicos por 20 anos. Assim, PAIM (2018, p. 1727) afirma que este *SUS real:*

> Voltado fundamentalmente para parte da população mais pobre que não tem acesso ao mercado e limitado na atuação típica de saúde pública como a prevenção e o controle de risco, danos e epidemias, trata-se de um SUS reduzido. Assegurando a realização de procedimentos de alto custo para o setor privado, distancia-se do *SUS constitucional* e do *SUS democrático* proposto pela RSB [Reforma Sanitária Brasileira]. Significa um arremedo ou um simulacro do SUS.

As discussões que tratam dos 30 anos do SUS são silenciosas quanto à assistência à saúde dos povos indígenas, mesmo com o espaço que o tema ganhou nas duas últimas décadas. A saúde coletiva demonstra, ao longo do tempo, uma dificuldade de agregar nas suas análises e construções a saúde indígena. Faz-se necessário retomar a essência de construção deste campo na década de 70 que, segundo NUNES (2013), é marcado por tensões epistemológicas sem consenso quanto à sua definição. Mas ressalta que "*certamente, a saúde coletiva não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico*" (p. 26). Tendo as discussões das disciplinas ciências sociais e humanas, epidemiologia e política e planejamento como alicerces no seu processo de formação, a saúde coletiva agrega suas metodologias e preocupações, como, por exemplo: compreensão dos processos de saúde, doença, morte, vida, cuidado aos doentes, trabalho, ou seja, busca reconhecer a diversidade de

percepções sobre a vida, o mundo e os acontecimentos que os cerca; compreensão dos fatores causais, consequências no organismo humano, bem como os processos de cura das doenças; a necessidade de planejar ações e colocá-las em prática de forma orientada e coordenada ao longo de um território.

É possível que a compreensão de todos se fundamentava no objetivo do princípio da universalidade, entendendo que este permitiria as mobilidades necessárias na linha abissal colocando os indígenas para o "lado de cá" e, assim, sendo suficiente para garantir a emersão de todos os modos de produção de vida e cuidado. Provavelmente, a maior disputa na construção do SASI com as diretrizes do SUS foi travada na 9ª CNS, quando os indígenas manifestam-se contrários ao modelo de descentralização do SUS, a municipalização. Com isto, há uma importante diferenciação das diretrizes para organização da atenção à saúde nas terras indígenas e das defesas do movimento sanitário para a gestão do SUS (BRASIL, 1992). É preciso reafirmar que as discussões da saúde indígena pelo campo da saúde coletiva devem reconhecer a diversidade cultural e as percepções de saúde e doença que estão presentes nos diferentes modos de vida. E, assim, superar a discussão da saúde indígena no seu "gueto", sem uma inserção real na discussão da construção de política de saúde do país, o que impacta diretamente no compromisso dos diferentes gestores e na garantia da integralidade da assistência.

Um dos reflexos da ausência dos povos indígenas e do Subsistema nos espaços de discussão é o fato das legislações do SUS não estabelecerem nenhuma referência a estes povos. Como consequência, a pretensão da universalidade do acesso à saúde com integralidade e equidade, respeitando o relatório da VIII 8ª CNS, não foram suficientes para superar a história das ações do governo direcionadas aos povos originários.

3.1 AUSÊNCIA E FRAGMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA HISTÓRIA DA SAÚDE INDÍGENA

A história da saúde indígena é marcada pela ausência e pela fragmentação das políticas públicas. A relação dos indígenas com modos de cuidado diferentes dos seus tem

início no período do Brasil colônia. Os indígenas que não eram massacrados, eram cuidados pelos missionários que objetivavam salvar suas almas.

A história de contato dos povos indígenas com os não-indígenas é, também, a história de chegada de muitas doenças na aldeia e, com isto, muitas mortes. O entrevistado indígena Kayapó/MT traz em seu relato a experiência que vivenciou no processo de contato com o não-indígena:

> *Nós não tinha TB* [tuberculose]*, nós não tinha sarampo, não tinha gripe, isso nós não tinha. Diarreia de vez em quando tinha, porque o pessoal, eles comia comida diferente ai dava diarreia né. E aí... mas ele sabia tratar. Agora, essas doenças que o homem levou, o homem branco levou aí nós não tinha. Nós não tinha o que é TB, sarampo, gripe. Gripe é muito ruim pra nós indígena, morria muito indígena por causa da gripe. Depois do contato, se eles pegavam gripo ixe, morriam muito indígena. Ficava doente mesmo, pegava pneumonia, morria porque não tem remédio né.* (Kayapó/MT)

A gripe e outras doenças infecciosas se destacavam como agravos importantes que chegam junto com o homem branco nas aldeias, realidade comum de muitos contatos. Muitas vezes, as contaminações eram propositais, como na guerra bacteriológica, para facilitar o domínio das terras destes povos (GOMES, 2012). Este ciclo de contato, contágio com doença e óbito, tem importante papel na construção da relação dos povos originários e o estado brasileiro.

Na primeira metade do século XX, a doença se configurava um impeditivo para o projeto civilizador do governo brasileiro. Para enfrentar este desafio, o SPI articulava políticas de atendimento à saúde dos indígenas com foco nas ações sanitárias. Após analisar documentos da instituição sobre os projetos de saúde desenvolvidos, OLIVEIRA (2011) destaca que, no período entre 1910 e 1967, os projetos apresentados para assistência à saúde com objetivo de reverter os altos índices de mortalidade, aumentar a taxa da natalidade e a expectativa de vida - principais objetivos do SPI - não saíram do papel, assim "*a saúde dos índios permanecia tematizada na documentação e negligenciada na prática*" (OLIVEIRA, 2011, p. 194).

As CF Brasileiras da época demonstram esta ausência do Estado na garantia dos direitos indígenas e o caráter integracionista das ações realizadas. A CF de 1934 traz referência à população indígena, estabelecendo no artigo 5º, item XIX, alínea "m" que cabe à União legislar sobre "*incorporação dos silvícolas à comunhão nacional*" e no artigo 129 "*Será respeitada a posse de terras de silvícolas que nelas se achem, permanentemente*

localizados, sendo-lhes, no entanto, vedado aliená-las" (BRASIL, 1934). As Constituições de 1937 e de 1946 mantêm em seus textos com poucas diferenças na redação, nos artigos 154 e 216, respectivamente, o direito dos indígenas à terra (BRASIL, 1937, 1946). Contudo, estas Constituições, como coloca a UNI (1988a, p. 8) *"não reconhecem as sociedades indígenas como diferenciadas, seguindo uma orientação assimilacionista, ou seja, de incorporar a pessoa indígena à sociedade nacional, eliminando, assim, as especificidades étnico-culturais"* e nenhuma delas fala de ações de saúde para esta população.

A ausência do Estado neste período abre espaço para outra instituição que buscava assistir os indígenas nos seus problemas de saúde, as missões evangélicas. Numa relação de extrema tensão com os órgãos do governo, estas organizações mantinham enfermarias, e até mesmo hospitais, nos postos de atendimento aos indígenas ou em sua proximidade. Os indígenas eram tratados como habitantes da zona rural, sem nenhuma preocupação com suas cosmologias e diversidades. Assim, os conflitos entre as diferenças do ponto de vista indígena sobre a saúde/doença e o imposto pelo SPI, que se baseava na alteração da cultura de práticas relacionadas à alimentação, higiene, prevenção e cura de doenças, e até mesmo na estrutura social das aldeias já estavam colocados. Este conflito dificultou a introdução de práticas biomédicas de tratamento e cura nas comunidades indígenas, o que era atribuído à insubordinação destes povos. Desta forma, as doenças foram decisivas na proibição pelo SPI de práticas culturais indígenas, que abrangiam desde o banho diário no rio aos rituais dos Pajés e, também, na aproximação destes com os não-indígenas, na busca pela cura de doenças que até então não eram vivenciadas pelos indígenas e, portanto, não obtinham sucesso no tratamento ressignificando, assim, suas práticas medicinais (OLIVEIRA, 2011).

Nas décadas de 40 e 50, mesmo com a criação de novas instituições, o Serviço Nacional de Saúde Pública e o Serviço Nacional de Tuberculose, a assistência à saúde destes povos permanecia sem um desenvolvimento. Estes novos órgãos não alteraram a responsabilidade do SPI quanto à saúde indígena que, neste momento contava com o acompanhamento do Conselho Nacional de Proteção aos Indígenas, instituído pelo Decreto 1794/1939, mas influenciaram, neste contexto, uma maior preocupação com: incidência de doenças, decréscimo populacional e insubordinação dos indígenas. A assistência médica se restringia às viagens esporádicas das equipes contratadas pelo SPI e, em alguns casos graves, o indígena era retirado da aldeia e levado ao hospital (CONFALONIERI, 1989). Destaca-se que, em 1946, o Dr. Herbert Serpa elaborou um projeto específico para assistência médica e sanitária aos indígenas, mas não obteve sucesso. O projeto defendia que considerasse os

universos indígenas, propondo a existência de médicos em cada inspetoria regional do SPI que chefiasse e instruísse enfermeiros que atuariam em todos os postos, sob a perspectiva de conhecer a cultura dos índios para que a comunicação entre os agentes de saúde e a população indígena fosse possível (OLIVEIRA, 2011). Este relato da autora, com base nos documentos do SPI, demonstra a percepção da importância de conhecer e estabelecer um diálogo intercultural, o que não era praticado pelas políticas integracionistas estabelecidas no país, começava a emergir.

Para dar conta das prioridades junto às frentes de colonização organizadas que visavam à expansão territorial, o Dr. Noel Nutels acompanhava as expedições e à frente do Serviço Nacional de Tuberculose, instituiu o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), em 1957. O objetivo era garantir a vacinação, o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis da população indígena e comunidades rurais de difícil acesso que se colocavam como grandes desafios logísticos, com assistência escassa e a frequentemente ausência de insumos (CONFALONIERI, 1989; OLIVEIRA, 2011). Situação relatada pelo Indigenista 1 ao colocar a descontinuidade das ações:

> *Então o Ministério na verdade sempre teve atividade em área indígena, controle da malária, controle de tuberculose, o Miranda né, o Noel Nutels, [...] sempre ligados ao Ministério, mas eram ações muito pontuais né que rolavam aqui, não rolavam lá, e tal.* (Indigenista 1)

Na tentativa de contrapor as diversas denúncias que repercutiam na imprensa, José Maria da Gama Malcher, diretor do SPI entre 1951 e 1955, reafirmou os objetivos da instituição como uma das prioridades de sua gestão. Para tanto, previa a manutenção de uma farmácia e um ambulatório em cada posto, assinatura de contrato com médicos para que visitassem os postos ao menos a cada 15 dias e a construção de campos de pouso. Este plano, de modo geral, permaneceu no papel mantendo a negligência da assistência aos povos indígenas (OLIVEIRA, 2011). Anos depois, em 1967, o SPI é substituído pela FUNAI num ambiente de tensão e denúncias contra os agentes que atuavam nas áreas indígenas (GOMES, 2012). Mesmo sem a efetivação da organização das farmácias nos diversos territórios, pode-se observar o efeito que as propostas do governo causaram nas demandas por assistência à saúde dos povos indígenas na fala de Krenak/MG, quando ressalta sua preocupação quanto às solicitações de farmácias pelos indígenas:

> *E tinha as farmácias nas aldeias que eu achava que era um desastre. E muitas das demandas que vinham das aldeias, equivocadamente era para reforçar aquele sistema né. Era para ter mais farmácia. Em alguns casos até um mini… uma policlínica sei lá, um mini hospital. Eles queriam… eles estavam confundidos sobre a necessidade que as aldeias tinham de atendimento da saúde e às vezes por desinformação eles acabavam fazendo lista de medicamento. E eventualmente demandavam equipes, pediam médico. Então, eles pediam médico e remédio.* (Krenak/MG)

Coloca-se em pauta a responsabilidade necessária por parte das instituições de governo na discussão sobre as demandas de saúde, preocupação esta que a gestão e execução da assistência à saúde em terras indígenas não demonstra. Neste sentido, ao longo do tempo, os projetos institucionalizados não consideravam o modo de vida e compreensão dos povos originários, expressando assim, o colonialismo interno estruturante das políticas integracionistas. Compreender a demanda de cada povo/sociedade é fundamental por reconhecer os diversos conhecimentos e modos de produzir a vida como SANTOS e cols. (2004) ressaltam com as Epistemologias do Sul. Associado a este reconhecimento, está um questionamento colocado pela própria biomedicina. Em tempos de grande desenvolvimento tecnológico, são comuns as situações em que a oferta gera a demanda, complexificando a avaliação real das necessidades de saúde.

Entendendo que a demanda pelo usuário de um procedimento específico, que nem sempre é capaz de solucionar o seu verdadeiro problema, é um "grande ruído" nos serviços de saúde, FRANCO e MERHY (2005) discutem o processo imaginário da criação da demanda e da oferta no SUS. Compreendem que este resulta da imagem criada quanto à capacidade daquele equipamento ou procedimento. Com isto, os usuários passam a demandar este procedimento, e não o cuidado, como ocorre na reivindicação por farmácia nas áreas indígenas. Assim, o fato de o governo ofertar farmácia e medicamento coloca estes itens no campo do direito que deve ser acessado pelos povos indígenas, e o não-acesso, torna-se o direito negado. Transporta-se esta discussão para um outro plano, que se constrói na lógica da oferta, ondo imagina-se que o acesso à farmácia e ao medicamento resolve os problemas na assistência à saúde, sendo que a existência do medicamento não é, necessariamente, garantia de qualidade no cuidado. Além de tudo, é importante considerar que a ausência da construção da atenção diferenciada, e o predomínio do conhecimento da biomedicina gera na comunidade indígena a incorporação da necessidade das demandas colocadas pelo sistema de saúde nacional de saúde com todos os equívocos existentes.

Esta construção imaginária de demanda de procedimentos e medicamentos resulta de processos de disputas no campo da Saúde. Segundo NUNES (2009b), a biomedicalização é um dos aspectos principais do conjunto de transformações que está, nas últimas décadas, marcando as concepções de saúde, saberes, políticas e instituições do setor. O autor compreende a biomedicalização como "*a crescente importância e centralidade dos saberes da ciência da vida na definição e gestão da saúde, com a concomitante promoção de uma monocultura dos saberes e práticas da saúde, associada principalmente a molecularização e geneticização da medicina"* (NUNES, 2009b, p. 150).

Neste contexto de biomedicalização da saúde com produção imaginária da demanda, a falta de continuidade na assistência à saúde indígena persiste nas falas dos entrevistados que mesmo relatando situações das últimas décadas destacam a fragmentação das ações do Estado brasileiro na assistência à saúde, como relatado por Krenak/MG:

> *Porque antes, quando a saúde indígena era um assunto da FUNAI, da FUNAI e de outras agências que cooperavam com a FUNAI, o que acontecia era que o serviço era feito de uma maneira, muito precário, e basicamente as equipes de saúde deixavam nas aldeias farmácias, montavam farmácias nas aldeias. E aquela… como que chama? Atenção primaria? … é! A atenção básica, ela era feita quase que com uma ou duas visitas-ano numa aldeia.* (Krenak/MG)

De modo geral, pode-se afirmar que a criação do SPI e posteriormente da FUNAI, com ações de saúde alinhadas com as políticas do Brasil República, não foram suficientes para modificar a situação da assistência à saúde nos territórios indígenas, reafirmando as análises de OLIVEIRA (2011) ao dizer que a saúde indígena permanecia negligenciada. Após a criação da FUNAI, organizaram-se as Equipes Volantes de Saúde que atuavam de forma campanhista com grande fragmentação das ações e pouca eficiência (CONFALONIERI, 1989).

Nesta época, os esforços eram voltados para a região centro-oeste, em detrimento das demais regiões, tratava-se de um momento onde o país investia na ocupação do território no centro-oeste e norte do país, com a "Marcha para o Oeste". Esta, que teve início na década de 40, tinha como objetivo principal a expansão da agricultura e sua expressão máxima foi a construção da capital federal, Brasília (BEZZERA e CLEPS Jr, 2004). As falas de Kayapó/MT, reforçadas pelo Indigenista 1, expressam este momento de investimento do país

na região e a repercussão da história de contato dos indígenas do território, hoje denominado como Parque Indígena do Xingu, com os irmãos Villas-Boas:

> *Então a FUNAI tinha avião, a FUNAI tinha médico, a FUNAI tinha enfermeiro, enfermeira, técnica de enfermagem. E eles lá ficavam na aldeia. Trabalhando na aldeia pra tratar dos indígenas que ficava doente né.* (Kayapó/MT)

> *No Xingu ainda rolava alguma coisa mas nos outros lugares era um abandono, lembro que houve uma reunião na FUNAI [...] final dos anos 80, e que os depoimentos eram terríveis né, a mortandade, a desassistência, e a gente começou a lutar então por um SUS, era uma realidade né.* (Indigenista 1)

Há grande diversidade nas histórias de contato entre os povos indígenas e não-indígenas e, por consequência, na história da organização da assistência à saúde. A assistência à saúde dos povos nesta região contava com a presença de profissionais contratados pela FUNAI e visitas de equipes. Esta realidade exemplifica as ações descontinuadas e fragmentadas do Estado brasileiro.

É neste cenário de desassistência que se associam as lutas pela redemocratização do país, que as reivindicações de um sistema de saúde diferenciado que superasse as ausências e fragmentações das ações do Estado começam a ser discutidas. A organização e a participação dos povos originários no debate pela redemocratização do país, protagonizando a luta pela superação da política integracionistas até então empregada pelo Estado, com foco principal no direito às suas terras tradicionalmente ocupadas, é um movimento marcante no final da Ditadura Militar no país. Este movimento resulta em deslocamentos na linha abissal e permite ampliar reflexões quanto ao colonialismo interno. É um importante dispositivo que intensificou a discussão sobre o projeto civilizatório no país que reafirmava o indígena como ser inferior que precisava da tutela do Estado, uma clássica expressão da persistência do colonialismo interno (CASANOVA, 2006).

3.2 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA PROPOSTA PARA A GARANTIA DA INTEGRALIDADE COM EQUIDADE

A redemocratização do Brasil envolveu a proteção dos direitos dos povos indígenas, inclusive o direito à saúde. A UNI, em 1988, ao defender as propostas organizadas para a 1ª CNSI destaca que "*A saúde das populações indígenas é resultante de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde*" (UNI, 1988a, p. 8). Mesmo compreendendo as distâncias entre o sistema de atuação do Estado e seus modos de organização, os povos originários reconheceram a importância de fazer uma aproximação, como destacado por Krenak/MG:

> *Quando eu participei do debate da Constituinte, e admiti, sugeri um subsistema da saúde para os índios, eu estava só fazendo uma aproximação, porque eu também não acredito na saúde dos brancos. Mas eu estava fazendo uma aproximação. Da mesma maneira que a gente tem que viver dentro de um sistema do Estado, das leis, das regras e tudo, e a gente admitiu fazer um capítulo dos índios na Constituinte do Brasil, mas a gente não tem ilusão sobre isso, a gente sabe que nem a Constituinte e nem o sistema da saúde são nossos.* (Krenak/MG)

Os 305 povos indígenas que estão hoje distribuídos pelo território brasileiro, falando 274 línguas (IBGE, 2017), conquistaram o direito, nos termos dos artigos 231 e 232 da CF, de reconhecimento de "*sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam*" (BRASIL, 2012a). A conquista deste reconhecimento resulta de grande movimentação dos indígenas pela garantia da existência plena (UNI, 1988a), que engloba o reconhecimento de suas medicinas, com suas práticas de autocuidado, produção de saúde e tratamentos de doenças, um importante passo no campo das Sociologia das Emergências, como proposto por SANTOS (2010a). Garantindo o reconhecimento legal da pluralidade de possibilidades de construção do presente, e dentre destas, da pluralidade de possibilidades das formas de cuidado.

A garantia destes direitos na CF foi um primeiro passo pautado nas discussões de construção de um Estado Pluriétnico. PEREIRA (2002) compreende que o texto da Carta Magna reconhece o caráter pluriétnico da nação brasileira superando o positivismo jurídico nas discussões das temáticas indígenas, mudando, também, a forma do Estado atuar com os povos indígenas, pois a Constituição garante o direito à identidade e ao seu modo de ver e compreender o mundo. Desta forma, pode-se compreender que a legislação brasileira reconhece a diversidade de modos de vida e o direito de exercê-las. Porém, é uma lei organizada e praticada pelos não-indígenas que utilizam de seus conhecimentos e julgamentos para aplica-la. Como colocou Krenak/MG, os indígenas reconhecem a importância de um capítulo com seus direitos na CF e sabem que, em que pese o reconhecimento do caráter pluriétnico, os indígenas precisam seguir as regras impostas pelos não indígenas, uma das características apontadas por CASANOVA (2006) para o colonialismo interno.

Com a organização de duas CNSI, nos anos de 1986 e 1993, e representantes indígenas ocupando este espaço de importantes disputas e conquistando caminhos possíveis para suas propostas, foi possível produzir relatórios que trouxeram ao conhecimento do governo brasileiro as diretrizes primordiais para constituição do SASI. Estas diretrizes foram defendidas nas Conferências Nacionais de Saúde, merecendo destaque a 9ª Conferência, quando o protagonismo indígena garante, no relatório final, que a gestão do Subsistema deveria manter-se no Gestor Federal, reconhecendo a necessidade de diferenciação do proposto para o SUS. Após muitas articulações no Congresso Nacional, com atuação do então Deputado Sérgio Arouca, o SASI foi aprovado pelo Congresso Brasileiro e publicado pela Lei 9.836/1999, a Lei Arouca, que acrescentou o Capítulo V à Lei 8.080/1990 que estabelece o SUS (BRASIL, 1986b, 1993b, 1999a), como relata o Indigenista 1:

> *Foi uma participação muito grande né, enfim, e a coisa foi indo e aí vem à lei Arouca, a gente fez muito lobby pra conseguir passar a lei Arouca [...] não é à toa que foi o Arouca que fez a lei, que foi o Arouca que coordenou a 8ª Conferência, grande figura da classe sanitária do Brasil né, essas coisas não são por acaso né, deputado é deputado né, mas chegou o Arouca e falou aqui o que eu faço, ele pegou a resolução da 2ª Conferência, é isso que vocês querem? Transformar isso aqui em lei, e transformou em lei né, e, bom dai essa lei ser aprovada demorou uma puta tempo*. (Indigenista 1)

Esta é uma importante mobilidade na linha abissal que reconhece que as realidades e modos de vida dos povos originários são distintos, como estabelece o Artigo 19-F

> Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999a).

Paralelamente, a discussão e pressão do movimento indígena pela aprovação da Lei 9.836/1999, o ambiente de gestão da assistência à saúde aos povos originários era de tensões e mudanças. Com a ausência da saúde indígena na constituição e nas legislações orgânicas do SUS se mantém a FUNAI como responsável e gestora destas ações. Em 1991, com a precariedade da condição de saúde do povo Yanomami, torna-se responsabilidade do MS. Nesse processo, surge a proposta de organizar o Distrito Sanitário[7] e cria-se o Distrito Sanitário Yanomami. Ainda em 1991, organiza-se a Coordenação de Saúde Indígena na FUNASA que torna-se a nova gestora (CARDOSO, 2015; GARNELO e MAQUINÉ, 2015).

No cenário da saúde nacional, no mesmo ano, instituiu-se a CISI, esta e as demais comissões consultivas com a finalidade de assessorar e subsidiar o Conselho Nacional de Saúde, são desdobramentos da garantia pela CF e legislações do SUS da participação social (BRASIL, 2018a; GARNELO, 2004). Diversas crises institucionais instalaram-se na saúde indígena, levando à separação das ações entre a FUNASA, responsável pela execução de ações de assistência, e a FUNAI, pelas ações preventivas. A situação da saúde destes povos foi se deteriorando cada vez mais, o que intensificou a luta pelo sistema diferenciado (GARNELO e MAQUINÉ, 2015).

---

[7] Segundo CAPOTE (1988) Distrito Sanitário é "*unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde*". Na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Distrito Sanitário é entendido como "*um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social*." (BRASIL, 2002b, p. 13)

O SASI, sob gestão centralizada no Governo Federal, tem como principal objetivo garantir a AB dentro das aldeias indígenas. Além disso, tem a responsabilidade de garantir que esta população tenha acesso aos serviços de saúde de maneira que contemple a integralidade da atenção, de forma diferenciada, ou seja, que respeite as necessidades culturais, sociais e epidemiológicas de cada povo indígena (BRASIL, 2002b). Segundo GARNELO (2004), reafirmado por GARNELO e MAQUINÉ (2015) é neste momento, em que o MS passa a organizar e operacionalizar a saúde indígena considerando as bases do SUS, que é possível perceber a influência da política nacional de saúde nos territórios indígenas.

Nos primeiros 11 anos, a responsabilidade de implementação do SASI foi da FUNASA, por meio do Departamento de Saúde Indígena. Este, iniciou no âmbito nacional o processo de territorialização e distritalização, que culminou na criação dos 34 DSEI (GARNELO, 2004; CARDOSO, 2015) (figura 8).

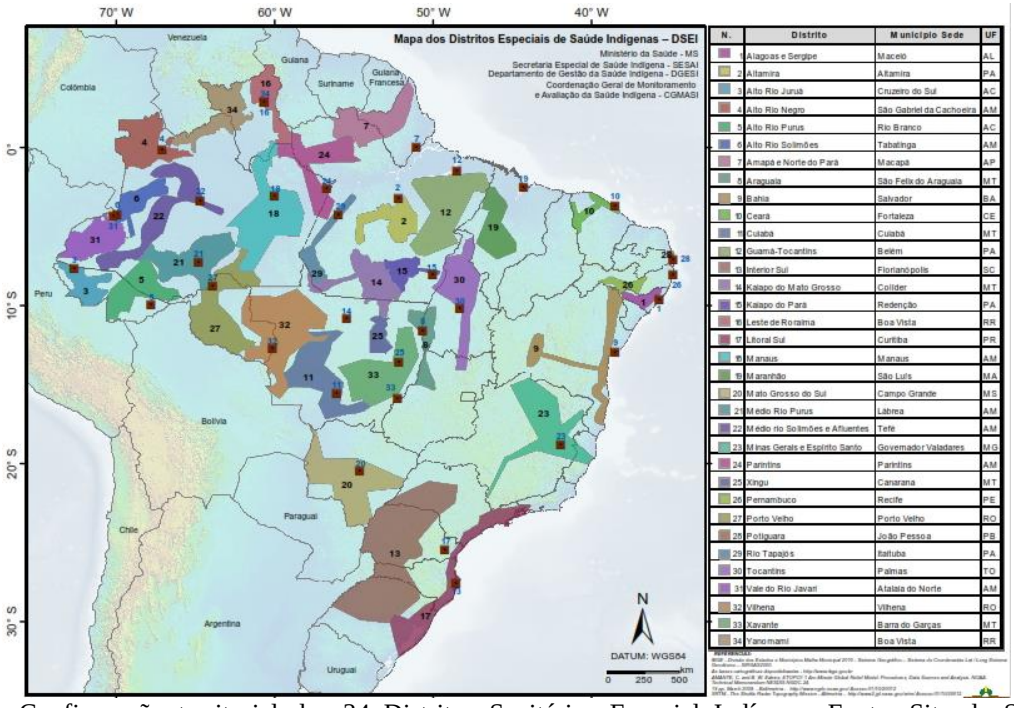


Figura 8. Configuração territorial dos 34 Distritos Sanitários Especial Indígena. Fonte: Site da Secretaria Especial de Saúde Indígena, consultado em 10 de abril de 2016.

A proposta de organizar a atenção à Saúde Indígena em Distritos Sanitários foi referendada pelos indígenas e trabalhadores da área na II CNSI, que ocorreu em 1993. Sua implementação respeitou as peculiaridades das áreas indígenas e é um processo reconhecido pelos indigenistas como participativo, apesar de uma indução do governo federal. Resultou no desenho possível num processo que é vivo e conflitivo, desta forma, pressupõe (re)discussões, como relatam os Indigenistas 1 e 2:

> *O processo mesmo de territorialização foi interessante, embora tivesse um número x de distritos que alguém tirou da cartola que eram 29 depois foi pra 32, [...] É agora 34 [...] esse número mágico foi discutido democraticamente com os índios, isso presenciei em vários lugares do país, chamava todo mundo, enfrentava a discussão, [...] e os índios participaram desse processo né, da montagem do Distrito, dos territórios, onde ia ser a sede, e tal né, então eu acho que isso ajudou muito né, ajudou muito.* (Indigenista 1)

> *A gente fez uma grande Conferência Regional aqui no Amazonas né; então, nós ofertamos um primeiro desenho, mas assim, a gente deixou claro o tempo inteiro que era um desenho preliminar, da experiência acumulada até aquele momento, e que depois que pudesse ser melhor delineado que isso deveria ser, talvez, desdobrado. [...]. Eu não vou dizer que foi nosso o desenho, 100%, porque houve uma consultoria que foi contratada, uma pessoa da FUNAI, na época, trazia pro Brasil todo esse desenho dos DSEI, esse desenho tem erros, tem equívocos, eu diria.* (Indigenista 2)

Assim, foram estruturados em função da diversidade de características de contato, culturais e de organizações políticas, sem preocupação em respeitar os limites entre municípios e estados. Este processo de distritalização foi se desenvolvendo com grande heterogeneidade de uma área para outra do país (ATHIAS e MACHADO, 2001). O território não é objeto de consenso, como pode-se observar no trecho da entrevista da Indigenista 2 e nas atas de reunião de CONDISI analisadas, que apresentam esta discussão desde o ano 2003, conforme relato da Ata da reunião:

> *[...] coloca em discussão a proposta de criação dois novos Distritos, Rio Grande do Sul e São Paulo. [...] Em discussão, como preocupação é que ao se tornar Distrito todas as etnias passam a participas das reuniões e os Guarani temem perder a palavra por serem mais calmos e com uma educação diferente. [...] faz a proposta de fazermos pelo menos duas vezes por ano uma reunião com os Guaranis de todos os estados. Foi discutido que, para que os Guaranis não levem desvantagem nas reuniões, seria possível fazê-las em separado por etnia. Foi realizada uma pausa durante a reunião para que os representantes guaranis pudessem discutir o assunto.* ***Após a discussão os representantes guaranis decidiram pela não divisão ou criação de mais dois Distritos, ficando o Distrito Litoral Sul conforme concebido atualmente*****.** (Ata CONDISI Litoral Sul, X Reunião, 2003, grifo do documento original)

A discussão retratada na ata estimula reflexões quanto à relação entre as etnias que convivem no território do DSEI. O DSEI Litoral Sul, majoritariamente habitado por Guarani

Mbyá, também tem a presença de Guarani Nhandeva e Kaingang. A diversidade de etnias com suas formas características de participação e relação com as instituições estatais e outros indígenas é uma preocupação, principalmente, por este espaço não refletir a lógica indígena de construção e discussão política. Desta forma, os Guarani Mbyá expressam suas preocupações nesta relação interétnica. A solução proposta expõe outro desafio do desenho do DSEI. Ao propor reuniões separadas por etnia, pode-se perceber que, para muitos profissionais, o território do DSEI não tem significado, podendo organizar as discussões e decisões de forma fragmentada.

Cada DSEI conta com uma estrutura de Polo Base que "*são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam na aldeia*" e podem se localizar na aldeia ou no município de referência (BRASIL, 2002b, p. 14). As EMSI devem ser compostas pelos profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agente indígena de saúde (AIS), além da participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas, dentre outros.

Desde o início da estruturação do SASI foi instituído em cada DSEI o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), para atuar juntamente à gestão do DSEI na proposição de ações, elaboração do planejamento, bem como no monitoramento e na avaliação das ações executadas. No nível central foi criado o FPCONDISI, formado pelos presidentes dos 34 CONDISI. O Fórum tem caráter consultivo e a missão de discutir as ações e a qualificação da saúde indígena (BRASIL, 2002b). A organização e o funcionamento destas instâncias de Controle Social serão abordadas no Capítulo 4. Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma Participação Silenciada.

Diversos DSEI contam ainda com as CASAI, que estão localizadas em municípios estratégicos para receberem e acompanhar o paciente quando este é encaminhado para tratamento nos municípios de referência (BRASIL, 2002b; CARDOSO, 2015). Este equipamento na lógica do Subsistema é de grande complexidade, pois, sendo referência para diversos territórios recebe uma diversidade de etnias. Ganha ainda mais importância quando o modelo de atenção adotado é centrado na remoção do paciente para atendimento nos centros urbanos, como um serviço de urgência, como destaca o Indigenista 4:

> *O que a gente vê hoje é no Distrito [...] é um impulso de remoções, o serviço resolve muito pouca coisa. A Casa de Saúde Indígena aqui está em mais de 700 pacientes*

> *internados; então, o que a gente tem aqui parece que é um tipo de SAMU, assim, sabe?* (Indigenista 4)

O grande número de encaminhamentos é consequência da assistência prestada dentro do território indígena que enfrenta a dificuldade de estabelecer o que deve ser encaminhado para os serviços de referência nos centros urbanos. As ações judiciais que começam a acontecer, determinando o encaminhamento de pacientes para lugares específicos, são um elemento a mais para a discussão e a organização da remoção dos indígenas para centros de maior complexidade. Este modo não produtor de cuidado resulta em fila de espera para acessar algumas CASAI. Para além da necessidade de tratamento, as histórias destes fluxos assistenciais influenciam nas demandas recebidas por estas casas, como relata o Gestor Federal 4 em suas falas:

> *Tem uma lista de espera, toda solicitação de vaga vem com relatório médico, exames, enfim, [...] tem um protocolo de acesso que vai ser publicado no site da SESAI, [...] que tem que ser preenchido, tem que ser seguido, enviado pra [...] analisar é... o paciente que [...] vai convocar. [...] Convoca de acordo com gravidade e urgência.*
>
> *... então, fez o diagnóstico, e [...] tem casos que às vezes chega pedindo [...] pra fazer cirurgia de catarata e não, "ah, mas não quero fazer em Cuiabá, não quero fazer aqui na região"; são coisas delicadas.*
>
> *... mas eles vieram por ação judicial e estavam lá na Cajec* [Casa José Eduardo Cavichio]*, que fica no Taboão [...] Daí são casos que, às vezes, foge da nossa... Meio que furaram a fila, mas... é muito complicado, não tinha como não acolher né.* (Gestor Federal 4)

A discussão da organização da assistência está colocada no SUS. Com sua lógica regionalizada e hierarquizada, o SUS tem o desafio de lidar com as relações históricas de fluxo entre pacientes e prestadores e, em muitos casos, com a desconfiança da nova referência. Para os povos indígenas, a história das relações com os serviços hospitalares é ainda mais importante, pois além da resolutividade no tratamento da doença, há outras racionalidades envolvidas, como o modo de produção de cuidado. Assim, os serviços com histórico de relação de respeito à cultura dos povos são aqueles mais buscados pelos indígenas, ato que influencia na ampliação de demanda para a CASAI São Paulo.

A organização de referências assistenciais de maior complexidade depende da oferta disponível mas fundamentalmente de pactuações entre os gestores e definição de

financiamento compartilhado. O Decreto 7.508/2011, em seu parágrafo 11, reconhece a necessidade de regramentos diferenciados para os povos indígenas (BRASIL, 2011a), contudo esta discussão parece não compor de forma sistemática a gestão do SUS, tema que será melhor desenvolvido nos itens 3.4 A Fragmentação Normativa: Indefinições de Papeis Institucionais e o Desafio para a Integralidade e 3.5 A Pactuação Fragmentada e o Desafio da Relação Interfederativa.

Com toda esta diversidade cultural, os desafios de gestão estão colocados. Contemplar as especificidades das medicinas indígenas, dos próprios hábitos, e harmonizar uma convivência que, em alguns casos, coloca povos com história de rivalidade no mesmo ambiente é um exercício de gestão que deve constantemente ser construído em conjunto com os indígenas. Um exemplo da complexidade desta operacionalização, que alia a burocratização da gestão com a necessidade dos indígenas, está relatado na entrevista do Gestor Federal 4:

> *Uma das coisas que eles mais reclamam é o cardápio, o cardápio da cozinha; o cardápio ele é um pouco engessado e, enfim, tem teto de contrato, tal, então [...] tem que seguir mais ou menos. [...] prevê uma carne, uma proteína por refeição. O que eles mais reclamavam era tipo: "ah, tem pouco peixe"; tinha peixe duas... o cardápio prevê duas vezes por semana: "ah, porque tem pouco peixe, porque índio come peixe, que não sei o que" [...] Coloca peixe todos os dias da semana em uma das refeições. Então, ou almoço ou jantar é peixe; cinco tipos de peixe, que eles comem bastante pintado, dourado, tucunaré, tambaqui, tilápia e pacu, e divides ao longo da semana. Mas assim... mas foi uma reclamação: "porque só tem peixe, a gente não aguenta mais comer peixe, que não sei que lá... Daí um falava: "eu não como tambaqui", e o outro: "eu não como pacu", "esse pintado de vocês é que nem na 25 de março, é falso, que não sei o que". Mas foi uma confusão [...] Teve um dia que a cozinheira [...] falou: "todo mundo quer comer ovo e não quer comer peixe".* (Gestor Federal 4)

Desta forma, é preciso refletir quanto às possibilidades destes espaços, tão importantes para apoio aos indígenas, quando estes necessitam sair do seu território para tratamento de saúde com a biomedicina. Mesmo neste contexto, de centralidade do saber biomédico, é fundamental valorizar a articulação entre os diversos saberes que compõe esta ecologia.

3.2.1 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: o Componente Textual e sua Relevância para a Equidade

O texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), consequência da pressão e do protagonismo político dos indígenas, foi aprovado e publicado em 2002 (BRASIL, 2002b). A Política traz diretrizes que incluem a necessidade de diferenciações para garantia da assistência em todos os níveis da atenção à saúde, contemplando a reivindicação dos povos originários, retratados em dois momentos na fala de Krenak/MG:

> *E ai eu me... acho que eu consegui traduzir essa ideia de um serviço diferenciado da saúde é... quando eu fiz uma fala totalmente emotiva, espontânea, na Comissão da saúde...*
>
> *... ter uma Conferência específica para debater a saúde indígena e estabelecer um subsistema da saúde indígena que não se confundia com a rede dos serviços da saúde que tava sendo pleiteado em âmbito universal, universalizante e tal.* (Krenak/MG)

Desta forma assume que:

> [...] O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002b, p. 17-18).

Para a garantia desta diferenciação, é fundamental a preparação profissional para atuação em contexto intercultural, a articulação das medicinas indígenas com o modelo biomédico e a participação dos indígenas. Estas diretrizes foram elaboradas a fim de garantir a

estruturação do modelo de Atenção Diferenciada proposta nas duas CNSI trazendo, para a discussão da atenção à saúde dos povos indígenas, a necessidade de pensar e repensar os diversos modelos de atenção para garantir a produção de saúde com qualidade a uma população culturalmente diversa, como estabelece a Lei Arouca.

A publicação do texto da PNASPI não garante a sua implementação. Este é um processo contínuo que se dá no cotidiano das instituições, das relações e da execução das ações. Diante disto, o que deve interessar, além da forma de elaboração destas políticas, são os efeitos que exercem nas sociedades indígenas e nos seus territórios. Esta dimensão da execução na prática de políticas públicas é destacada por Ball, que compreende que *política em uso* refere-se às práticas e discursos que são utilizadas no processo de implementação destas políticas pelos profissionais que atuam no território, executando a política, como destaca MAINARDES (2006). Ressalta assim, que:

> [...] o foco da análise de políticas deveria incidir sobre a formação do discurso da política e sobre a interpretação ativa que os profissionais que atuam no contexto da prática fazem para relacionar os textos da política à prática. Isso envolve identificar processos de resistência, acomodações, subterfúgios e conformismo dentro e entre as arenas da prática, e o delineamento de conflitos e disparidades entre os discursos nessas arenas (MAINARDES, 2006, p. 49).

Nesta análise, é importante compreender que os resultados não são homogêneos em sociedades e que, além de diferirem da sociedade não-indígena, diferem entre si. Desta forma, é primordial "[...] *compreender o movimento único de cada política a ser estudada, por intermédio da identificação de seus elementos constituintes e da compreensão da interação impar destes elementos em sua específica conjuntura histórica*" (REZENDE e BAPTISTA, 2011, p. 173).

Contudo, no contexto federativo brasileiro, a análise no âmbito nacional permite observar os movimentos indutivos do MS e as macro disputas, que interferem no processo de constituição, e implementação desta política, especificamente, de responsabilidade principal do ente federal. Para que seja possível refletir quanto ao papel que a política de saúde indígena cumpre no cenário brasileiro, partindo da percepção de CUNHA (2014, p. 11), que destaca que "*há políticas culturais para os índios e há políticas culturais dos índios. Não são a mesma coisa. E há ainda muitas outras políticas... que se valem dos índios*".

SANTOS (2013) discutindo a dualidade entre o reconhecimento da igualdade e o reconhecimento da diferença, traz para cena a discussão estrutural de todas as políticas relacionadas aos povos indígenas, a equidade, sendo especialmente sensível para a discussão da política de saúde indígena. Retomando a linha de condução deste trabalho, expressa anteriormente pelo autor, que "*as pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza*" (SANTOS, 2003, p. 56), o autor traz com clareza a importância do diálogo intercultural para a construção de uma dignidade humana mais completa e compartilhada. Reforça, assim, a necessidade da participação indígena nesta política e a importância de abrir e reforçar os canais de diálogo entre a gestão e os povos indígenas.

A saúde é um pilar fundamental da dignidade humana e tem sido constante palco da discussão do reconhecimento à diferença, onde o diálogo intercultural é essencial para que se estabeleça a equidade e democracia nesta assistência. A importância desta articulação é tão estruturante que os textos das políticas trazem a participação social no SUS e o reconhecimento da diferença na PNASPI explicitamente. Assim, a equidade é central nos contextos textuais das políticas públicas, onde os indígenas têm direito ao SUS por serem brasileiros e têm direito à Atenção Diferenciada que reconhece suas práticas e especificidades culturais e epidemiológicas.

Contudo, os princípios de integralidade, participação social, e a equidade não são suficientes para garantir as diferenciações necessárias na assistência à saúde aos diversos grupos e etnias que habitam este território e, portanto, os descaracteriza. O MS vem adotando como estratégia para garantir a igualdade do acesso, contemplando estas diferenciações, a publicação de políticas específicas para alguns grupos populacionais e até mesmo para alguns agravos. Estas podem ser entendidas como políticas de discriminação positiva, como coloca SILVA (2005, p. 50) "*igualdade tanto é não-discriminar, como discriminar em busca de uma maior igualização (discriminar positivamente)*", e são reconhecidas pelo Gestor Federal 2 como fundamentais para a garantia do direito à saúde:

> *Eu o considero decisivo, se não tiver o Subsistema de Saúde Indígena, ele será completamente, como é que eu diria assim, é... secundarizado, mais secundarizado do que já é pelo SUS, os interesses dos prestadores e etc. Então, ele precisa de fato de uma proteção do Estado.* (Gestor Federal 2)

Dentre as diversas políticas publicadas, como por exemplo: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, a PNASPI se diferencia. Enquanto as políticas são publicadas por Portarias de Secretarias do MS, principalmente a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, considerando a rede assistencial já existente no SUS, a PNASPI é resultado de uma intensa mobilização e resultou na Lei Arouca que estabelece, inclusive, estruturas próprias para assistência.

Embora as políticas de saúde devam ser afirmativas para a promoção do princípio da equidade, principalmente quando se trata da atenção à saúde dos povos originários, a implementação de tais políticas ainda enfrenta muitos desafios. A política de saúde se insere na macro disputa das políticas indigenistas que têm como seu maior inimigo o agronegócio, como afirma SANTOS (2013). A demarcação de terras, ação fundamental para o bem viver e, com isto, a principal pauta indígena pela garantia da vida, é constantemente tensionada, como já demonstrava as reivindicações da UNI na 1ª CNSI (UNI, 1988b). Nos últimos anos, estas disputas ganharam ainda mais complexidade com a PEC 215/2000, que revê a forma de demarcação de terras indígenas, e o resultado do processo eleitoral em 2018, que transferiu para o Ministério da Agricultura a competência pela demarcação de terras indígena (BRASIL, 2019a) trazendo maior vulnerabilidade para as políticas indigenistas.

A forma de maior expressão da presença do estado nas aldeais indígenas é o Subsistema. Neste contexto, a saúde torna-se palco de discussão de diversas pautas do movimento indígena, mesmo não sendo incorporadas no planejamento e ações específicas do gestor do DSEI e da SESAI. As entrevistas com gestores federais apontam que o campo da saúde é importante para a repercussão destas pautas como uma estratégia de exigir uma reparação histórica, como destaca o Gestor Federal 1:

> *É como se, é a oportunidade de renegociar com esse Estado os 500 anos de profunda exclusão, entendeu? É o tempo todo renegociando isso, então a negociação que é de espaço de poder, de insumos, de ofertas de serviços, mas também de dinheiro, de cargo, de cultura né. Muita dificuldade pra gente compreender isso, porque, o que é, quando o cacique fala eu quero uma Mitsubishi, eu quero a caminhonete, gera, isso de uma forma muito pejorativa né, é, as lideranças sofrem até um bullying disso, por parte do gestor, gestor de saúde, gestor de fora, da imprensa, tudo. Mas é ele renegociando a ocupação de território dele né, ele tá exigindo daquele Estado uma certa forma de reparação não é só, eu não acho que é só a negociação de como organizar o sistema para garantir o*

> *direito a saúde, não é só o direito a saúde que tá em jogo, é também uma espécie de renegociação de uma reparação da ocupação do seu território da ocupação do país né da exclusão ao longo desse período né.* (Gestor Federal 1)

Além desta renegociação, os Gestores Federais entendem que a presença do Estado nestas áreas, por meio da saúde, garante uma proteção aos povos originários em seus territórios e a possibilidade de dar visibilidade na mídia e para outras instituições e autoridades das demandas de suas comunidades.

> *Mas, no fundo, no fundo, também era o espaço pra chamar a atenção da mídia, pra chamar a atenção de outras autoridades, das próprias lideranças políticas regionais pra outras agendas que eles queriam colocar ou pelo menos se colocar no jogo, por exemplo, "não venham ocupar a minha terra, não venham com violência". Tanto é verdade que hora que a Secretaria de Saúde Indígena com todos os problemas que ela atravessa, começa a se enfraquecer junto com o Ministério da Saúde, não sei se por coincidência ou não, começam a acontecer... a se ampliar, pelo menos o que eu acompanhei pela imprensa, os casos de violência envolvendo latifundiários e povos indígenas, lideranças, sequestros, mortes e etc.* (Gestor Federal 2)

O Estado não assume seu papel protetor em diversos momentos, contudo, é possível reconhecer que sua ausência, em particular no setor saúde, amplia o risco e a invisibilidade dos conflitos existentes em territórios indígenas. Constituindo assim um paradoxo de um Estado não protetor, seja pela sua presença, muitas vezes, autoritária ou pela omissão da sua ausência (FLEURY e OUVERNEY, 2008). É importante ressaltar que esta lógica do Estado protetor deve se reinventar superando o Colonialismo Interno e o pensamento abissal. Podendo ser construída em conjunto com os povos indígenas na perspectiva de um Estado Pluriétnico, ou seja, com a identificação pelos indígenas dos pontos em que precisa de proteção deste Estado.

3.3 FRAGMENTAÇÃO DA EXECUÇÃO: AS MODALIDADES DE GESTÃO LOCAL, DISPUTAS E AUTONOMIA

A organização da execução da assistência nos territórios indígenas é retratada nas entrevistas e documentos analisados de forma muito heterogênea no país, como já destacaram DIEHL e cols. (2003) e ATHIAS e MACHADO (2001). Isto resulta da forma adotada para implementação dos DSEI com a FUNASA, organizada em Coordenações Regionais por estado, a prática de celebração de convênios com organizações não-governamentais e repasses de recursos a municípios que assumiram a execução das ações de saúde preventivas e curativas à população indígena, com recursos financeiros do SUS. Com tanta diversidade na sua organização, este momento também é marcado por posicionamentos distintos do movimento indígena quanto às formas de gestão, como destaca o Gestor Federal 1 e o Indigenista 2:

> *Ele* [o Subsistema] *foi basicamente executado através de convênios com organizações não-governamentais através do Ministério da Saúde ejetando recursos... é ejetando recursos naquilo que existia naquele lugar, é uma parte em convênios com ONGs e uma parte repassando recursos direto pros municípios via fundo a fundo, ai você tinha uma distinção muito clara, você tinha uma forma de coordenar, de estabelecer parcerias principalmente com os municípios, por todo território da região nordeste, você tinha a relação com convênios com ONGs no território sul/sudeste e por todo território amazônico, todo o território amazônico o modelo hegemônico né quase único da presença do Ministério era em parceria com ONGs.* (Gestor Federal 1)

> *Então, houve múltiplos convênios, prefeitura, pequenas entidades, ONG de apoio e tal, e isso aqui é uma história muito facetada, até que o processo caminhou e você tem hoje uma centralização de umas quatro ou cinco entidades que gerenciam esses recursos para o Brasil inteiro, que é uma coisa bastante preocupante...* (Indigenista 2)

Convivendo com a diversidade social desde a chegada dos primeiros portugueses e, portanto, intensivamente com as políticas integracionistas, os povos do nordeste passaram por um processo de negação da identidade indígena, que começa a ser resgatada após a CF de 1988 (OLIVEIRA FILHO, 1999). Assim, com grande convívio e proximidade das cidades, é

compreensível que as relações já estivessem estabelecidas e, por consequência, a resistência na execução dos serviços pelos municípios menores.

Já o centro-oeste e o norte, com histórias de contato mais recentes e regiões de maior isolamento, defendiam a execução das ações pelas ONG, que no início da implantação do Subsistema eram majoritariamente indígenas. As regiões sul e sudeste, com histórias de contato mais próximas dos povos nordestinos, também defendiam a execução pelas ONG, mas estas regiões se organizaram de formas muito distintas ao longo dos seus territórios, o que pode ser consequência do modo de organização dos três DSEI existentes com características únicas no que se refere à extensão territorial (DIEHL e cols., 2003).

Desta forma, o relato do Gestor Federal 1 retrata as diferenças nas posições dos movimentos indígenas:

> *Isso revela também uma separação no movimento indígena né, você tem uma parte do movimento que defende esse modelo da relação de execução direta do Ministério, mas em parceria com as instituições não-governamentais. [...] E uma aliança indígena mais focada nos povos indígenas de nordeste que eram absolutamente contrários a essa ideia de execução por ONG que defendiam mais a tese de execução direta pelo Ministério com servidores públicos do Ministério, que na pratica já executava boa parte das ações na parceria com os municípios.* (Gestor Federal 1)

Para além destas diferenças estarem alicerçadas na consequência da história e tempo de contato com os não-indígenas em cada região, que se complementam com os aspectos culturais dos diversos povos. É preciso considerar a história de organização do SUS no Brasil. A execução direta dos serviços pelo Ministério da Saúde em parceria com os municípios indica um movimento mais alinhado à lógica do SUS estatal e interfederativo com o processo descentralizado na execução local pelos municípios em cogestão e cofinanciados pelo Governo Federal e Estados, inclusive com situações de atuação e ausência do Estado como ocorre em outras produções do SUS (MENDES e LOUVISON, 2015).

Esta estratégia, de transferência das atribuições do Estado para a esfera privada, a fim de viabilizar a atenção à saúde, é compreendida por muitos como terceirização (GARNELO e SAMPAIO, 2005). Esta gestão por ONG está associada a um movimento de gestão do SUS com gastos mais terceirizados, que caminhou para os contratos de gestão com Organizações Sociais (OSS), fortemente estimulados no governo do Fernando Henrique Cardoso (PSDB) (SODRÉ, e cols., 2018). Este momento de gestão da saúde indígena é entendido por alguns

entrevistados como polêmico, mas reconhecido como um período muito importante no SASI por trazer para a gestão ONG indígenas, produzindo maior autonomia e possibilidades de outros percursos no SUS que priorizaram interesses do movimento indígena:

> *Acho que o movimento que a FUNASA fez a partir da nova Lei Arouca aprovada de fazer convênios com as organizações indígenas né, é um assunto polêmico, mas se por um lado né, de alguma forma desviou muito o foco de algumas associações, chegou a quebrar algumas outras né, por questões administrativas, etc e tal, por outro lado, deu um protagonismo danado pros índios né, os caras estavam lá né, pó eles fazem os convênios, né.* (Indigenista 1)

> *E, nesse período, foi uma riqueza extraordinária em termos de aprendizado das organizações, eles se apropriaram, de fato, da temática, dos conceitos, eles se apropriaram dos processos de prestação de contas, de licitação, e isso é uma coisa que pode parecer um aprendizado meramente burocrático, mas, na verdade, isso empoderou bastante essas entidades no sentido de compreender melhor o estado brasileiro com quem elas obrigatoriamente têm que interagir. Então, foi um momento de exercício de poder político, o real que a gente conseguia até perceber, as entidades protagonizando. [...] E a outra coisa, assim, de muito, muito importante em relação a este período e a este processo foi à capacidade que essas lideranças desenvolveram de solidariedade mútua, de ensinar uns aos outros, como faziam o projeto, como captar os recursos; então, isso capilarizou enormemente nas organizações.* (Indigenista 2)

As falas aqui destacadas corroboram com GARNELO (2002, 2004), que apontou como pontos positivos desta parceria com as organizações indígenas o protagonismo destes povos e a contribuição na superação da relação de tutela do Estado sobre os indígenas. Contudo, a necessidade de submissão aos processos de trabalhos instituídos pelo poder público e as constantes denúncias descredibilizando estas organizações foram um importante ônus apontado pela autora e por GARNELO e MAQUINÉ (2015). Na percepção da Indigenista 2, este momento conturbado no modelo de parcerias para execução das ações indígenas foi produzido intencionalmente pela instituição gestora:

> *Quando ocorreu o processo de difamação, porque não tem outro termo, que a FUNASA empreendeu contra essas organizações indígenas, que foi denúncia em jornal, de corrupção, aí a coisa foi muito complicada, destrutiva do ponto de vista político das entidades, e foi um processo deliberado de difamação dos dirigentes da FUNASA à época porque eles, de fato, queriam tirar dos índios. Porque a FUNASA estava envolvida*

> *em corrupções enormes nesse período, todos os projetos de outras iniciativas, mas eles auditavam de forma bastante intensiva e pesada às entidades indígenas.* (Indigenista 2)

Por outro lado, a percepção do Gestor Federal é de dificuldade para a manutenção dos convênios com as ONG Indígenas, apontando a gestão, com foco na prestação de conta como um problema. É possível perceber semelhanças na identificação dos desafios colocados para estas organizações com o relato anterior da Indigenista 2, entretanto, o ponto de partida na avaliação das causas e consequências é fundamentalmente diferente, como destacado abaixo:

> *Então, de 98 a 2004 [...] foi tendo esse modelo absolutamente livre, de boa parte das comunidades atendidas em parceria com ONGs. No ano de 2004 esse modelo explodiu né, um por conta de como era feita a gestão desses convênios, então, [...] teve uma operação da Polícia Federal, da CGU* [Corregedoria Geral da União] *quanto um conjunto de convenio com organizações não-governamentais, explicitava naquele momento, por exemplo, que funcionários da FUNAI eram os diretores das ONGs né, vários problemas na execução, não é fácil também comprovar a execução de recurso em área indígena então uma crise que precisava de soluções.* (Gestor Federal 1)

Em que pese o reconhecimento da fragilidade na execução dos convênios pelas organizações indígenas, muito em função da não formação e capacitação administrativa e também da falta de logística em vários territórios, que dificultavam ainda mais o cumprimento da legislação. A ausência do Estado Regulador, que é responsável pelos convênios e contratos, é evidente, seja na atuação conjunta com as ONG ou junto aos municípios acompanhando a execução dos recursos e a qualidade da assistência prestada. Assim, é possível inferir que a ausência deste Estado Regulador, a tensão com o protagonismo indígena e o volume financeiro envolvido podem ter induzido um maior controle que levasse a descredibilização das organizações.

As disputas de poder que giram em torno do DSEI vão muito além da garantia do direito a assistência à saúde. A capilaridade da saúde indígena, os contratos realizados para garantia da assistência, que envolvem desde a área logística até a contratação de profissionais, e o poder do cargo de Chefe de DSEI, como o único representante do Estado na maioria das vezes, fazem com que diversos atores voltem à atenção para este território.

Neste cenário de intensa disputa e interesses, as dificuldades de prestação de conta das ações nas áreas indígenas pela ONG para o Gestor Federal que se fundamentam nas normatizações da administração públicas que não foram discutidas nas perspectivas da assistência diferenciada, nestes locais foram importantes justificativas para questionar este modelo de gestão. E persistem como justificativa dos gestores nas discussões de ações que precisam ser desenvolvidas, como demonstram as análises de atas de reuniões de CONDISI e relatórios de CNSI, como, por exemplo, a Moção 5 da 5ª CNSI, que apela pela "*criação de legislação especial/específica para operacionalização dos processos de compra e fornecimento de equipamentos e insumos, em geral necessários para o pleno funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena/SUS*". É importante destacar que num país de tamanho continental como o Brasil, com grandes dificuldades de acesso, a flexibilização de regras em casos específicos é fundamental para garantir a execução das ações necessárias.

A formalização da participação de Instituições Não-Governamentais como instâncias que podem atuar de forma complementar está colocada na Portaria 70/2004 (BRASIL, 2004), trazendo para a gestão do SASI, de forma direta, mais um elemento de debate permanente no SUS, a relação entre a gestão público e privada (SANTOS e AMARANTE, 2010). A Lei 8.080/1990 estabelece o caráter eminentemente público do SUS, contudo, alguns gestores, na alegação de ganhar flexibilidade de gestão, principalmente na contratação de profissionais, buscam outros modelos gerenciais como as Organizações Sociais (OSS). Enquanto este modelo, por um lado pode possibilitar a ampliação do acesso, por outro amplia a fragmentação (NOGUEIRA, 2010). As dificuldades de contratação de força de trabalho na Saúde Indígena é a principal justificativa para a atuação de Instituições Não-Governamentais, que ocorre por meio de celebrações de convênios com o Governo Federal (BRASIL, 2017d). GARNELO (2004) apontava a "*limitação quali-quantitativa de recursos humanos disponíveis para apoiar a gestão do Subsistema de Saúde Indígena com um dos maiores entraves à viabilização*" (p. 11), com alta rotatividade de profissionais e precárias condições de trabalho. Este tema, da força de trabalho, persiste e apresenta-se de modo recorrente nas discussões de CONDISI e FPCONDISI e será retomado no Capítulo 4. Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma Participação Silenciada.

Após a crise com as organizações indígenas, a parceria com os municípios para prestar assistência à saúde aos povos originários foi fortalecida em algumas regiões. Um ponto importante foi a reformulação dos Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e para Atenção Especializada (IAE-PI), em 2007. Estes foram criados em 1999

devido à necessidade de garantir a integralidade de assistência à saúde de forma diferenciada nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 1999b, 2007), como retrata Gestor Federal 1:

> *Tramitou enquanto uma Portaria junto com os estados e os municípios pra discutir o uso de recursos, de repasse fundo a fundo, então criar um novo modelo pra isso, um plano de utilização dos recursos a contratualização disso, acho que é um avanço importante essa Portaria, ela é de 2004, a, na época chamava, incentivo IAB...* (Gestor Federal 1)

O IAB-PI era repassado aos municípios com intuito de garantir a contratação das EMSI para prestar serviços nas aldeias. Esse processo ocorreu distintamente em todo o País, ou seja, algumas regiões com ênfase na participação de municípios e outras permaneciam com as parcerias com ONG. Assim, foram produzidos desafios importantes para a construção da integralidade em função da multiplicidade de modelos, precarização dos contratos de trabalho e ampliação de interesses individuais dos vários atores envolvidos (DIEHL e cols., 2003).

O repasse e a execução dos recursos referentes ao IAB-PI ocorreu de forma diversa, as entrevistas trazem relatos de momentos onde a atuação dos municípios era preponderante na organização da EMSI, como em Angra dos Reis/RJ, e facilitava o acesso às demais unidades assistenciais para os indígenas do próprio município e Paraty:

> *Em relação, especificamente, à organização da equipe multidisciplinar da saúde indígena em Angra [...] ser uma unidade do SUS em área indígena que garantia acesso a tudo que o município tinha em termos de assistência farmacêutica, de especialidades, de referência para todos os níveis de complexidade do SUS. Então, de fato uma unidade do SUS em área indígena garantia a integralidade da atenção e não existia um problema na verdade de território, né, de regionalização, porque Angra dos Reis é, eu acho, que por conta de empenho pessoal mesmo, né, das pessoas envolvidas na questão, garantia né, era uma referência natural pro município de Paraty. Então, eu acho que não existiam limites dos municípios na atenção à saúde indígena, era como se fosse um continum de território que tinha acesso aos dois municípios em termos de recursos pra atenção à saúde: medicamento, referência e especialidade, emergência, urgência.* (Indigenista 3)

Em contraponto, outro entrevistado destaca a falta de fiscalização por parte do MS e, com isso, a retirada deste incentivo. O que reforça a fragilidade do papel regulador do Estado nos controles interfederativos:

> *E havia um recurso que, antes, era repassado de forma muito automática e sem nenhuma fiscalização pros municípios que deveria ter sido regulamentada adequadamente pra fiscalizar em que os municípios aplicavam, que era o incentivo à saúde indígena, mas a solução foi retirar, centralizar de novo na SESAI e não resolveu nenhum dos problemas que os índios têm quanto munícipes pra acesso a nível de resolutividade, que os DSEI não têm, e os índios são munícipes, eles estão incluídos nos fundos de participação.* (Indigenista 2)

As denúncias quanto à má utilização do recurso, e principalmente a mudança da contratação da força de trabalho para a saúde indígena com a criação da SESAI, levaram a extinção do IAB-PI, formalizado pela Portaria 2.012/2012 (BRASIL, 2012d). Mesmo com a extinção deste incentivo, o MPF publicou a Recomendação nº 05 onde aponta a necessidade de os municípios organizarem um Plano de Aplicação do Recurso, com aprovação do respectivo CONDISI, em função do saldo existente e da condição da assistência prestada, como descreve na contextualização da Recomendação:

> **CONSIDERANDO** que, em que pese à extinção do repasse, estabelecida pela Portaria nº 2012/2012, do Ministério da Saúde, há saldo remanescente na conta de diversos Municípios, relativo a recursos do IAB-PI recebidos e não aplicados**;**
>
> **CONSIDERANDO** que a referida portaria prevê, em seu art. 2º, caput § 1º, a obrigação dos Municípios de apresentar, em conjunto com o DSEI e o Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, um plano de aplicação dos recursos abrangidos pelo saldo remanescente;
>
> **CONSIDERANDO** que a população indígena não vem recebendo a prestação de serviços na área da saúde de forma digna e eficiente, não se justificando a existência de recursos em conta sem a devida aplicação e conversão desses recursos em ações de saúde para os povos destinatários; (MPF, 2012, p. 3)

O IAE-PI, que tem por objetivo garantir a Atenção Diferenciada no ambiente hospitalar, a princípio foi repassado sem um plano de trabalho que deveria ser ratificado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nos CONDISI. É importante destacar a dificuldade de informações fidedignas quanto aos estabelecimentos que recebem o IAE-PI. Em 11 de outubro de 2017, publica-se a Portaria 2.663/2017, que redefine os critérios para o repasse desse incentivo, vinculando-o à habilitação e ao número de indígenas atendidos no mês e

estendendo seu repasse a serviços ambulatoriais, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e policlínicas (BRASIL, 2017c).

Não demorou muito tempo para que a Saúde Indígena virasse alvo de diversas notícias jornalísticas, em que a corrupção na FUNASA e uma situação de saúde aquém do mínimo desejado foram os assuntos principais (CIMI, 2017). Com a organização do Subsistema, houve uma melhora perceptível no perfil epidemiológico da população indígena, principalmente no que se refere à mortalidade, porém, estes índices logo se estabilizaram em valores bem acima da população geral do Brasil. Esse período, reconhecido como um "limbo" pelo entrevistado Gestor Federal 1, fortalece a reivindicação do movimento indígena, para que a gestão do SASI seja organizada dentro do MS:

> *Você tem um período que é um verdadeiro limbo eu acho assim, tanto de política de execução, e ele é combinado com o movimento indígena assumindo um discurso e construindo ai como um fosse um grande consenso, [...] tinha todo debate por criar definitivamente a Secretaria de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde né, [-] a Conferência que aprova, que até esse momento você tinha uma divisão no movimento indígena, alguns defendiam que continuasse na FUNASA, entendeu, então se constrói um, não é um consenso mais uma maioria. Agora a criação da Secretária, nesse momento muito em função do esvaziamento da FUNASA, a FUNASA no PMDB, a FUNASA com vários escândalos que tinham envolvendo a FUNASA, é lá atrás na lei Sérgio Arouca a intenção já era criar uma secretaria, então a ideia de criar uma Secretaria Especial de Saúde Indígena dentro do Ministério, não era ideia nova, ela era ideia original na Lei do processo, da Lei Sérgio Arouca.* (Gestor Federal 1)

Neste período de "limbo", os modelos de terceirização e repasse de recursos para os municípios se mostram ineficazes na medida em que mantiveram vínculos trabalhistas precários, o que resultou em alta rotatividade profissional, além da ausência de responsabilização de muitas organizações com a população atendida. Nesta crise é contratada uma consultoria para fazer um diagnóstico sobre a saúde indígena, incluindo a gestão. Ao mesmo tempo, a reivindicação pela secretaria específica no MS se fortalece, com grande pressão do movimento indígena, o que levou a um novo processo de mudança na saúde indígena, no final do Governo Lula. Assim, em 2010, a SESAI é criada vinculada ao MS, através do Decreto Presidencial 7.336/2010 (BRASIL, 2010a). Este processo se deu com importantes disputas no movimento indígena, como relatam as entrevistas dos Indigenistas 3 e 4:

> *Eu me lembro que teve um racha numa hora lá em relação a questão da FUNASA e do Ministério, de criar uma Secretaria no Ministério que acabou perdendo. [...] Aí permaneceu na FUNASA, que acabou acontecendo na outra Conferência de recomendar, eu acho, se eu não to enganado, a criação no Ministério da Saúde da SESAI.* (Indigenista 3)

> *Aí em 2004, o ano de 2006, se não me engano,* [a Conferência] *parece que foi bem polêmico né, muita gente saiu do plenário, enfim, uma divisão entre os índios da Amazônia, os índios do Nordeste, eu acho que são algumas coisas que vêm desse processo aí né. [...] da institucionalização, que no momento era um momento de participação, de propor, de formular; aí a hora que foram criadas as caixinhas institucionais, os cargos, os DAS, aí a luta ficou só por ocupar essas caixinhas.* (Indigenista 4)

Como já colocado, o processo de distritalização foi distinto em todo país, e a execução das ações por ONG ou municípios trouxe diferentes realidades na assistência. A forma de organização e de execução das ações assistenciais se baseava na compra direta, principalmente, pelas ONG de consultas médicas, exames, medicamentos, órteses e próteses da oferta privada, e formas diferenciadas de atenção às aldeias indígenas pelos municípios. Toda esta forma de gestão e execução da assistência retardou a autonomia orçamentária e financeira prevista para os DSEI na CNSI em 1993, e as unidades gestoras começaram a ser implantadas em 2010, com a criação da SESAI (CARDOSO, 2015). Ao mesmo tempo, a contratação dos profissionais passa a acontecer por meio de OSS, reduzindo drasticamente o número de instituições parceiras, o IAB-PI é extinto e a aquisição direta no mercado deixa de ocorrer, sendo os indígenas referenciados para a rede pública municipal e estadual.

Na percepção do indígena Guarani/RJ, que vivenciou a experiência de atuação do município de Angra dos Reis na assistência à saúde de sua comunidade, a SESAI não vem cumprindo com esta função de articulação com os municípios. Atividade esta reconhecida como uma das principais da instituição:

> *Mas eu acho que o principal papel da SESAI é eles procurar parceria né, porque na época da FUNASA a própria FUNASA fazia parceria com o município com a universidade né, e quando se criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena até agora não consegui fazer esse, é esse, parceria com o município com universidade pra tá fazendo os projetos né... tem que ter uma pactuação no município, um incentivo no*

> *município pra tá, pra tá, apoiando na questão, na saúde indígena, através do município também né, porque até agora não tem esse, esse recurso, no município né.* (Guarani/RJ)

Na mesma direção, Krenak/MG relata as mudanças que percebe na atuação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, com perda de espaço para o diálogo entre indígenas e gestão que hoje é inexistente:

> *Hoje na Secretaria de Saúde não tem nada, não tem. As resoluções que a gente ajudou a criar, os instrumentos de gestão que a gente ajudou a criar, foi nesse tempo que eu acabei tendo que me dedicar a entender um pouco que que era gestão pública pra eu poder ajudar. Conseguíamos fazer todas as consultas, todas as Conferências e foi uma experiência muito interessante.* (Krenak/MG)

3.4 A FRAGMENTAÇÃO NORMATIVA: INDEFINIÇÕES DE PAPEIS INSTITUCIONAIS E O DASAFIO PARA A INTEGRALIDADE

A fragmentação sempre esteve presente na história da assistência prestada pelo Estado aos povos indígenas. Esta não ocorre apenas na execução da política na prática, permeia todo o arcabouço legal que é marcado por uma grande quantidade de normas que segmentam seus conteúdos. O resultado desta fragmentação não é superado pela consolidação de normas, esforço do MS de organizar as normativas em documentos únicos. Esta prática não supera as diferenças de temporalidade entre as Portarias do SUS e SASI e não rompe com a prática de publicação constante de novas normativas pelo MS.

No período de análise das legislações, percebemos dois exemplos deste esforço para consolidar as normativas. O primeiro foi a publicação da Portaria 2.048/2009 que "*Aprova o Regulamento do SUS*" e trazia uma consolidação de normas, incluindo as Portarias 70/2004, 399/2006, 2.656/2007 e 2.759/2007 e revogando-as individualmente (BRASIL, 2009). Esta consolidação não entrou em vigor, permaneceu em vacância legislativa até 05 de março de 2013. Neste período, foi publicada a Portaria 2.012/2012 que alterou a Portaria 2.656/2007 extinguindo o IAB-PI, contudo, ao entrar em vigor, a Portaria 2.048/2009 não foi atualizada

trazendo novamente para a cena este incentivo (BRASIL, 2012d). O segundo exemplo trata-se da publicação de seis Portarias de Consolidação em outubro de 2017, revogando a Portaria 2.048/2009. Este segundo exemplo demonstra mais uma tentativa de reunir as normativas em documentos únicos. Contudo, a diversidade de normas, revogações e novas publicações demonstram a dificuldade, tanto para os cidadãos como para as autoridades públicas e, especificamente, para os povos indígenas, de compreensão e execução da política de saúde indígena, comprometendo a plena garantia do direito à saúde dos povos originários.

Exemplificando esta segregação das normas, foi elaborada uma representação das normativas consideradas estruturantes para o SUS e SASI, após a CF, e analisadas neste trabalho (figura 9).

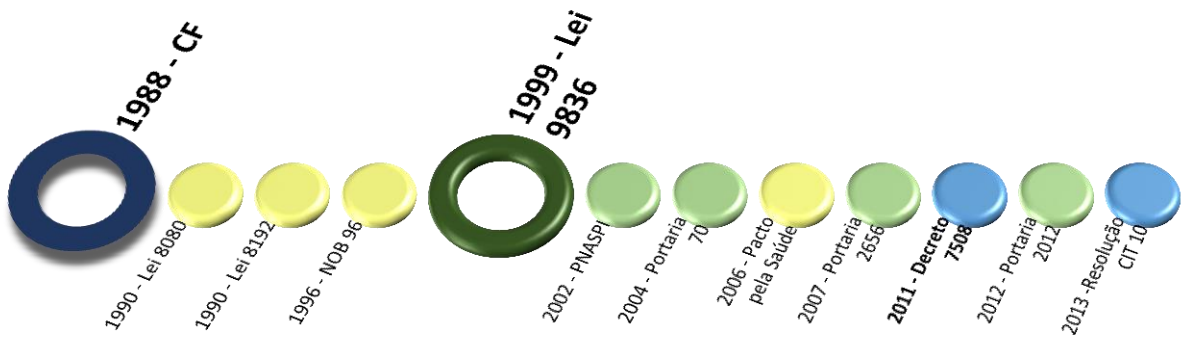


Figura 9. Representação em linha do tempo das principais legislações do SUS e do SASI após a Constituição Federal, sendo em azul as que contemplam o SUS e Povos Indígenas, amarelo, apenas o SUS e verde o SASI.

Dentre estas legislações destacamos a importância do Decreto 7508/2011, uma legislação de regulamentação do SUS que traz uma referência específica à assistência à saúde dos povos indígenas, no artigo 11, que trata do acesso aos serviços de saúde. Esta é a primeira legislação estrutural do SUS publicada após a criação da SESAI, em 2010, e a Saúde Indígena ser incorporada diretamente à gestão do MS.

Para além da diversidade e da fragmentação das normas, a falta de definição clara nestas legislações dos papeis de cada instância, conferem uma complexidade à garantia da integralidade à saúde com equidade, o que deveria ser o principal objetivo a ser alcançado pelo Subsistema. Desta forma, a assistência à população indígena encontra-se à mercê das compreensões e ações individuais de cada gestor, se organizando de forma distinta pelo Brasil, como pode-se verificar na entrevista com a indígena Tremembé/CE:

> *Isso difere muito de cada município, cada município é uma realidade diferente. No meu município hoje, a gestão que ganhou a eleição que foi ano passado, a gestão que ganhou hoje, ela apoia o movimento indígena. Mas, eu acho que dos 184 municípios que tem no Ceará, que 18 tem indígenas, se tiver desses 18, tiver cinco que apoia o movimento indígena é muito, não apoia! E aí, por conta disso dificulta mais as coisas, porque hoje a atenção básica ela funciona por conta das equipes que a gente tem que é pelo Subsistema, né!? Pelos convênios. Mas se for ver pela questão da Média e Alta Complexidade que aí já não é mais responsabilidade em si da SESAI, aí,... acaba tudo.* (Tremembé/CE)

A PNASPI destaca a rede de serviços de AB de saúde dentro das áreas indígenas, que deve ser integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada, com a rede dos demais serviços do SUS, considerando sempre as necessidades e os contextos específicos dos povos indígenas. Estabelece estados e municípios como responsáveis pela complementariedade da assistência (BRASIL, 2002b). Neste texto da Política é clara a necessidade de se garantir universalidade do acesso, integralidade da atenção à saúde, com equidade. Aponta ainda para a diversidade de contextos na saúde indígena e da importância de uma atenção diferenciada.

CECILIO (2001) discute que estes princípios do SUS se constituem como um conceito tríplice na busca da saúde como um direito. O autor destaca que a "*luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde*". Contudo, reconhece que este processo é dependente não só da organização dos serviços que prestam assistência à saúde, mas também da escuta de cada profissional para dar conta da "integralidade ampliada", contemplar a totalidade das demandas do usuário por uma melhor condição de vida, garantindo a potencialidade máxima de cada serviço responder a elas (CECILIO, 2001).

Estudo que avaliou as políticas de equidade desenvolvidas pelo MS, especificamente na Secretaria de Gestão Participativa, o que não inclui a política para a população indígena, aponta o esforço do Governo na implementação destas políticas. Contudo, indica os desafios impostos que contemplam desde os tempos para aprovação da política nas instâncias de pactuação até a sensibilização dos profissionais e um sistema de saúde muitas vezes estruturado em cotas, embora o foco seja a garantia da integralidade (SIQUEIRA e cols., 2017).

A gestão federal e o desafio da atenção diferenciada aos povos indígenas, que agregam a esta discussão a necessidade do compartilhamento das práticas tradicionais de cuidado em saúde, configuram um cenário ainda mais peculiar na implementação desta política. A gestão federal, objeto de reivindicação nas CNSI, é garantida na lei que institui o Subsistema e foi reforçada nas Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que detalham as responsabilidades dos órgãos que compõem as instâncias de gestão do Subsistema. Os Artigos 8º e 9º estabelecem vagamente as atribuições de Estados, Municípios, Instituições Governamentais e Não-Governamentais que devem ser complementares e definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena, com pactuação dos fluxos de referência nas CIB (BRASIL, 2004).

Segundo as Portarias atuais, as definições de ações para cada ente deveriam estar nos Planos Distritais, entretanto, estes são elaborados, na maioria dos locais, exclusivamente pelos DSEI e com discussão nos CONDISI, sem envolver de fato municípios, estados e seus respectivos conselhos de saúde. As atas analisadas não demonstram que os Planos Distritais englobam as atribuições dos três entes federados. Um exemplo desta desarticulação institucional e desconhecimento da reivindicação do movimento indígena, quanto às formas de gestão do SASI, é o relato do Gestor Municipal sobre a orientação dada aos municípios em relação ao papel complementar em dois momentos de sua entrevista, gerando uma certa desresponsabilização do município por esta assistência. Nesta fala, destaca-se também o resultado das mudanças na forma de gestão e execução do Subsistema e como estas alterações não foram pactuadas como orienta a legislação:

> *E quando o secretário municipal me ligava falando: "o pessoal da liderança indígena me procurando aqui que tá precisando de apoio"; falei: "olha, fala pra eles pra eles ligarem pra secretaria em Brasília, você não pode... nós somos complementares, pra você participar o responsável tem que te chamar, entendeu, você não pode assumir, entendeu".*
>
> *... Eu tive a experiência do Espírito Santo, interessante; tem um município do Espírito Santo que eu acho que é o único município, acho, que da região sudeste que tem a saúde indígena pesada, bastante, é um número grande de população indígena, [...] um dia a secretária me liga, o contrário, ela tinha uma equipe do município que cuidava da saúde indígena, uma equipe que ela que contratou, tinha experiência e tal; aí chega lá um dia, uma pessoa de uma OSS dizendo que eles iam assumir, entendeu? Aí ela estranhou... Ela disse pra ele: "como? Eu sou responsável, como é que você vai assumir? Não!". O sujeito já avisou pra ela que ganhou uma licitação, uma coisa qualquer. Aí eu peguei e fui falar com o secretário da saúde indígena [...]. Aí eu fui falar com ele, e falou: "olha,*

> *é isso mesmo, eles ganharam a licitação." Pô, mas... Não poderia ter conversado?".* (Gestor Municipal 1)

Cabe ao gestor Federal regulamentar a atuação complementar de estados e municípios na execução das ações de saúde aos povos indígenas, bem como as formas de acesso a estas ações, contudo, a falta de articulação é evidente. Os dados aqui colocados reafirmam o posicionamento de GARNELO (2004) sobre não ter sido estabelecido de forma clara os papeis de cada esfera de governo e suas inter-relações, persistindo, ao longo destes anos sem pactuação concreta e efetiva e, principalmente, sem um compromisso da maioria das gestões estaduais e municipais com a garantia de uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas.

Para além das questões legais que trazem princípios genéricos que pouco se transformam em ações planejadas e de organização da assistência, reafirmamos a posição de GARNELO (2004) quanto ao abandono da noção de integralidade. A partir do momento que as ações se caracterizam mais pela fragmentação, com pouca interlocução com os demais órgãos e políticas sociais não contemplando questões fundamentais para a melhora da condição de vida dos indígenas, como, por exemplo, a ampliação de acesso aos alimentos, a articulação e valorização com as medicinas indígenas e a própria discussão da demarcação de terras.

3.5 A PACTUAÇÃO FRAGMENTADA E O DESAFIO DA RELAÇÃO INTERFEDERATIVA

A saúde indígena reflete e, ao mesmo tempo, é reflexo da falta de diálogo entre as legislações que trazem as diretrizes e as regulamentações do SUS com as legislações que tratam do SASI. Este contexto, em conjunto com as especificidades assistenciais e de território reforça a necessidade de uma pactuação eficiente entre as três esferas de governo.

A centralização da gestão no âmbito federal se contrapõe à diretriz constitucional de descentralização do SUS (ABRUCIO e FRANZESE, 2007), que visa aproximar a gestão do

sistema da realidade das pessoas, entrando em conflito com o processo de municipalização do SUS, que descentralizou os serviços e profissionais, trazendo sua gestão para mais próximo do cidadão (BARATA e cols., 2004). Com o Subsistema não tendo uma estrutura para a execução das ações para a população indígena e a dependência da rede municipal e estadual para a garantia da integralidade, como destacado por GARNELO (2004), o que reforça a necessidade de pactuações interfederativas. O Indigenista 2 aponta que a falta de pactuação como um grande gargalo que compromete a assistência à saúde com qualidade dos povos indígenas, ficando o Subsistema apartado do SUS pela sua história de implementação:

> *Olha, o problema que existe, principal, na minha opinião, é um grande vazio de pactuação; primeiro porque o Subsistema de Saúde Indígena, ele é um Subsistema de atenção primária, que tem uma resolutividade muito, muito, muito baixa, de um modo geral, as suas unidades com a capacidade instalada que tem que é muito precária. Então, não há como o Subsistema sozinho dar conta nem de ações de atenção primária em todos os níveis que as pessoas precisam na aldeia, nem falando de grandes centros especializados, de exames de hospitais. Então, não tem como prescindir da rede municipal e da rede estadual. Entretanto, a maneira como o Subsistema foi construída, ela acabou, de fato, numa espécie de gueto, no SUS, SUBSUS.* (Indigenista 2)

A organização dos territórios do DSEI, que ultrapassam os limites de municípios e estados, é uma das principais justificativas para a gestão no âmbito federal, como apontam as entrevistas, reforçada pelos constantes conflitos nos processos de demarcações de terras indígenas (TAULI-CORPUZ, 2016). Contudo, a Gestão Federal agregada à ausência de pactuação interfederativa dificulta a garantia da integralidade da atenção à saúde destes povos, como destaca Indigenista 2:

> *Mas os índios, na Amazônia, eles têm muito receio dessa participação dos municípios porque tem conflitos por terras, eles têm razão nesse sentido, entretanto, a ausência de um fórum de debates de um entendimento, de uma negociação e de uma participação nos sistemas municipais, acaba gerando exclusão, porque os municípios, então, eles se eximem.* (Indigenista 2)

Enquanto os Gestores Federais demonstram compreender e reforçam a importância deste território, destacando os avanços na consolidação do DSEI após a criação da SESAI e coloca esta territorialização como determinante nos avanços da saúde indígena. Gestores municipais questionam esta lógica de gestão com a justificativa que o MS não consegue dar

conta das suas atribuições e os indígenas residem nos territórios dos municípios, e os gestores estaduais destacam a desconfiança de indígenas sobre qualquer discussão que trata da municipalização desta assistência.

> *Os meus colegas sempre tinham dificuldade de compreender e até respeitar essa ideia, do apoio, de saúde indígena coordenada pelo ente federal né, coordenada e executada pelo ente federal né, e o que tem de decisivo nisso é o tema do território. A unidade territorial na saúde indígena ela ultrapassa as fronteiras municipais, muitas vezes os limites e divisas estaduais né [...] conforma um território geográfico cultural muito especifico que o município e o estado não dão contam, né. Então eu acho que essa ideia do distrito sanitário, né, com a responsabilidade federal sobre eles acho que isso nós tivemos avanços muito importantes, né, se consolidou, decisivos eu acho que se o Ministério tivesse adotado uma política diferente dessa, se a Lei Sérgio Arouca fosse diferente dessa, eu acho que né, maior parte dos avanços que nós tivemos não teria obtido.* (Gestor Federal 1)

> *Então, que eles estimularam criar uma via direta, pras saídas municipais para os municípios. Foi direto. É, só que a população continua morando no município né; então, criou-se uma situação meio difícil. E assim, então, o Ministério também não tem condições... Então criou os DSEI que falamos agora a pouco, que também não dá muito conta, e o DSEI também não se articula muito com os municípios, entendeu.* (Gestor Municipal 1)

> *Porque, na verdade, o que existe e isto é muito presente em todos os debates, é um receio, e eu não quero adjetivar, o fato é que é um receio, de que se não for o Ministério da Saúde a realizar determinadas ações, determinadas atividades, elas não acontecem. Então, qualquer discussão que trate da municipalização do serviço de saúde indígena ou que trate da participação do estado e do município e o Ministério coordenando, ele tem... ele sofre de uma desconfiança muito grande, eu quero respeitar essa desconfiança, mas o fato é esse.* (Gestor Estadual 1)

A análise de legislação demonstra que no processo de implementação do SUS foram elaboradas e divulgadas diversas NOB, sendo a NOB 01/93, a que trata da consolidação do Poder Municipal na gestão e execução das ações de saúde, com apoio técnico e financeiro dos Poderes Estaduais e Federal, que são corresponsáveis por esta assistência. Para isto, a NOB 01/93 traz as instâncias de pactuações estaduais, CIB, que é composta paritariamente pelo Poder Estadual e representante dos Poderes Municipais; e a instância Nacional, CIT, composta paritariamente por representantes dos poderes Federal, Estaduais e Municipais.

Estas instâncias são responsáveis por, em consenso, pactuar a organização da assistência à saúde nos seus territórios (BRASIL, 1993a).

O Quadro 3 ilustra os vários níveis de governo, instituições e instrumentos de gestão do SUS e SASI, destacando o número de instituições envolvidas no processo de gestão.

Quadro 3. Instituições e instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde e Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

<table>
<tr><td></td><td colspan="7">SUS</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Nível Federal</td><td>Nível Estadual</td><td colspan="3">Nível Regional</td><td>Nível Municipal</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>SASI</td><td></td><td></td><td colspan="2">SASI</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Gestão</td><td colspan="2">Ministério da Saúde</td><td rowspan="2">Secretaria Estadual de Saúde</td><td></td><td colspan="2">Secretaria Especial de Saúde Indígena</td><td rowspan="2">Secretaria Municipal de Saúde</td></tr>
<tr><td></td><td>Secretaria Especial de Saúde Indígena</td><td></td><td colspan="2">Distrito Sanitário Especial Indígena</td></tr>
<tr><td>Instrumentos de Planejamento</td><td>Plano Nacional de Saúde</td><td>Plano Nacional de Saúde</td><td>Plano Estadual de Saúde</td><td></td><td colspan="2">Plano Distrital de Saúde Indígena</td><td>Plano Municipal de Saúde</td></tr>
<tr><td>Participação Social</td><td>Conselho Nacional de Saúde</td><td>Fórum de Presidentes de CONDISI Consultivo</td><td>Conselho Estadual de Saúde</td><td></td><td>CONDISI</td><td>Conselho Local de Saúde Indígena</td><td>Conselho Municipal de Saúde</td></tr>
<tr><td>Instância de Pactuação</td><td>Comissão Intergestores Tripartite</td><td></td><td>Comissão Intergestores Bipartite</td><td>Comissão Intergestores Regional</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Órgãos de Controle</td><td colspan="2">MPF
TCU</td><td rowspan="2">MPE
TCE</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">MPF
TCU
FUNAI</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>FUNAI</td></tr>
</table>

Elaborado pela autora.

Estas instâncias de pactuação são os espaços de articulação fundamentais para a construção da assistência regional no SUS. A regionalização, é uma das diretrizes de destaque neste processo de organização. Esta é conceituada no item 1.G do anexo da Portaria 545/1993, como

> articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxos de demanda, perfil

> epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993a).

A regionalização caminha junto com a descentralização da saúde que está presente na legislação e normativas do SUS desde a CF (ABRUCIO e FRANZESE, 2007). O processo de regionalização, mais especificamente a criação de regiões de saúde, foi fortemente discutido na NOAS[8], em 2001. O Pacto pela Saúde, editado em 2006, retoma esta discussão. As diretrizes deste pacto reafirmam a importância da regionalização e de instrumentos de planejamento e programação, além de instituir os Colegiados de Gestão Regional (CGR), visando o respeito às peculiaridades das regiões, possibilitando a implantação das prioridades (BRASIL, 2006a). Assim, explicita a necessidade de pactuações e articulação das diversas esferas de gestão. Considerada um avanço na implementação do SUS, por tratar do processo de regionalização, o Pacto pela Saúde trouxe destaque para diferentes áreas e grupos populacionais, como por exemplo, a saúde do idoso e a mortalidade materna infantil, entretanto, mesmo com um número acumulado de publicações de normas referente ao SASI, incluindo a PNASPI, a saúde indígena não foi citada neste texto.

O Decreto 7.508/2011 instituiu as Comissões Intergestores[9] Regional (CIR), que substituem os CGR, com atribuições semelhantes a CIB no seu território de governabilidade. O artigo 32 deste Decreto estabelece que estas Comissões Intergestores pactuarão:

> I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
>
> II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

[8] A Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS) "*estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde*". Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização. (BRASIL, 2002a)

[9] As Comissões Intergestores são definidas no item IV do Artigo 2º do Decreto 7508/2011 como "*instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS*" (BRASIL, 2011a)

> III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
>
> IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
>
> V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. (BRASIL, 2011a)

Sendo atribuição exclusiva da CIT as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), os critérios para o planejamento integrado nas Regiões de Saúde e financiamento e as questões operacionais em regiões de fronteiras com outros países (BRASIL, 2011a).

A Portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010c) e o Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) que alinham os conceitos sobre a regionalização e destacam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como a estratégia a ser adotada para implementar a regionalização, são normativas do MS que reforçam esta diretriz. Para fomentar a implementação das RAS, o MS adotou a política de implementação de incentivos financeiros para serviços que compusessem as Redes: Materno Infantil (Rede Cegonha), Urgência e Emergência (RUE), Atenção Psicossocial (RAPS) e da Pessoa com Deficiência.

As RAS apresentam-se como prioridade na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a AB como coordenadora do cuidado e responsável pela ordenação das Redes. O fortalecimento da AB inicia-se em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família que, além de configurar uma forma de compor as equipes e de trabalho, ampliou a cobertura em saúde, fortalecida pelas regras de financiamento na NOB/96, que estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB), com seus componentes fixos e variáveis, e financiamento para quem adotasse o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MOROSINI e cols., 2018). Em 2017, foi publicada a revisão da PNAB, vista com preocupação pelas entidades da Saúde Coletiva. MOROSINI e cols. (2018), avaliando esta nova publicação, apontam preocupações com as modificações que podem ter consequências com "*possível descompromisso dos gestores com a oferta universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho de ACS* [Agente

Comunitário de Saúde] *e ACE* [Agentes de Combate às Endemias], *acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização*" (p. 22) agravando a desassistência e a perda da qualidade da AB.

Mesmo o Decreto 7508/2011 reconhecendo o direito dos indígenas a regramentos diferenciados, reforçando a importância da regionalização para a organização do SUS e a relação Interfederativa nas CIR, CIB e CIT e estabelecendo que o Contrato Organizativo de Ações Públicas, instrumento de formalização da pactuação regional, fosse assinado pelos três entes federados (BRASIL, 2011a), este não trata sobre a participação de gestores da saúde indígena nas CIR e CIB. A importância da participação da gestão da saúde indígena nas instâncias formais de pactuação do SUS foi objeto de discussão e culminou na assinatura, em plenária da 5ª CNSI em 2013, da Resolução CIT 10/2013, que autoriza a participação de representantes da gestão do SASI como convidados nas reuniões de CIR e CIB, sem poder concreto de fala e nas deliberações (BRASIL, 2013b).

As entrevistas retrataram a ausência da discussão da participação de representantes da gestão do SASI nas instâncias de pactuação, o que resulta, associado à falta de clareza dos papeis institucionais, em uma grande dificuldade na relação interfederativa, como demonstra a fala do Gestor Municipal 1:

> *Participar [...] nas CIR's, a CIR então, o DSEI tem que participar. No norte, além da Secretaria Estadual de Saúde que coordena junto com os municípios e os representantes dos gestores municipais, tinham que participar os DSEI também. [...] mas não é como convidado, [...] Isso aí já foi um erro, ele é participante mesmo porque, se ele não participar pra valer... Porque ele é responsável pelos... ele é responsável pela Constituição, e eu não posso! Se sou gestor municipal, eu não posso interferir se eu não for... entendeu, solicitado e tal.* (Gestor Municipal 1)

A inserção dos representantes do SASI nas instâncias de pactuação, CIR e CIB, traz reflexões, em alguns locais, quanto à presença deste terceiro ente federado. Porém, o Gestor Municipal 2 entende que esta presença seria positiva, mas ressalta a importância de construir uma relação com o município que possui aldeia, e não diretamente com a CIR:

> *...vai colocar um assessor dele em cada CIR... Ótimo! É muito bom pra discutir isso tudo e tal. Agora, veja, acho que tem um passo anterior, que ele deveria, do jeito que nós estamos estruturados, o passo anterior é... construir essa ponte no próprio município;*

> *acho difícil construir essa ponte na CIR sem que você tenha construído previamente no município; eu diria mais, eu acho que deveria ser uma demanda, inclusive, do próprio município, o município [...] chegar lá e dizer assim: "olha, eu tenho aqui a Aldeia, e isso aqui é um problema de saúde, tra-lá-lá, e eu estou aqui propondo que a gente ponha um representante aqui da SESAI na nossa CIR." Porque, veja, eu acho que fica muito exótico, você chegar na CIR sem ter essa ponte prévia com o município eu acho que fica esquisito, entendeu?* (Gestor Municipal 2)

A CIR e a CIB deveriam ser espaços onde esta discussão do papel de cada instância de gestão também estivesse colocada, mas a garantia de participação de representantes da Saúde Indígena apenas a partir de 2013 como convidado, faz com que estas instâncias, de forma geral, estejam distantes desta discussão, como colocado na fala do Gestor Estadual 1, que reconhece a falta de um debate organizado:

> *Nós não temos feito nenhum debate organizado nesse tema e, nas secretarias estaduais isso acaba acontecendo de uma maneira diferenciada a partir da realidade de cada secretaria e como cada secretaria se relaciona com o COSEMS e com as representações das SESAI nos estados.* (Gestor Estadual 1)

A organização geopolítica e dos DSEI na região sul e sudeste do país colocam alguns pontos que merecem destaque nesta discussão sobre a participação de representação da saúde indígena nas CIR. Com um extenso território, o DSEI Litoral Sul abrange cinco estados, o que resulta em cinco reuniões de CIB por mês e diversas reuniões de CIR. A inviabilidade logística da coordenação do DSEI se fazer presente nestas reuniões faz com que sejam indicados representantes dos Polos Base para ocupar estes espaços.

A indígena Tremembé/CE relata que o espaço da CIR é fechado para os representantes indígenas e cita a figura do Apoiador como aquela pessoa que deveria estar nestas reuniões:

> *Isso, e isso não foi* [participação do DSEI na CIR], *os apoiadores, os dos, dos DSEI não é todos que estão podendo participar, ainda continua muito fechado e isso foi assinado lá em frente a plenária, imagina o que ficou no papel, ficou tudo a mesma coisa!* (Tremembé/CE)

O Programa dos Apoiadores na Saúde Indígena foi instituído em 2013, com modificações importantes na maneira de execução ao final de 2016. Apresentava como objetivos principais aproximar as ações desenvolvidas pelos DSEI da gestão do SUS e impactar positivamente a articulação na gestão. Dentre as ações destacadas para o apoiador estavam a inclusão de representantes do DSEI nas CIR e CIB, a organização e a qualificação da vigilância do óbito nas aldeias indígenas, priorizando crianças até cinco anos. Em relação à participação nas comissões de pactuação, o exemplo do estado de São Paulo não demonstra resultados. Mesmo com pauta na CIB sobre a Resolução CIT 10/2013 e orientação para todas as regiões quanto à necessidade de inclusão dos representantes de Polo Base indicados pelo DSEI, a participação não ocorreu. Nas reuniões da CIB, o representante do DSEI também não participou, alegando dificuldades logísticas e mudanças na gestão do MS. É importante destacar que, neste estado, o apoiador não foi a pessoa indicada pelo DSEI Litoral Sul para ocupar o espaço de convidado nas reuniões.

A falta de participação nestas instâncias de pactuação traz reflexões quanto à autonomia de gestão política dos DSEI nos territórios, e a especialização e a operacionalização das pautas destas instâncias que, muitas vezes, não dialogam com as necessidades dos territórios indígenas. Neste contexto, a extensão territorial e o número excessivo de reuniões na região sul e sudeste assumem uma proporção mais importante do que a presença nos espaços de CIB e CIR.

É relevante perceber que gestores federais também compreendem a falta de discussão da saúde indígena nos espaços do SUS, com uma percepção de um problema estrutural da organização do sistema, principalmente no que se refere à estrutura do financiamento. Refletem sobre a articulação com CONASS e CONASEMS que ganham repercussão na discussão de propostas de incentivos financeiros, mas ocorrendo de forma muito isolada quando pretende-se discutir a produção de saúde de grupos populacionais que não são comuns a todos os municípios.

> *Era uma discussão que não existia, ela começou a existir [...] era uma discussão assim, CONASS e CONASEMS querendo tirar tudo de lá, e a FUNASA não querendo discutir [...] faz a primeira imediação que é essas Portarias dos dois incentivos, depois tem o debate CONASS e CONASEMS na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena [...] só que ali CONASS e CONASEMS tão negociando uma fatia, negociando a fatia do recurso, querem a fatia da política.* (Gestor Federal 1)

> *Muito isolada. Vamos chamar assim, eu vou usar uma expressão que não é mais correta, mas pra entender... toda as vez que envolve populações vulneráveis onde a agenda não é comum, vamos pegar por exemplo o caso de São Paulo que são 645 municípios ou no caso do CONASEMS quase 5570 municípios, é muito difícil produzir na lógica de organização dos Secretários Municipais de Saúde um processo de discussão, de construção de proposta, de enfrentamento de interesses do Estado, do Ministério da Saúde e tal pra poder colocar essa agenda de maneira mais forte.[...] Então, é como se eles não tivessem tempo, não colocassem energia e o mais incrível é que sem isso não se produz equidade. Quer dizer, você acaba aprofundando a desigualdade, a vulnerabilidade, e iniquidade na produção do cuidado em saúde dessas populações.* (Gestor Federal 2)

Por outro lado, a Indigenista 2 entende que há distintos motivos entre indígenas e gestores que prejudicam estas pactuações, concordando que a divisão do recurso é uma justificativa de destaque para que o Gestor Federal não invista nesta articulação. Assim, destaca o poder garantido ao ente que é responsável pela execução do recurso, por se tratar de uma quantia volumosa (cerca de 1,6 bilhões de reais em 2017) com grande capilaridade no Brasil, atingindo regiões sem nenhuma outra instituição federal. Isto faz com que a gestão do Subsistema ganhe destaque para além da discussão do cuidado a saúde.

> *Então, essa ausência de debate, de diálogo com os municípios, ela é muito mais prejudicial do que protetiva, e as razões são completamente distintas, os índios não querem os diálogos, muitas vezes por razões políticas, mas o governo federal não quer o diálogo por outras razões, porque quer centralizar os recursos e deliberar sozinho. E ficar, digamos assim, fora de um certo controle que COSEMS e CONASEMS fazem a respeito da gestão dos recursos. Então, o Subsistema é hoje, eu estimo que a maior fatia de recursos federalizados que está sob controle do governo federal pra execução de serviços e com capacidade de contratar mão de obra; nenhuma entidade do governo federal tem o poder e o alcance, a capilaridade que a SESAI tem pra contratar pessoas, descontratar da forma né, completamente, digamos, voluntariosa lá no município mais distante da fronteira do Brasil, ninguém tem esse poder, só a SESAI, e isso é um problema porque você tem uma centralização enorme de poder e de recursos com pouca transparência. Então, essa transparência que os municípios são obrigados a fazer no site da DATASUS, a saúde indígena está completamente fora disso. E isso é um prejuízo sim, sem descartar os problemas políticos, as disputas por terra, que agora estão mais facilitadas né, com as políticas anti-indígenas que o governo federal tem priorizado, mas, do ponto de vista prático não há como você simplesmente ignorar os sistemas municipais e estaduais de saúde porque o DSEI não tem capacidade de resolver a maioria dos problemas da população.* (Indigenista 2)

O Gestor Federal 2 também aponta consequências desta capilaridade e do volumoso orçamento da saúde indígena, que traz grandes disputas:

> *Ele serviu também pra criar um certo estofo pras lideranças da própria SESAI durante um certo tempo. Mas, ao mesmo tempo quando olha a fragilidade que é quando chegava Romero Jucá, quando chegava Delcídio Amaral pra trocar, pra colocar não sei quem. Se você visse o nível dos caras. [...] Por vários motivos: poder político eleitoral, isso é o primeiro. O segundo é a indicação de lideranças locais, a política tradicional, o clientelismo, esse fisiologismo e tal, opera muito nessa lógica. Vamos botar um dentista, vamos botar um... qualquer coisa, o caro as vezes nem era da área, um engenheiro e tal. Que é do meu grupo político eu preciso arrumar algum lugar e esse cara precisa ser importante pras outras estruturas que ele vai colocar. Aí você tem os outros interesses, por exemplo, as empresas de transporte aéreo, transporte terrestre, aquisição de insumos, contratação de pessoal pelos DSEI, quem consegue chegar nesse ponto... e não é pouca grana.* (Gestor Federal 2)

Contudo, enquanto o Indigenista 2 aponta o interesse da gestão em estar fora dos sistemas de controle estabelecidos pelo próprio MS, para acompanhar as ações realizadas por estados e municípios, que traz prejuízos para a política indigenista como um todo e para a integralidade da assistência à saúde, o Gestor Federal 2 aponta como consequência deste volumoso recurso as pressões por cargos, seja por parte de políticos, seja pelos próprios indígenas. Estas indicações políticas para a Saúde Indígena são apontadas por Tremembé/CE e Guarani/RS como o principal problema nos dias de hoje. É importante destacar que a partir de 2015, quando um número grande de Coordenadores de DSEI foram trocados, estas trocas passaram a ocorrer de forma mais frequente:

> *Hoje, ao meu ver está correndo um grande risco assim de retrocesso, tanto por questões políticas que atualmente estamos vivendo*. (Guarani/RS)

> *A gente está com um problema, que a gente hoje está dizendo que é um dos problemas maiores da saúde indígena hoje, que é a questão da politicagem. A questão dos deputados, senadores, dos políticos se envolverem na saúde e aí, que que acontece eles fazem indicações políticas para serem coordenados, para serem coordenadores do DSEI.* (Tremembé/CE)

Neste ambiente de ausência de pactuações e indicação, pelas entrevistas, de dificuldades na compreensão da lógica do SASI, os conselhos de representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde relatam iniciativas para abrirem alguns espaços de discussão sobre saúde indígena. Na fala do órgão de representação dos Gestores Municipais estão presentes as mesas de conversa nos congressos regionais e nacionais dos Secretários Municipais de Saúde, principalmente nas regiões norte e nordeste:

> *Lá em Brasília eu também não... eu não tive muita participação; às vezes que eu fui pro norte, principalmente que se tem mais presença, e nos Conselhos, Nacional de Saúde têm os representantes da saúde indígena né... Então eu tinha muito contato com eles, com esses representantes. Então, aí eu aprendi muita coisa, via as colocações, os congressos nossos, que nós fazíamos os nossos eventos, principalmente no norte, no nordeste também chegamos a fazer, acho que foi uma reunião no Maranhão, a gente sempre começou a colocar mesas sobre a saúde indígena.* (Gestor Municipal 1)

Na Gestão Estadual, há o relato da produção da Nota Técnica 04/2014 do CONASS denominada "A integração da Saúde Indígena no SUS: uma proposta da gestão estadual", um processo mais institucionalizado que, segundo o entrevistado, reflete a proposta das Secretarias Estaduais de Saúde para discussão do tema (CONASS, 2014). Documento este que não teve boa receptividade por lideranças indígenas e não foi objeto de manifestação pela SESAI.

> *Este trabalho, ele resultou numa Nota Técnica do CONASS [...] falam aqui da necessidade de organização das redes por território, fala da necessidade da atenção primária no atendimento integral, fala da garantia de assistência farmacêutica, fala em definir instrumentos de pactuação interestadual, discutiram de forma tripartite, enfim. Pra mim, o central dessas ideias é, por pessoas, de uma maneira muito forte a questão do planejamento integrado, o que impõe necessidade tanto da parte das secretarias que é incluir no seu plano de trabalho ações de saúde indígena com integração com os outros entes. [...] Quando esse documento, ele foi apresentado, ele se tornou público, ele teve uma reação, na minha opinião, inadequada, tanto da SESAI, mas, principalmente das lideranças indígenas ligadas, que faziam um trabalho junto à secretaria de saúde indígena. [...] Como a reação foi essa [...] a partir de 2015, voltamos pro ponto original, né, com pouca participação das secretarias estaduais e um funcionamento como está agora. E aí, a partir de 2015/2016, junta-se a esse problema um conjunto de crises, as mais diversas possíveis, e a coisa está parada, vamos assim dizer. O que eu posso dizer, concluindo aqui essa conversa, nesse ponto, é que eu não vou te afirmar de que existe uma prioridade das secretarias estaduais sobre essa questão porque são tantas as situações difíceis que as prioridades acabam sendo postas pelo momento como as coisas*

> *acontecem. [...] Então, a posição que o CONASS tem sobre como deveria funcionar, ainda é a que está expressa nessa Nota Técnica.* (Gestor Estadual 1)

A Nota Técnica do CONASS traz propostas que poderiam disparar discussões quanto à participação dos representantes da Saúde Indígena nas instâncias de pactuação, CIR e CIB, bem como a responsabilidade de cada ente federado nesta assistência, visto que a atenção integral não se esgota no território da aldeia com a atuação da EMSI (CONASS, 2014). Contudo, a forma desarticulada de discussão, se propondo a uma proposta da gestão estadual, sem diálogo com especialistas da área de saúde indígena e, principalmente, com o movimento indígena desagradou, como relata o próprio Gestor Estadual 1:

> *E aliás, essa foi uma das questões levantadas pelas lideranças. Nesse primeiro momento não. Uma nota técnica do CONASS não é definitiva, ela é uma proposta para o debate, todas que nós fazemos é assim. Então, quando elaboramos uma proposta para o debate, nós fazemos isso com aqueles que nós representamos que são os gestores. Então, nós fizemos uma proposta, conversando com as pessoas das secretarias estaduais responsáveis por isso. Nesse momento, não era mesmo necessário discutir com outras pessoas; agora, isso não quer dizer que elas não serão incluídas depois, a Nota Técnica é uma proposta para um debate, mas ela é construída a partir da visão dos gestores responsáveis nas diversas secretarias. O passo seguinte não aconteceu por essas duas razões: primeiro a reação inicial, depois esse redemoinho né, que foi acontecendo no país e que inviabilizou discussões como essa.* (Gestor Estadual 1)

É fundamental destacar que as iniciativas desarticuladas estão em todos os âmbitos, a própria Nota do CONASS traz como proposta a participação de representantes da esfera estadual e municipal no Grupo de Trabalho (GT), instituído pela Portaria 3.060/2013, "*para elaborar diagnóstico situacional dos estabelecimentos de saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e propor critérios para custeio de reformas e financiamento de investimentos em ampliação e novas construções.*", segundo sua ementa (BRASIL, 2013a).

A análise das legislações apontou que a ausência de CONASS e CONASEMS se repete nos GT que discutem a saúde indígena. Entre 2015 a 2017, foram publicadas quatro Portarias sobre o GT para discussão e revisão PNASPI, todas encontravam-se vigentes em maio de 2018 no banco de dados Saúde Legis. Chamou a atenção a ausência de representantes do CONASEMS e CONASS, que foram incluídos na primeira republicação, e a ausência de divulgação de resultados oficiais nestes dois anos de existência do GT (BRASIL, 2015a,

2015b, 2015c, 2017a). Um dos entrevistados, ao destacar a falta de articulação atual, afirma que este grupo não se reúne:

> *Atualmente, a articulação [...] com a SESAI envolve a CISI, a Comissão de Saúde Indígena, inclusive esse trabalho de São Gabriel da Cachoeira, ele está sendo feito com a participação da SESAI, mas SESAI e CONASS, atualmente, não. Por exemplo, há uma Portaria aí em vigência de um grupo de trabalho pra fazer uma revisão da política nacional de saúde indígena tendo como base as deliberações da 5ª Conferência; não tem nenhuma reunião. Este grupo de trabalho foi criado há alguns anos atrás, mas com poucas reuniões, mas não concluiu o seu trabalho, depois disso ele deixou de se reunir, mais recentemente essa Portaria foi reeditada, mas [...] não teve nenhuma reunião, e não tem nenhuma ação na SESAI que nos convide a participar ou conversar. E eu acho que, ainda, muito dentro dessa visão, que compete ao Ministério da Saúde fazer essas atividades e isso acaba né, dificultando qualquer aproximação entre nós. Mas o fato é que nós não somos atualmente chamados pra mais pra nada.* (Gestor Estadual 1)

A ausência dos povos indígenas e seus modos de vidas também está marcada na legislação. Normativas que não possibilitam a execução de uma política pública nos diferenciados contextos do país é uma legislação que não promove a justiça social. Garantir acesso universal, integralidade do cuidado e a equidade vão muito além da publicação de políticas afirmativas, é preciso uma ação ativa deste Estado que deve dialogar com a população. Faz-se necessária próatividade de todas as esferas de gestão na garantia do direito constitucional de todo cidadão à saúde que só ocorrerá com a superação de macro disputas colocadas, como a demarcação de terras, e do colonialismo interno, que é estrutural no estado brasileiro.

As mobilidades na linha abissal que garantam a visibilidade e a existência dos povos indígenas não são conquistadas automaticamente pela criação do SASI e aprovação da PNASPI. É preciso enfrentar a supremacia da ciência moderna, o modo de vida capitalista e a fragmentação estatal que não garantem o direito à saúde. Em tempo, precisa-se ressaltar que, em 2019, volta para a pauta a discussão da municipalização da gestão da saúde indígena. O novo comando do MS, com Jair Bolsonaro na Presidência da República, traz para a pauta de discussão a possibilidade de os municípios executarem as ações do SASI. Para justificar esta proposta, o Ministro da Saúde critica a atuação de ONG na saúde indígena. É importante esclarecer que o modelo atual de gestão sob responsabilidade do governo federal possui parcerias com OSS para contratação de profissionais para atuar no Subsistema, e não com

ONG. As manifestações da nova gestão têm gerado manifestações dos diversos povos indígenas com posicionamentos contrários à municipalização da gestão.

Esta situação explicita a fragilidade da política de saúde indígena e a falta de valor que o governo atribui ao Controle Social. A deliberação pela gestão federal em todas as cinco CNSI e na 9ª Conferência Nacional de Saúde parece não ser suficiente para que o governo compreenda que esta é uma das diferenciações necessárias no SASI. As modificações na linha abissal são constantes, seja para visibilizar ou invisibilizar os povos indígenas. Neste momento, o colonialismo interno fortalece nas ações do governo, contudo, precisa enfrentar a resistência e consistência das reivindicações políticas dos povos indígenas.

4. CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA PARTICIPAÇÃO SILENCIADA

O que virou a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Mas que era a 8ª Conferência […]. Então nós estávamos inaugurando, a gente estava assim dentro de uma Conferência grande e a turma da saúde indígena puxou um bonde né, insistindo que tivesse dentro da Conferência, que tivesse a temática da saúde indígena.

Krenak/MG

A organização da participação social no SUS teve seu início na 8ª CNS e sua formalização na Lei 8.142/1990. É neste modelo que o Controle Social na saúde indígena vem se formatando ao longo do tempo. Com estruturas cada vez mais definidas e burocráticas, pode-se afirmar pela análise da legislação que os indígenas devem exercer sua participação como representantes nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conselhos Estaduais (CES) e Nacional, sendo este último com uma importante comissão assessora, a CISI, e nos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais e FPCONDISI. Além destes fóruns, há as Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

A participação popular na política de saúde institucionalizada e organizada nos Conselhos e Conferências de Saúde é reconhecida como uma grande conquista que resulta do processo de redemocratização do país (JORGE, 2006). Representa o reconhecimento da diversidade e, muitas vezes, os conflituosos interesses da sociedade abrindo canais para estas discussões, a fim de que os interesses sejam negociados ou componham soluções adequadas aos problemas trazidos para o debate político (NUNES e cols., 2018).

A área da saúde foi pioneira no Brasil ao trazer esta participação social para dentro da discussão das políticas públicas. A participação social foi debatida na 8ª CNS no sentido de garantir aos setores organizados da sociedade a participação na formulação, no acompanhamento da execução, na alocação de recursos e na avaliação das políticas públicas do setor para que atendam ao interesse coletivo (CORREIA, 2000). Esta institucionalização,

com o passar do tempo, foi normatizando e estruturando o Controle Social do SUS moldando suas possibilidades à lógica do Estado (BRAVO e CORREIA, 2012).

Diante de um SASI, conquistado por meio de muitas disputas com a proposição de ser diferenciado e respeitar as características culturais dos diversos povos indígenas, a garantia de fóruns de conversas e negociações entre indígenas, profissionais da saúde e gestão é importante para a emergência das necessidades dos povos originários, suas medicinas e as possibilidades e limites de articulação com a biomedicina. Como destaca o MPF, são estes os espaços onde os indígenas podem trazes as diferenciações para a política:

> *A ideia da consulta aos povos indígenas é exatamente pra permitir que dentro da sua visão, a sua própria visão, em respeito à sua cultura e às suas prioridades, haja uma possibilidade de fazer frente a uma política nacional que não leve em consideração essas peculiaridades, ou seja, o sistema geral para os não índios já garante essa responsabilidade de participação; no caso dos índios isso é mais forte ainda, então, de certa forma, há o amparo da própria Constituição, né, que os índios tenham essa participação, seja no artigo 231, seja no capítulo específico no sistema único de saúde e, de forma mais específica, além da Convenção 169, a gente pode identificar que na própria Lei 8.080, tem toda uma diretriz que diz que impõe a observância dessa consulta [...]. E aí, nessa seara, o Controle Social ganha contornos muitos específicos e de uma relevância fundamental para que o sistema funcione bem.* (MPF)

Contudo, a organização da participação indígena ter como base o modelo estruturado no SUS para a organização de conferências e conselhos, traz importantes questões para o debate: como é a relação entre estas diversas instâncias do Controle Social? Como os indígenas percebem estas instâncias de participação em relação às pautas colocadas? Este modelo de institucionalização e organização da participação indígena tem garantido uma participação efetiva dos povos indígenas?

4.1 ESTRUTURA(ÇÃO) DO CONTROLE SOCIAL E AS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

Dentre as legislações analisadas, é a Lei 8.142/1990 que institucionaliza a participação da comunidade no SUS, estabelecendo a forma como deve ser organizada a atuação dos setores da sociedade civil na discussão da política de saúde. A Portaria 755/2012 "*Dispõe sobre a organização do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*" regulamentando os CLSI, CONDISI e FPCONDISI. Estas normativas, em conjunto com as entrevistas, permitem demonstrar que os fóruns do Controle Social estruturam dois caminhos de participação dos povos indígenas, com pouca interação entre si na esfera nacional, e praticamente nenhuma articulação nos estados e municípios, como retrata a figura 10.

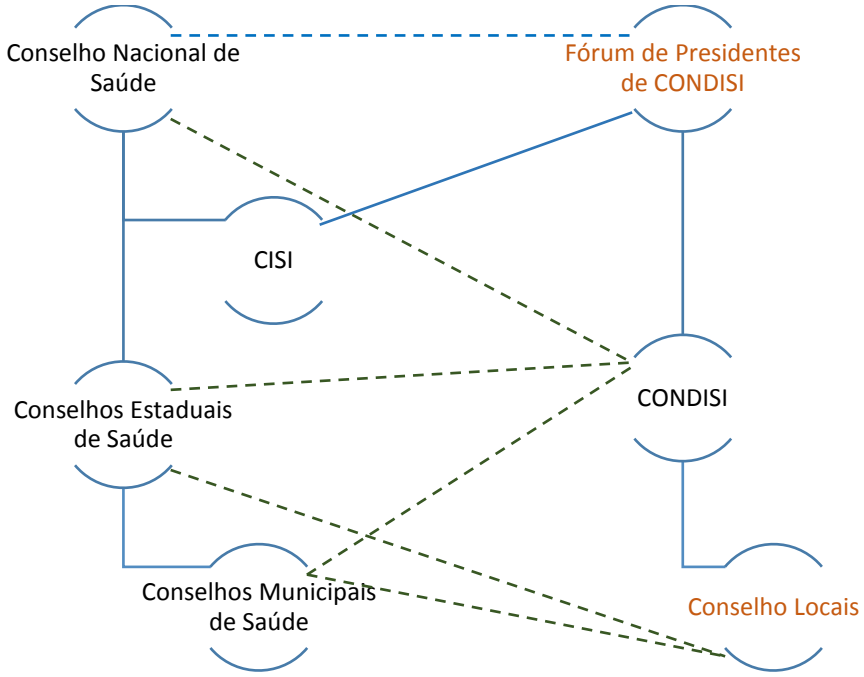


Figura 10. Representação das relações existentes (linhas contínuas) entre as instituições de Controle Social e as que necessitam ser criadas ou fortalecidas (linhas segmentadas). Fonte: elaborado pela autora.

Os CLSI possuem representação e, com isso, uma articulação com os CONDISI, cujos presidentes formam o FPCONDISI. Alguns CONDISI possuem representação nos CES. Os CMS possuem uma articulação com o CES que por sua vez demanda, quando necessário,

o Conselho Nacional de Saúde. Este último possui duas representações indígenas na sua titularidade, atualmente ocupadas pela Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (ARPINSUL), que compõe a Mesa Diretora do Conselho, e pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), com seus respectivos 1º e 2º suplentes. O FPCONDISI é o 1º suplente da ARPINSUL, o que não lhe confere poder de voto, pois está condicionado à ausência do Titular. A relação do CONDISI com o Conselho Nacional de Saúde ocorre pelo intermédio do FPCONDISI.

Assim, pode-se afirmar um paralelismo na estrutura do Controle Social. O FPCONDISI e o próprio CONDISI não são reconhecidos como instâncias de Controle Social do SUS e disputam as vagas nas eleições com todas as outras entidades de usuários. Cabe aqui destacar que, de forma geral, os conselhos não possuem representação em outros espaços de conselhos, ou seja, o CMS não possui representação no CES, e assim por diante. Mesmo com representação na Mesa Diretora, a necessária articulação do que é discutido no FPCONDISI, no CONDISI e no CLSI com o Conselho Nacional de Saúde não está garantida.

A relação dentre todas estas instâncias do Controle Social não é clara e não está normatizada. A discussão sobre o papel dos Conselhos Locais, Distrital e do FPCONDISI está frequentemente relatada nas Atas das reuniões analisadas, bem como a relação entre estas instâncias, com a gestão, seja no nível de gestão local, distrital ou federal e com as instâncias do Conselho Nacional de Saúde e CISI. Assim, é importante compreender o papel de cada uma destas instâncias formais de participação social, como demonstra a legislação analisada, para compreender suas possibilidades de relações e disputas retratadas nas atas e entrevistas.

4.1.1 Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI

Os CLSI são definidos no Artigo 3º da Portaria 755/2012 como:

> [...] órgãos colegiados de caráter permanente e consultivo, serão constituídos no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena e compostos por representantes eleitos pelas respectivas comunidades para o exercício das seguintes competências:

> I - manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades;
>
> II - avaliar a execução das ações de atenção à saúde indígena nas comunidades;
>
> III - eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e
>
> IV - encaminhar propostas aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
>
> § 1º O número de membros de cada Conselho Local Indígena será definido pelo respectivo Conselho Distrital de Saúde Indígena e homologado pelo dirigente titular do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).
>
> § 2º Os membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena serão designados pelo dirigente titular do (DSEI/SESAI/MS).
>
> § 3º O Conselho Local de Saúde Indígena elaborará e aprovará seu regimento interno, o qual será homologado pelo dirigente titular do (DSEI/SESAI/MS). (BRASIL, 2012c)

Considerados como o local para se exercer o poder de decisão indígena, os CLSI foram pensados como a centralidade do Subsistema. Seriam os espaços de discussão e influência real das lideranças indígenas, onde a política na prática deveria ser planejada, como destaca o Indigenista 3, respeitando inclusive os locais importantes do território.

> *A participação, eu acho, dos indígenas na implantação do Subsistema de saúde foi muito rica, porque seguia muito à risca a questão do Controle Social, né... local. Então tinha uma regularidade muito grande da reunião dos Conselhos Locais de Saúde nas aldeias e assim, uma coisa que não vejo hoje em dia, né, era o espaço da aldeia, do terreno central da aldeia, da casa de reza embaixo da árvore onde aconteciam as reuniões importantes da aldeia com as lideranças e que ocorria assim regularmente, praticamente semanalmente se tinha uma discussão sobre saúde, sobre outros problemas que a gente era convidado a participar [...] Uma coisa que eu ressalto era que de fato eu acho, é que os indígenas eram protagonistas da construção da saúde local. [...] a construção da atenção à saúde no nível local era de fato participativa e era de fato construída coletivamente pelos profissionais empenhados em fazer um trabalho realmente voltado pra atenção à saúde dos indígenas e com a participação dos indígenas, na minha experiência.* (Indigenista 3)

A Indigenista 2 reforça a importância deste espaço e avalia que estes conselhos não foram implementados de acordo com o proposto:

> *Então, previa-se uma miríade de Conselhos Locais onde a liderança de aldeia que, de fato, tem poder e influência no plano local pudessem exercitar a tomada de decisão, pudessem compreender melhor os processos de planejamento e pudessem definir com mais clareza a necessidade de saúde. Esses Conselhos Locais, eles, enfim, foram, digamos, contemplados, mas não foram implementados na prática da maneira como deveria ser.* (Indigenista 2)

O Indigenista 3 ressalta que estes espaços eram de construção conjunta, pois todos acreditavam na possibilidade de qualificação da assistência:

> *Além da saúde no sentido mais amplo possível e coisas que às vezes não entendia e coisas que percebia e que era muito gratificante, porque construía junto, era um aprendizado conjunto e a gente via que as coisas aconteciam de fato e ia todo mundo muito motivado, todo mundo muito sonhador, é, acreditando numa possibilidade real de ampliação do acesso, de melhora da qualidade de atenção à saúde, de ter participação do planejamento e da identificação dos problemas prioritários e de fato uma atenção à saúde diferenciada, eu acho.* (Indigenista 3)

As atas de reuniões do CONDISI Litoral Sul reafirmam constantemente a importância das reuniões do CLSI e solicitam apoio do DSEI para esta realização. Demonstram que, muitas vezes, estas reuniões não ocorrem por falta de recursos logísticos para transporte e alimentação dos indígenas, já que os Conselhos Locais nesta região são estruturados por Polo Base que abrange diversas aldeias e municípios, como destaca a Ata da Reunião Ordinária que ocorreu em 2014, por exemplo:

> *[...] fala sobre a dificuldade de realizar reuniões do conselho local do RJ, pois não consegue alimentação, hospedagem. Também fala sobre a questão de conselheiros que não possuem conta em banco e que por este motivo não podem participar do Conselho. [...] fala que as reuniões são possíveis, desde que haja organização prévia destas reuniões.* (ATA CONDISI Litoral Sul, 1ª Reunião Ordinária, 2014)

A formalização dos espaços do CLSI trouxe como consequência a burocracia da gestão não-indígena, que tem se mostrado impeditiva da participação coletiva. A produção de

necessidade de hospedagem e a exigência de conta bancária para a participação na reunião do conselho local quebra a lógica coletiva de discussão e construção no ambiente da aldeia e, por consequência, impõe uma seletividade para a indicação das pessoas que compõem este fórum.

4.1.2 Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI

Os CONDISI objeto do Artigo 4º da Portaria 755/2012 são as únicas instâncias deliberativas do SASI instituídos em cada um dos DSEI de forma paritária, ou seja, 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de assistência que devem representar as três esferas de governo. As competências do CONDISI são:

> I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução;
>
> II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e
>
> III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos (DSEI/SESAI/MS).
>
> Parágrafo único. As resoluções dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena estão sujeitas a homologação pelo Secretário da SESAI/ MS. (BRASIL, 2012c)

Os CONDISI despertam diversos posicionamentos entre os indígenas. As visões mais positivas deste espaço concentram-se em indígenas que são conselheiros, como é possível perceber no relato na indígena Tremembé/CE:

> *Funciona! A gente como Presidente de CONDISI a gente é realmente o elo da base com a gestão aqui. E funciona, funciona sim! A gente pede apoio, às vezes é preciso ir alguém realmente da SESAI Central isso é mais difícil, quando há problemáticas nos DSEI. Isso acontece realmente. E está dando certo esta conversa.* (Tremembé/CE)

Contudo, a maioria dos indígenas apresentam críticas quanto ao papel dos CONDISI e a repercussão junto à gestão, como expressa o conselheiro indígena Guarani/RJ:

> *Olha é, tem outro lado que é muito bom, mas aí eu vejo que tem outro lado que eles criam, o próprio governo criaram essa barreira né, pro povo indígena, tem conselho local, onde é discutido os problemas de saúde local aí tem o distrital, aí tem, é, conselho distrital, mas assim é uma barreira que pra, eu vejo que criaram essa barreira pra não o índio conseguir seu objetivo diretamente lá em Brasília, né. Então, por isso que pra mim é uma coisa que criaram pra discussão mas assim tipo uma barreira mesmo pro povo Guarani, indígena né. É difícil né, ter uma resposta do que a gente tá vindo aqui, a gente vem discutindo há anos né, com o Conselho Distrital é pouco, que a gente recebe a resposta de lá né, é pouca coisa.* (Guarani/RJ)

CECILIO e cols. (2014, p. 18) na pesquisa que desenvolveram sobre os modos de cuidado na saúde, destacam a posição de representantes do Controle Social que se apresentam "*mais como especialista do que leigos*", por dominarem elementos da máquina pública. O mesmo parece ocorrer com alguns dos participantes de CONDISI e FPCONDISI. Os representantes indígenas que mais circulam por estes fóruns, por estar mais próximo da gestão, precisam dominar processos do funcionamento do Estado o que proporciona outra forma de reflexão sobre este espaço, que neste contexto, é mais próxima da avaliação dos gestores.

A importância dos espaços de reunião do CONDISI vai muito além da discussão da política de saúde indígena. São espaços de encontros, como ressalta o Indigenista 1:

> *Eram abertas, as pessoas podiam vir, eu me lembro de uma reunião no conselho [...] que pó eu quase ensandeci porque a gente tava imaginando que ia chegar umas 60, 80 pessoas e era 320 pessoas, e vinham por várias razões, até pra ver o movimento, pra comer né... pra namorar que juntava as etnias e tal; mas acabavam participando e muito né, é...* (Indigenista 1)

Entendendo que, para sujeitos coletivos que constroem as pautas, as decisões e os consensos em momentos de conversas, é fácil compreender que os espaços do CONDISI são de encontro, e não espaços apenas de deliberação quanto ao planejamento e ao orçamento da política de saúde, por exemplo. A negação desta percepção pela gestão é não reconhecer o modo diferenciado de participação e construção indígena, ferindo uma das principais diretrizes do Subsistema.

4.1.3 Conselhos de Saúde Municipal, Estadual e Nacional

Instituído nas três esferas de governo estão definidos no Artigo 1º da Lei 8.142/1990 como

> [...] órgãos colegiados em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b)

Os CMS e CES podem ser considerados instâncias equivalentes aos CONDISI, com papel deliberativo nas discussões da organização da política de saúde nos territórios municipais e estaduais. Com a determinação legal que cada instância deve possuir o seu Conselho de Saúde, o país conta, para além do Conselho Nacional, com 26 Conselhos Estaduais, um Conselho no Distrito Federal e 5.570 Conselhos Municipais. A PNASPI estabelece que "*como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde*" (BRASIL, 2002b, p. 21), e estes conselhos devem criar "*Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*" (BRASIL, 2002b, p. 21).

A importância e a dificuldade de verificar de forma sistematizada as informações dos CES e CMS levaram o MS a organizar um sistema informatizado, o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Este possui pouca atualização dos Conselhos Estaduais, contudo, considerando as informações disponibilizadas para consulta, observa-se que 10 CES informaram nas suas composições representações dos Povos Indígenas como titulares e um apenas como suplente e em cinco foi possível identificar a organização de Comissões para discussão do tema como estabelece a PNASPI, sendo duas delas específicas para saúde indígena (Quadro 4).

Quadro 4. Informações sobre a representação indígena, como membros nos Conselhos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal e a existência de comissões para discussão do tema.

Estado	Última Recomposição	Comissão	Representantes Indígenas como Usuários	
			Titular	Suplente
AC	22/07/2015		Instituto Sócio Ambiental e Cultural - YAWA	Instituto Sócio Ambiental e Cultural - YAWA
AL	01/09/2014		CONDISI Alagoas e Sergipe	CONDISI Alagoas e Sergipe
AM	17/12/2014		Representante das Instituições, entidades e/ou movimentos dos Indígenas	Dois representantes das Instituições, entidades e/ou movimentos dos Indígenas
AP	20/07/2010	Saúde Indígena	CONDISI Amapá e Norte do Pará	CONDISI Amapá e Norte do Pará
BA	08/01/2011		Associação Cultural e Ambientalista dos Índios Tupinambá de Olivença	Associação Cultural e Ambientalista dos Índios Tupinambá de Olivença
CE	30/08/2007	Comissão da Diversidade dos Sujeitos no SUS	Comunidades Indígenas do Ceará	Comunidades Indígenas do Ceará
DF	07/08/2015			
ES	09/05/2014			
GO	30/09/2016			
MA	01/07/2000	Comissão de DST/Aids, Tuberculose, Hanseníase e Indígena		
MG	21/03/2011			
MS	19/08/2016			CONDISI Mato Grosso do Sul
MT	02/04/2014	Comissão de Saúde Indígena	CONDISI	S/I
PA	04/04/2018			
PB	11/08/2011			
PE	22/05/2017		DSEI Pernambuco	DSEI Pernambuco
PI	20/02/2009			
PR	26/02/2015			
RJ	18/07/2014			
RN	30/12/2015			
RO	21/12/2009		CONDSI	CONDSI
RR	13/11/2017		Conselho Indígena de Roraima	Conselho Indígena de Roraima
RS	31/01/1994	Comissão de Etnias		
SC	31/03/2015			
SE	29/12/2017			
SP	30/10/2017			
TO	11/04/2011		S/I	S/I

Elaborado pela autora. Fonte: SIACS, consultado em 28 set. 2018 (BRASIL, 2018).

Esta participação da representação indígena nos conselhos, segundo os dados consultados, não ocorre como a Lei 9.836/1999 e a PNASPI estabelecem. As entrevistas demonstram esta heterogeneidade, com indígenas que possuem representações em seus municípios e estados e outros que não ocupam este espaço:

> *Em alguns municípios sim, mas em alguns municípios também não porque cada etnia, tem a sua forma de pensar e sabe qual é a importância pra ele, ou não, mas ao meu ver são instituições importantes que pode aparecer também entre aspas, tá mostrando que isso tá ali tu é índio, mas tu, tu também faz parte do processo de construção desses debates, das questões políticas, principalmente na saúde.* (Guarani/RS)

Tremembé/CE traz no seu relato que sua representação no Conselho Estadual de Saúde não era por consequência de ser indígena, embora nos dados disponibilizados no SIACS as Comunidades Indígenas do Ceará possuem uma representação.

> *No meu município eu fui eleita mês passado, presidente do Conselho Municipal de Saúde. [...] agora a gente, tipo, no Conselho Estadual de Saúde, a gente já teve uma dificuldade, eu era Conselheira Estadual [...]. Eu cheguei no Conselho, eu concorri, com mais cinco pessoas, cinco não, oito pessoas que era os municípios de pequeno porte, aí eu ganhei a representatividade, eu não cheguei lá como indígena, eu fui como conselheira municipal, e aí, eu não representava diretamente, claro que eu represento porque eu sou índia, mas eu cheguei lá na representação do município.* (Tremembé/CE)

Em relação à baixa participação indígena nos CMS, muitas vezes a falta de consenso, entre o Conselho e o DSEI, sobre a responsabilidade do deslocamento dos conselheiros indígenas que residem distantes do centro da cidade, onde normalmente ocorre a reunião, é um fator impeditivo para esta participação. Outro fator de destaque que interfere na participação dos indígenas nos espaços do Controle Social e está explicitado na entrevista de Tremembé/CE é, como aponta BRAVO e CORREIA (2012), a moldagem destes fóruns na lógica do Estado. Uma lógica que nem sempre permite a entrada dos povos indígenas e seu modo de produzir participação política. Esta ausência de participação traz importantes consequências para a organização da saúde no território, como destaca a entrevista com o Indigenista 2:

> *A falta de articulação desses Conselhos dos Distritos com os Conselhos Municipais de Saúde, porque, primeiro: os agravos, particularmente os endêmicos, eles não selecionam raça nem etnia. Não é possível você prosseguir com dois sistemas de execução de ações de saúde no país que funciona desarticulado e paralelo, é ruim pra todo mundo, e você não consegue controlar os problemas de saúde se você, de fato, não faz uma articulação e uma sincronia com as ações municipais e tal. E tem um monte de coisa que só vem pro município, que o DSEI fica chupando o dedo e não consegue acessar, uma coisa simples, impressos pra fazer vacinação, só vem pro município; é um exemplo bem prático, soro antiofídico, tem um monte de coisa. Então, essa falta de interesse da gestão e talvez uma falta de entendimento da liderança indígena da importância disso, porque isso é um processo que à primeira vista parece puramente burocrático, mas não é apenas burocrático, quer dizer, é chato, é um monte de resolução, é um monte de conversa, é um monte de coisa, mas ele tem consequências gravíssimas para a não operacionalização das coisas do DSEI.* (Indigenista 2)

A instância que discute e delibera sobre a Política de Saúde no nível nacional é o Conselho Nacional de Saúde. Este foi criado em 1937 como um órgão consultivo do MS, pela Lei 3.78/1937, sendo seus membros indicados pelo Ministro. Neste período, o Estado não prestava assistência à saúde e este órgão debatia assuntos internos. Após a 8ª CNS, a estrutura do Conselho Nacional se modifica, e, atualmente, é estabelecida pelo Decreto Presidencial 5.839/2006 que estabelece o processo eleitoral para escolha dos seus membros, sendo 48 titulares, e a eleição do Presidente, deixando assim, de ser automaticamente o Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2018a).

A Gestão Estadual, na entrevista, aponta a disputa de pauta no Conselho Nacional de Saúde e o distanciamento dos conselheiros desta temática:

> *Agora, o Conselho Nacional, ele tem uma natural disputa muito forte de pauta, o Conselho tem uma composição muito ampla, com a participação de titulares, primeiro e segundo suplentes, portanto, são mais de cento e quarenta... são quarenta e oito, se não me falha a memória, ou 44, mas com a participação também dos suplentes pra definição de pauta; então levam pauta, sim, mas também, no conselho, nós realizamos a disputa de pauta, nós temos o trabalho de tentar...a partir da comissão de saúde indígena, pautar permanentemente o Conselho Nacional de Saúde [...] eu digo sempre que também lá no Conselho Nacional, há ainda um distanciamento razoável dos conselheiros desse tema, e olha que todos os conselheiros são conselheiros envolvidos, militantes, representantes de entidades grandes, entidades importantes do nosso país, mas, mesmo assim, ainda há um desconhecimento grande, não a falta de compromisso, mas um desconhecimento grande do tema, o que acaba dificultando esse debate sobre essas prioridade.* (Gestor Estadual 1)

Pesquisadores apontam que a pauta da saúde indígena ganhou espaço nas discussões do Conselho Nacional, contudo isto não tem refletido numa melhora na condição de saúde, que continua com indicadores muito abaixo dos indicadores nacionais (TEIXEIRA e cols., 2013).

Para assessorar o Conselho Nacional de Saúde no triênio 2015 a 2018, foram reestruturadas 18 Comissões, número menor que do triênio anterior (26), a fim de potencializar as discussões dos temas. Dentre estas, está a CISI, uma das comissões permanentes do Conselho Nacional de Saúde, instituída pela Resolução 011/1991 com a missão de "*assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial com governos e com a sociedade civil organizada*" (BRASIL, 1991b). No site da Comissão (http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/index.html) consta a Resolução 483/2013 que a reestrutura e cita sua composição com 13 membros titulares e 10 suplentes, contudo em consulta no site do Conselho Nacional de Saúde (http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/composicao/CISI.pdf) consta outra forma de composição para esta Comissão, com atualização em agosto de 2017, com 13 titulares além do Coordenador e Coordenador Adjunto e 10 suplentes:

> I – Titulares
>
> Coordenador – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB
>
> Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
> 1) Regiões Indígenas – Sul – ARPINSUL
>
> 2) Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN
>
> 3) Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB
>
> 4) Conselho Federal de Psicologia – CFP
>
> 5) Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI
>
> 6) Fundação Nacional do Índio – FUNAI
>
> 7) Ministério da Saúde – SESAI/MS
>
> 8) Ministério da Saúde – SESAI/MS
>
> 9) Pastoral da Criança – Organismo de Ação Social da CNBB
>
> 10) Regiões Indígenas – Centro-Oeste
>
> 11) Regiões Indígenas – Nordeste
>
> 12) Regiões Indígenas – Sudeste

13) União Nacional dos Estudantes – UNE

II – Suplentes

1) Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS

2) Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO

3) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS

4) Conselho Federal de Farmácia - CFF

5) Conselho Federal de Nutricionistas - CFN

6) Movimento de Reintegração das pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN

7) Articulação Brasileira de Gays - ARTGAY

8) Organização Nacional de Cegos do Brasil - ONCB

9) Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB

10) Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB

Esta Comissão é reconhecida pelos entrevistados indigenistas como de grande importância na construção da Política de Saúde Indígena, como ressalta o Indigenista 1:

> *A CISI né, que eu falei pouco, teve um papel fundamental, porque a gente começou a se ver em um conselho nacional de saúde do índio entendeu, porque ainda não tinha essa clareza, as comissões intersetoriais tinham acabado de serem criadas então não tinha regra né, a gente fazia de um tudo ali entendeu, a resolução, mandava pro conselho né, conseguiu organizar a 2ª Conferência Nacional, e a CISI era uma tremenda caixa de ressonância, [...] toda essa, junto com o trabalho na área na década de 90 foi um trabalho intenso de Militância Política né, a CISI propiciava esse cenário pra gente né, essa entrada né, e o movimento no Xingu, com as liderança agente saia em caravana né.* (Indigenista 1)

Contudo, este espaço pouco aparece nas entrevistas indígenas. Apenas Tremembé/CE falou sobre esta Comissão ao citar que era um dos espaços com representação do FPCONDISI e, assim, comentar a presença do Conselho Nacional de Saúde na discussão da Saúde Indígena.

> *A gente fez uma viagem com o presidente* [do Conselho Nacional de Saúde], *fiz uma viagem com ele pela CISI para São Gabriel da Cachoeira, teve alguns problemas e aí ele foi com a gente pela Comissão da CISI, e ele foi.* (Tremembé/CE)

Esta ausência da CISI nas falas indígenas pode ser consequência do enfraquecimento desta instância, como avalia o Indigenista 3:

> *Eu acho que a CISI teve uma perda muito grande de poder político, digamos assim, de articulação política. Acho que o primeiro motivo disso foi a morte da Zilda Arns*[10]*, né? que era muito estratégica e muito importante pra CISI. Paralelamente a isso, eu acho que houve a estruturação do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais e que no meu ponto de vista estranhamente a própria saúde indígena, eu acho que isso começou ainda com a FUNASA e não com a SESAI, porque aí foi justamente no momento de transição entre a FUNASA e a SESAI. Começou a haver insatisfação, o movimento indígena pra tirar e criar a secretaria de saúde indígenas, especial de saúde indígena [...]. Então, eu acho que isso gerou na verdade um enfraquecimento da CISI, porque a gestão do Subsistema começou a des, desvalorizar a participação da CISI e a valorizar exclusivamente o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde como instância máxima de Controle Social.* (Indigenista 3)

O enfraquecimento da CISI parece ocorrer principalmente após a SESAI se estruturar como unidade gestora. A organização de uma Secretaria específica, respondendo a anos de reivindicação dos indígenas, parece modificar a relação entre gestão e Controle Social. A reestruturação do Controle Social, que redimensiona o papel do FPCONDISI na gestão com pautas que atravessam a discussão do Conselho Nacional de Saúde e, por consequência a CISI, pode ser um dos motivos que distancia esta comissão da discussão da gestão e da execução desta política de saúde. É importante também destacar que a diversidade de atores que compõe a CISI e o Conselho Nacional de Saúde, sejam dentre os usuários, ou dentre os gestores, transportam as disputas para outros campos de luta. Esta diversidade de temas em disputa, e em alguns momentos, a disputa de diretrizes do SUS, se por um lado, pode não compreender a necessidade de especificidade do SASI, por outro lado, pode dificultar a prática de estratégias de coação e cooptação.

[10] Zilda Arns Neumann era médica sanitarista e pediatra, fundadora e coordenadora internacional da Pastoral da Criança e Pastoral da Pessoa Idosa, vinculadas a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), organização que representou no Conselho Nacional de Saúde. Faleceu no terremoto do Haiti em 2010.

4.1.4 Fórum de Presidentes de CONDISI - FPCONDISI

Por fim, a Portaria 755/2012 que trata do Controle Social no SASI institui o FPCONDISI no seu Artigo 6º com caráter permanente e consultivo, como os CLSI, e com as competências de:

> I - participar da formulação e do acompanhamento da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
>
> II - zelar pelo cumprimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e
>
> III - promover o fortalecimento e a articulação do controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS. (BRASIL, 2012c)

Esta portaria não faz menção à Portaria 644/2006 que, primeiramente, instituiu o FPCONDISI detalhando em 14 itens suas competências, que estabeleciam características do seu funcionamento como reuniões trimestrais e coordenação-executiva composta por três representantes (BRASIL, 2006b). As atas das Reuniões Ordinárias do FPCONDISI apontam a gestão informando os presidentes de CONDISI sobre a discussão desta nova Portaria com o Gabinete de Presidência, a fim de fortalecer o Controle Social, e depois é relatada a publicação da Portaria, não relatando nenhum debate sobre seu conteúdo.

Dentre os entrevistados, encontram-se críticas e incompreensões quanto ao FPCONDISI. Pode-se afirmar que, na percepção dos indigenistas, esta instância distancia as discussões da base, como demonstra os destaques abaixo:

> *Esse Fórum de Presidentes, essa coisa toda, isso pra mim é uma loucura né, loucura, porque distancia muito, então assim, onde eu ando né, eu não vejo essa discussão, do fórum, de muitos conselhos chegar a aldeia né, e chegavam, porque as reuniões eram nas aldeias, né.* (Indigenista 1)

> *Na sequência a FUNASA constituiu esse Fórum de CONDISI né, que é essa [...]. É, que é uma espécie de coordenação dos conselhos né, dos presidentes de conselhos. E esse CONDISI é uma... uma autonomia política que está muito mais próximo aos governos centrais do Brasil do que às necessidades, prioridades nas aldeias; [...] a leitura é*

> *crítica, inclusive a leitura das lideranças das organizações indígenas [...] é bastante crítica, hoje, sobre os CONDISI, porque eles adquiriram uma autonomia que não expressa, de fato, a vinculação com as bases que deveriam ter.* (Indigenista 2)

O Indigenista 3 avalia que ao ser anunciado pela gestão como a instância máxima do Controle Social na saúde indígena, se confunde com o papel do Conselho Nacional de Saúde, que é paritário e responsável pelas deliberações quanto à política de saúde:

> *A própria FUNASA ou SESAI, eu não me lembro quem foi, publicou um manualzinho que era O Controle Social no Sistema de Saúde Indígena e colocava a instância máxima de Controle Social no Subsistema, o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde e no meu entendimento pela Lei 8142 as instâncias de Controle Social têm que ser paritárias e o fórum não é paritário, ele é só de indígenas. Então, eu achava que o Conselho Nacional de Saúde era a instância máxima de Controle Social no Subsistema de Saúde Indígena, que tinha representação indígena e tinha a CISI, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, como uma assessora do Conselho Nacional de Saúde pras questões indígenas, que aí tinha a representação de vários órgãos e de várias coisas então, e indígenas, associações indígenas de todas as regiões do país.* (Indigenista 3)

FERREIRA (2012), analisando o Controle Social no Subsistema, aponta que o FPCONDISI surgiu por uma demanda dos presidentes de CONDISI devido à falta de autonomia dos DSEI na gestão dos territórios, apontada por CARDOSO (2015) como um dos problemas para administração do SASI e, mesmo sendo uma instância consultiva, influência de forma importante as decisões do governo. Aponta, ainda, que as estruturas do Controle Social incorporam características próprias por causa do contexto específico, refletindo o princípio da equidade. Os resultados aqui apresentados se contrapõem com a percepção apresentada pela autora. Embora não haja dúvidas quanto ao reconhecimento e a importância destes espaços como canais de comunicação entre os povos indígenas e o governo, é inegável o papel da Portaria 755/2012 na estruturação do Controle Social, aproximando estes espaços da lógica dos CES e CMS e distanciando do modo indígena de participação.

4.1.5 Conferências de Saúde

A Lei 8.142/1990 estabelece, ainda no mesmo artigo, parágrafo 1º, um importante fórum de discussão das diretrizes que devem orientar a política de saúde, as Conferências. A legislação estabelece que estas

> [...] reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde tiveram início em 1941, quatro anos após a Lei 378/1937 que, além de reorganizar o Ministério da Educação e Saúde, instituiu as Conferências Nacionais de Saúde e Educação. Neste início, estabelecia-se que estas seriam convocadas pelo Presidente da República com periodicidade máxima de dois anos (SAYD e cols., 1998). A primeira contemplava em seus objetivos promover o entendimento entre o Ministério e os Governos Estaduais, muito pautados na coleta de informações. O intercâmbio destas informações fundamentava sua importância na garantia para o Governo Federal do controle das ações realizadas nos estados para regular o fluxo do recurso financeiro, conforme destaca ESCOREL e BLOCH (2005). Assim, a primeira Conferência tinha o intuito, segundo Decreto 6.788/1941, de

> [..] ocupar-se dos diferentes problemas de saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Ao longo dos anos, foram realizadas 15 Conferências Nacionais de Saúde, sendo seis delas após a criação do SUS, como retrata a figura 11. ESCOREL e BLOCH (2005, p. 97) destacam o papel da 8ª CNS que "*inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde".* Realizada com total

protagonismo do Movimento da Reforma Sanitária, tanto que é considerada o grande marco deste movimento, seu relatório reflete a discussão de todas as pessoas que ali estavam, delegados ou não, sobre os temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Esta Conferência modifica toda forma de realização deste fórum nas décadas anteriores que tinham participação do governo e instituições convidadas, com grande predomínio da classe médica (SAYD e cols., 1998). A partir desta Conferência, pode-se pensar que as Conferências, em sua essência, são pensadas na lógica da ecologia de saberes, reunindo todos os atores da política pública de saúde – gestores, trabalhadores e usuários – para debater e deliberar os caminhos que devem ser traçados.

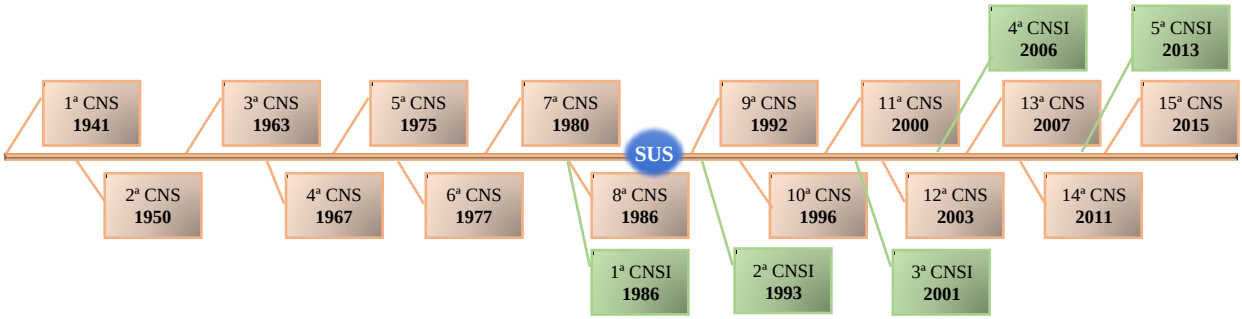


Figura 11. Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas. Fonte: FIOCRUZ, 2018 (adaptada pela autora). Disponível em: https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#19

A 8ª CNS, como já destacado neste trabalho, é um marco na construção do SUS e do SASI. Foi neste espaço que o movimento indígena aprovou a realização da 1ª CNSI. Representantes dos povos indígenas, organizados na UNI, levaram para a Conferência as diretrizes que justificam um sistema diferenciado (UNI, 1988a, 1988b). Krenak/MG reafirma esta defesa dos indígenas ao falar da ideia do subsistema apresentada neste espaço:

> *Acho que eu consegui traduzir essa ideia de um serviço diferenciado da saúde é … quando eu fiz uma fala totalmente emotiva, espontânea, na Comissão da saúde, quando estavam discutindo* [...] *numa plenária na verdade, da primeira… oxê a primeira? O que virou a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Mas que era a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Então nós estávamos inaugurando, a gente estava assim dentro de uma Conferência grande e a turma da saúde indígena puxou um bonde né, insistindo que tivesse dentro da Conferência, que tivesse a temática da saúde indígena. O Sérgio Arouca na época tava super ativo e atuando nos debates da Constituinte e outras lideranças também apoiaram e a gente conseguiu fazer que a… que a conclusão da 8ª Conferência aprovasse… aprovasse a… convocação da próxima Conferência Nacional de Saúde.* (Krenak/MG)

A 8ª CNS foi fundamental para a organização do SUS e para garantir a participação social nos processos decisórios das políticas públicas de saúde. Discutir esta participação é, acima de tudo, reconhecer a sua importância. A saúde indígena como uma política de saúde diferenciada também ganha espaço a partir da 8ª Conferência. E no contexto político brasileiro este protagonismo ganha outro patamar, os poucos representantes indígenas que se faziam presentes nas Conferências Nacionais do SUS disputavam o direito ao Subsistema e suas diferenciações da política Nacional, como no exemplo já colocado neste trabalho da 9ª CNS. Nesta Conferência, os indígenas conquistaram uma importante diferenciação no Relatório Final, quando este defende que a gestão do Subsistema seja do governo federal, uma das principais teses da UNI, já apresentada na 1ª CNSI (UNI, 1988b). É importante destacar que no ano de 1992 a municipalização era a grande pauta de discussão do SUS, apontada como o grande caminho para garantir que a política de saúde estivesse mais próxima do cidadão (BRASIL, 1992; BARATA e cols., 2004). Outro aspecto fundamental da participação indígena nestes espaços é que não trata apenas de negociar interesses com a sociedade, mas de um processo de tradução dos modos de cura e cuidado, que precisam dar conta, para além do indivíduo, ou seja, do sujeito coletivo.

Das Conferências realizadas após a criação do SUS, é no Relatório Final da 10ª CNS, que ocorreu em 1996, no item 6. Atenção Integral à Saúde que traz pela primeira vez propostas identificadas como 6.2.5. Saúde dos Povos Indígenas. Estas consideram parte das deliberações da 2ª CNSI com destaque para o Controle Social, seja reforçando a necessidade de ampla participação dos povos indígenas, seja considerando a necessidade de CES e CMS acompanharem as ações de saúde a estas populações, como estabelecido nas propostas:

> 326 Os gestores do SUS devem definir e implantar, com o acompanhamento e deliberação dos Conselhos de Saúde, uma Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas que atenda todas as comunidades indígenas do Brasil, que considere e respeite suas especificidades culturais e variedade de costumes e que inclua trabalhadores com essa formação específica.
>
> 327 O Ministério da Saúde deve regulamentar e implementar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de acordo com o modelo apresentado na 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, com organizações intersetoriais, interinstitucionais e interestaduais com ampla participação dos povos indígenas.
>
> 328 Os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais onde existirem áreas indígenas devem criar

> Comissões Especiais para o acompanhamento das ações de saúde dos povos indígenas. (BRASIL, 1996b, p. 80-81)

A inclusão das reivindicações indígenas neste relatório demonstra que o espaço das Conferências do SUS também foi ocupado pelos povos originários e reforça as deliberações da 2ª CNSI, que ocorrera três anos antes. Contudo, expressa o longo tempo que o governo brasileiro necessita para organizar algum retorno a estas comunidades. Fato que é reforçado pelo tempo decorrido entre as duas primeiras BRASIL (1986b; 1993) e a Lei que criou o SASI, em 1999.

Entre os anos de 1986 e 2018, ocorreram cinco Conferências Nacionais de Saúde específicas para tratar da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, retratadas na linha temporal da figura 11. Os relatórios destes fóruns demonstram a transformação deste espaço ao longo do tempo, principalmente após a publicação da lei que cria o SASI, como retrata a história contada pelo entrevistado indígena com intensa participação nas primeiras Conferências e que deixa de reconhecer a sua possibilidade de contribuição:

> *Em algum momento, eu percebi que a minha participação nessa Conferência não contribuía para o debate porque as agendas já eram agendas muito operacional, chegou um momento que as Conferências eram para operacionalizar o sistema. Aí eu pensava bom, se as agendas é pra operacionalizar o sistema da saúde eu não vou contribuir muito*. (Krenak/MG)

A percepção de mudanças da forma de debate das Conferências também está nas narrativas dos indigenistas, que apontam que as duas Conferências que ocorreram em 1986 e 1993 subsidiaram a criação do SASI, com seus relatórios propositivos que representam as necessidades dos povos indígenas sem a possibilidade de controle pelo Governo Federal.

> *Especialmente acho que a de 1993 ou 1994, se não me engano, que é a partir de onde saiu o primeiro esboço da política, acho que foi dessa né; e a política foi feita em cima disso [...] porque a de 1993 foi bem propositiva né, e a FUNASA não teve esse controle sobre a Conferência, a proposta dos Distritos no relatório da Conferência, não era bem essa a proposta do governo, na verdade o governo não tinha uma proposta bem definida, e agora, normalmente, virou esses interesses institucionais...* (Indigenista 4)

As Conferências posteriores demonstram a estruturação do Relatório. A ampliação do tamanho do documento final, com grandes números de propostas e a utilização de sistemas de informática para registro de propostas no nível local, consolidação e alterações destas propostas nos níveis distritais e nacional, reflete a fragmentação da discussão e a submissão às ferramentas tecnológicas. Este fenômeno também ocorre com as Conferências Nacionais de Saúde, não molda o sistema informatizado para refletir a discussão da construção política, mas molda a forma de discussão para caber no sistema informatizado. Desta forma, votações eletrônicas, impossibilidades de alterações nas propostas no nível nacional, em detrimento da densidade de discussão política, se tornaram práticas comuns. Com isto, no Subsistema, assim como nos conselhos, cada vez mais, repete o modo que o SUS vem organizando suas Conferências. É inegável o poder normatizador do Estado para estabelecer o modo de fazer, no caso das Conferências, influenciar as definições da Comissão Organizadora quanto ao modo operacional de realizar estes fóruns (FLEURY e OUVERNEY, 2008). Neste processo de disputa política com muito domínio da gestão, a tecnologia tem forte influência na determinação do que é permitido pela estrutura dos sistemas informatizados que são utilizados para "facilitar" os processos de trabalho.

Especificamente sobre a 5ª CNSI, momento decisivo para a elaboração deste trabalho, e seu processo de organização é necessário refletir sobre: a capacidade de produção coletiva em uma discussão que represente as demandas de 305 povos indígenas nesta construção de uma Política de Saúde Diferenciada, para além da operacionalização da pauta, como coloca o indigenista 3.

> *Na 3ª Conferência [...] eu participei de vários grupos de trabalho lá [...] tinha um tema da 3ª Conferência que era de práticas tradicionais, que eu fui e foi um debate maravilhoso, enriquecedor e que valorizou as demandas das discussões. [...] eu acho que foi rico, eu acho que houve um debate, claro, com todas as forças que existiam na época também que já não tavam numa situação fácil, mas que eu acho que houve espaço.* (Indigenista 3)

Com um documento orientador para as etapas locais e distritais, a Conferência estruturou os eixos de discussão e sugeriu os regimentos das etapas distritais e locais modelando a forma como estas deveriam ocorrer e não considerando diferenciações entre os territórios dos DSEI e os modos de participação dos mais de 300 povos indígenas. Com sistemas de votação e limites de propostas para cada eixo, as etapas foram se organizando.

Afirmando-se na justificativa que deve-se respeitar as propostas encaminhadas pelas bases a etapa nacional não poderia incluir novas propostas ou modificar as existentes, cabendo aos 1.226 delegados aprovar ou rejeitar a proposta. Esta dinâmica não era habitual nas Conferências anteriores, como é possível perceber pelo relato da Indigenista 2:

> *[...] nós levamos propostas em bloco das etnias [...], nós conseguimos fazer uma Conferência regional, [...] então nós fizemos regional com todos os estados [...], a gente fez uma macro né, regional aqui, conseguimos financiamento pra isso, e a gente levou propostas em bloco [...], então só deu a [região] nessa 2ª Conferência... porque havia um trabalho extenso prévio de preparação política dos delegados.* (Indigenista 2)

É interessante pensar que a não alteração de propostas pode, por um lado, garantir a representatividade de todas as regiões e suas diversidades. Por outro lado, dificulta a discussão de pontos-chaves que precisam de um direcionamento. Assim, o relatório final da 5ª CNSI apresenta 445 propostas com contradições entre si, como será discutido o exemplo da Contratação Profissional abaixo, possibilitando ao Governo Federal diversas formas de conduzir a implantação e gestão do SASI, colocando em risco a formulação e acompanhamento da implementação de políticas prioritárias e estratégicas para os povos originários por estes espaços de participação.

A percepção de diversos participantes quanto a esta Conferência é de direcionamento nas etapas preparatórias, não garantindo os espaços adequados de discussão a partir do momento em que deveriam seguir o documento norteador elaborado pela SESAI. A fala do Indigenista 3 traz estes relatos e as mudanças para Conferências anteriores.

> *A 5ª eu tava e eu não consegui realmente participar das discussões. O que eu ouvi nos bastidores, eu acho que não houve a discussão nas bases, como eu tive a experiência mesmo como observador na 3ª Conferência, que realmente as coisas foram discutidas na aldeia, no distrito e foram levadas pra Conferência a partir dos distritos. O que eu vi na 5ª Conferência é que não. Já tava tudo pré-estabelecido e na verdade não tinha direito a incluir nenhum tema, por exemplo, que não tivesse dentro da lista dos temas.* (Indigenista 3)

Por outro lado, a percepção de indígenas que atuam nos espaços de Controle Social é de valorização da 5ª CNSI, com crítica ao tempo que a gestão levou para divulgação do

Relatório, e por consequência para discutir a implementação das propostas, colocando em dúvida a realização da 6ª CNSI em 2017 como destaca a indígena Tremembé/CE:

> *Olha, a Conferência foi a coisa mais linda! Nossa! Adorei a Conferência, a organização foi maravilhosa, desde a local e até a estadual e até a nacional, foi tudo, fizeram realmente muito bonito e tal. Agora, o que a gente ficou super indignado, isso, o relatório saiu ano passado! O relatório impresso saiu ano passado, como assim, este ano já é pra ser a sexta Conferência e a gente está numa dúvida, neste ano não vai ter pernas pra fazer a sexta Conferência, não vai! A gente já está no mês de abril. Já era pra estar acontecendo as Conferências locais, e não vai ter pernas pra fazer. E aí, ao mesmo tempo a gente ficou fazendo uma auto avaliação. Gente, a gente vai fazer uma Conferência, uma sexta, organizar uma sexta Conferência, e a gente vai fazer o que Ctrl V, Ctrl C* [copia e cola]*? Porque o que está no relatório não foi feito nada. De se tiver feito, sei lá, 10 %, o mínimo, o mínimo que está no relatório foi feito. O que o próprio Ministro assinou em frente a plenária, o que ele assinou, o que ele assinou, não foi executado. Imagina o que está lá papel que saiu ano passado.* (Tremembé/CE)

Os intervalos entre as CNSI superam o que está estabelecido nas normativas, a cada quatro anos, pois foram organizadas com intervalos mínimos de cinco anos. A entrevista de Tremembé/CE retrata um ponto importante que não parece ser objeto de reflexão da gestão e com poucas análises do próprio campo da saúde indígena, a efetivação das propostas que resultaram desta discussão. A partir do momento que o relatório passa a ser estruturado de forma mais fragmentada e pulverizada, com um grande número de propostas e contradições, a resposta pela gestão ocorre da mesma forma. As incertezas e complexidades no monitoramento ganham espaço e a potencialidade deste fórum fica questionada.

O processo do nível central estabelece os regimentos com temas específicos para as discussões nas Conferências Locais que ocorreram, e nas 34 Conferências Distritais, modelo de organização que está sendo replicado na organização da 6ª CNSI, programada para ocorrer em maio de 2019, colocam em reflexão qual é o sentido desta participação para os povos indígenas. Contrapondo-se à política diferenciada, estes direcionamentos reforçam que estes povos não possuem um governo próprio devendo, assim, seguir a administração e orientações jurídico-política das etnias dominantes, como destaca CASANOVA (2006). É importante retomar o que Krenak/MG apontou sobre as leis e o sistema de saúde não serem próprios dos povos indígenas, assim, admitiram uma aproximação. Os diversos povos reconhecem e protagonizam uma luta pela construção desta aproximação. As entrevistas demonstram que estes compreendem a forma de gestão do Estado e buscam intensamente esta aproximação,

reivindicando o respeito pelos seus modos de vida e o direito de decidirem como devem viver. Esta construção social requer outra lógica de racionalidade baseada no pensamento pós-abissal, como coloca SANTOS (2009).

Ao estabelecer as pautas centradas na biomedicina, períodos tão programados para as Conferências, e regras de organização tão rígidas, reforça-se o posicionamento dos conhecimentos indígenas do outro lado da linha abissal, exercendo assim as monoculturas do saber e do reconhecimento de outras temporalidades e modos de vida. Neste sentido, é preciso pensar as Conferências de Saúde como espaços que devem se estabelecer na lógica das sociologias das emergências, que possibilite a visibilidade e o reconhecimento de todas as diversidades presentes e se proponha a uma construção ecológica, como aponta SANTOS (2009, 2010a) com as Epistemologias do Sul.

A história das Conferências demonstra o predomínio do conhecimento científico nas discussões das políticas de saúde. Com centralidade no saber médico, a inclusão de outros profissionais, mesmo que partindo de conhecimentos científicos, ganha fôlego com a 8ª CNS. Estes novos conhecimentos profissionais se juntam com os diversos outros conhecimentos que a população traz para a pauta das políticas de saúde. SANTOS e cols. (2004) destacam a importância desta constelação de conhecimentos. Contudo, mesmo com um contexto demonstrando-se favorável a este diálogo de interconhecimentos, na prática, os diversos conhecimentos permanecem submetidos à compreensão e tradução da biomedicina, reconhecida como o que é adequado, como destaca Krenak/MG em dois momentos de sua fala:

> *Então, pela especialização do assunto né, por toda a tradição, altamente especializada da coisa do serviço da saúde, ele abre poucas frestas, poucas janelas de interlocução. Mesmo quando você tem pessoas que são capazes de desvelar outras… outros caminhos possíveis, as linguagens são tão herméticas, as linguagens são tão fechadas que quem poderia dialogar com esse tema acaba ficando é a margem, "a não, não vou falar não porque não adianta falar com eles, eles não entendem ou eles não escutam". Então, eu acho que tem uma questão cultural também… se tem poucas pessoas que ouve do lado de cá, as poucas pessoas do lado de lá né, do lado dos, dos … de quem pensa isso, a partir das aldeias, acaba ficando muito reduzida a área de interseção, o ponto de troca mesmo, de construir alguma coisa.*
>
> *[...] O que eu percebo nos últimos anos é que tem havido pelo menos um debate sobre essa questão. Tem um debate, mas não tem uma colaboração, não evoluiu para situações criativas, de colaboração. São raras as pessoas [...] que são capazes de pensar esse tema como uma contribuição ao modo de pensar o cuidado, avançando além da confrontação*

> *de ideias né, de um ficar neutralizando o argumento do outro e pensar junto, pensar uma utopia né.* (Krenak/MG)

Os resultados aqui colocados demonstram que as Conferências cresceram em tamanho e seus relatórios ampliaram o número de propostas, assim como os Conselhos de Saúde, contudo, é preciso refletir sobre a serviço de quem estes estão sendo utilizados, do governo ou dos povos indígenas?

Pensar novas formas de construir as conferências e conselhos é essencial. É preciso produzir espaços onde os diversos conhecimentos realmente possam se fazer presentes e de fato compor uma constelação (SANTOS e cols., 2004). É fundamental repensar a estruturação destes espaços, para que eles sejam mais que uma discussão com legitimação de propostas elaboradas pelas poucas pessoas que identificam as frestas para o diálogo. Como organizar estes fóruns de modo que não haja hierarquias entre gestores, trabalhadores e usuários e dentre os saberes e linguagens ali presentes é o desafio que está colocado em discussão para superar o processo de silenciamento da participação indígena.

4.2 ESPAÇOS SILENCIADOS: CADA VEZ MAIS CONFLITUOSOS, BUROCRÁTICOS E SEM ECO

Com toda esta diversidade de instituições, cujas relações e articulações estão em processo de construção. As discussões quanto às divergências de posicionamento e quem deveria protagonizar o desenvolvimento de algumas atividades, como organização de Conferência, estão destacadas nas atas analisadas. Um relato que representa estes conflitos de papel das instâncias federais de participação social é a atuação do representante do FPCONDISI no Conselho Nacional de Saúde. É importante lembrar que, segundo o Regimento Interno do Conselho Nacional, o suplente vota apenas em caso de ausência do titular (BRASIL, 2018a). O fato do FPCONDISI não ser eleito para vaga titular deste conselho foi objeto de discussão nas suas reuniões, onde apontam a necessidade de apoio da

gestão da SESAI para mudar esta situação, como descreve a Ata da III Reunião Ordinária do Fórum que ocorreu em 26/11/2011:

> *Discutem que é o Fórum quem tem que aparecer no CNS* [Conselho Nacional de Saúde] *e não os conselheiros, e devem avaliar se o Fórum perdeu espaço no CNS* [Conselho Nacional de Saúde], *CISI, CNPI e outras organizações.* (ATA FPCONDISI, 3ª Reunião Ordinária, 2011)

A responsabilidade de deliberar sobre as políticas a serem desenvolvidas pelo MS é dada ao Conselho Nacional de Saúde. Uma das suas competências é a organização das Conferências, que foi momento de debate na IV Reunião Ordinária do Fórum, em 07 de março de 2012, onde representantes da Secretaria Executiva relatam a discussão na CISI e que entendem que o Fórum deveria estar discutindo este tema:

> *[...] pede desculpa por não estar nos outros dias pois estava em reunião da CISI que discutia a V CNSI e ponderou que deveria ser discutido junto com o Fórum.* (ATA FPCONDISI, 4ª Reunião Ordinária, 2012)

Outra discussão que aponta divergências entre o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde e o FPCONDISI é a organização do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). Proposto pela gestão do MS, como a alternativa para superar as dificuldades com a legislação para executar as ações dentro de territórios indígenas, o INSI foi apresentado e debatido na 13ª Reunião Ordinária do Fórum, que ocorreu na mesma semana da apresentação do tema no Conselho Nacional de Saúde. A ata relata a solicitação de incorporação no PL dos apontamentos feitos pelos CONDISI:

> *[...] incorpore ao Projeto de Lei todas as ressalvas e propostas apresentadas pelos 39 Conselhos Distritais de Saúde Indígenas que aprovaram a proposta de criação do INSI e dos cinco CONDISI que não aprovaram a proposta sejam incorporadas ao Projeto.* (ATA FPCONDISI, 13ª Reunião Ordinária, 2014)

Além de grande discussão após a reunião com o Conselho Nacional, que não aprova a proposta e solicita maior tempo para análise. Este conflito levou os presidentes de CONDISI a

uma extensa discussão sobre a representação do FPCONDISI no Conselho Nacional de Saúde, bem como o papel das organizações indígenas e indigenistas nas decisões sobre a Política de Saúde Indígena e a falta de diálogo, com severas críticas à discussão que ocorreu no Conselho Nacional de Saúde no dia anterior.

Esta discussão reforça o conflito produzido entre o FPCONDISI e o Conselho Nacional de Saúde e a falta de articulação entre estas instâncias. A articulação entre o movimento indígena e o Conselho Nacional de Saúde, pelos resultados, ganhava maior espaço na CISI com a participação das Associações Indígenas, com maior número de vagas, como relata o Indigenista 3:

> *O CONDISI não tinha relação nenhuma. Na verdade, tinha com as associações indígenas. Quem tava representando na CISI era a APOIMI, APIB todas essas associações indígenas de representação na CISI. [...]. Então, essa articulação entre a CISI e o CNS* [Conselho Nacional de Saúde] *era feita não só pelas deliberações da CISI, claro, pelos documentos gerados pela CISI. Mas, muito pela interlocução deles dentro do CNS* [Conselho Nacional de Saúde]. *[...]. Eu acho que o Conselho tinha ouvidos pra CISI, só que tinha questão talvez de que a saúde indígena era um detalhe no Conselho Nacional de Saúde. Então, não sei dessa parte. Mas, por exemplo, na questão da convocação da 5ª Conferência eu acho que a CISI pressionou e o Conselho Nacional de Saúde bancou.* (Indigenista 3)

A fragilidade da CISI pode ter influenciado no poder de articulação com o Conselho Nacional de Saúde. 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 Conselho Nacional, um forte aliado em sua defesa. Outro ponto que pode ter influenciado o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, que teve grandes críticas das associações indígenas e indigenista, é a agilidade com que algumas pautas se repercutem nestes fóruns, não propiciando tempo para amadurecimento das discussões e articulações.

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, CES e CMS. Com gestão federal e uma organização territorial que rompe com a geopolítica do estado brasileiro, pouco pode fazer sentido a lógica de discussão em territórios municipais e estaduais para algumas regiões.

A entrevista de Tremembé/CE, reforçando a análise do Indigenista 3, deixa claro esta inexistência de relação entre o CONDISI e o Conselho Nacional, demonstrando que cabe ao FPCONDISI esta intermediação.

> *Tem, o Fórum tem assento! O CONDISI não. O Fórum é formado pelos presidentes do CONDISI.* (Tremembé/CE)

Assim, pode-se reafirmar o paralelismo na estrutura do Controle Social. O FPCONDISI e o próprio CONDISI não são reconhecidos como instâncias de Controle Social do SUS. E assim, mesmo a pauta saúde indígena tendo ganhado maior destaque no Conselho Nacional, este aumento de espaço aos indígenas não reflete uma melhora na condição de saúde, que continua com indicadores muito aquém dos nacionais (TEIXEIRA e cols., 2013), assim como não indica a necessária articulação do que é discutido no Conselho Nacional de Saúde e no FPCONSISI, CONDISI e CLSI.

A organização dos conselhos no SASI mereceu destaque em todas as entrevistas mesmo sem informar que este era um dos temas de interesse. Como destaca o Indigenista 2, estas instâncias, principalmente os Conselho Locais, eram a grande aposta para se aproximar do modo indígena de fazer política, o que segundo a entrevistada não ocorreu:

> *Como muitas reformas no Brasil, o Subsistema ficou pela metade, em termos de reforma política, porque os Conselhos Distritais, eles são entidades, digamos assim, muito mais atreladas à lógica do exercício do poder político do Estado brasileiro e da sociedade não-indígena, do que afeto aos modos como os índios exercem o poder político, né, e a gente tinha claro isso. E, por isso que, num primeiro momento, foi previsto que houvesse Conselhos Distritais com participação indígena, mas que os principais conselhos de tomada de decisão e de planejamento, se queria que fosse ascendente né, conforme o SUS preconiza, que também o próprio SUS falhou nisso, não conseguiu que a coisa funcionasse dessa forma no Controle Social, é que fossem os Conselhos Locais.* (Indigenista 2)

Como consequência desta falha na implantação dos Conselhos Locais, a entrevistada aponta uma mudança na atuação dos CONDISI, que assumiram uma função mais burocrática, que compromete seu papel na discussão da política de saúde indígena:

> *Então, os Conselhos Distritais assumiram um papel muito burocrático, eu diria, que não foge, não é, eles não são diferentes dos Conselhos Municipais de Saúde; acabou se tornando um espaço burocrático, com uma representatividade que não tem grande adesão, na verdade, aos grupos que eles deveriam representar; eles estão muito acionados para referendar planos né, pra aprovar prestação de contas, e eu já deixei de participar há bastante tempo por me irritar bastante com o processo porque, as últimas vezes que eu estive como representante de instituição nesses conselhos era uma prestação de contas que se projetava na parede, é uma planilha... lara... lara... está aprovado? Então, era uma coisa bem complexa né, você então referendar certas práticas que depois se tornaram extremamente danosas.* (Indigenista 2)

Os resultados demonstram que esta burocratização tornou-se mais aparente com o passar dos anos. As análises das atas apontam, tanto na instância do FPCONDISI quanto do CONDISI, a burocratização da reunião. A discussão do regimento interno, no que diz respeito à necessidade de padronização entre os CONDISI, é muito intensa nas primeiras atas do Fórum, e por consequência, são diversas as atas de CONDISI que tratam da reformulação a aprovação do Regimento Interno. Esta discussão traz, cada vez mais, para o andamento das reuniões a preocupação em seguir estes regimentos, dando a impressão que, se não segui-los, deslegitimaria as discussões e decisões tomadas. Assim, frases como "este ponto não está na pauta" e "precisamos seguir o regimento" são frequentes, por parte dos indígenas, nos relatos das Atas.

Estes relatos trazem à tona a percepção que os indígenas têm do modo normativo da organização dos não-indígenas. Compreendendo que para o Estado, vale o que está escrito enquanto para os indígenas a palavra é suficiente, percebe-se a necessidade de seguir de forma rigorosa o regimento para garantir a legitimidade das discussões.

A entrevista com o Indigenista 1 complementa esta avaliação das atas que sugere esta burocratização ao longo dos anos. Nesta está evidenciado o poder normalizador da gestão do Subsistema e a consequência destas normas, que são excludentes ao não propiciar a participação de todos. O entrevistado, ao contar a história que acompanhou, relata que as reuniões passaram de abertas para todas as aldeias para reuniões realizadas na cidade, com um número estabelecido de conselheiros:

> *Os conselhos começaram a ser montados, né, de uma forma muito interessante, mais interessante, no meu ponto de vista do que é hoje, porque eles não tinham um regramento de branco, o único regramento de branco é que tinha que ser paritário né. [...] você fazia as regras né, então a regra do conselho, por exemplo do Xavante, era assim: é que nem o*

> *Aram todo mundo que quiser vai lá e fala. Então eram reuniões imensas com todo mundo, durava uma semana mas os índios tinham voz, de fato né, e tinha voz todo mundo, desde o jovem que já dominavam os códigos e até os velhos que falavam na língua... hoje o que eu ouço [...]é que esses índios já tão fora, vai só moçada né, a regra tem um número x de conselheiros, as reuniões que eram dentro da área, são fora, isso já inviabiliza a participação de todo mundo né [...] E o protagonismo era maior, era maior né, e o aparelhamento* [do estado] *era menor.* (Indigenista 1)

A percepção de maior participação dos indígenas no início da organização do Subsistema já foi apontada no capítulo anterior, ao discutir a participação das ONG indígenas na execução das ações em áreas indígenas. Complementarmente, é perceptível esta avaliação na fala dos entrevistados indigenistas ao relatarem o Controle Social. É importante destacar que a organização destes espaços de discussão não ocorreu da mesma forma em todo o território brasileiro, as reuniões do CONDISI Litoral Sul, por exemplo, aconteceram, desde o início, em sua grande maioria, no auditório da sede do DSEI em Curitiba, e com isso, tinha um número definido de pessoas. Entretanto, a percepção do Indigenista 3 quanto ao protagonismo maior nos anos iniciais encontra-se com a percepção do Indigenista 1, como destacado no trecho abaixo:

> *As reuniões eram muito produtivas no sentido de dar espaço pra discussão dos indígenas em relação aos pontos de interesse, obviamente que tinha forças políticas de todas as dimensões, mas eu acho que a participação indígena era muito forte e muito relevante e respeitosa, porque eu acho que tinha muito as lideranças políticas[...]. Não eram representantes jovens, não eram representantes... eram os caciques, as pessoas que realmente tinham um poder muito grande de comunicação, de trazer os problemas da comunidade. Como a gente participava do conselho distrital, a gente conseguia discutir isso muito no nível local quando voltava também pra tentar implantar as coisas...* (Indigenista 3).

Percebe-se também que as próprias atas do CONDISI e FPCONDISI vão tornando-se cada vez mais formais, com relação de presentes, numeração de linhas, registros de votação, em alguns casos nominalmente, principalmente quando estas votações são de interesse da gestão e algum Presidente que compõe o FPCONDISI se manifestou de forma contrária na discussão. Em relação ao conteúdo, percebem-se variações importantes nos detalhamentos da discussão com as mudanças de relatores.

Na Ata da 1ª Reunião Extraordinária – 2011 que traz como pauta a discussão das Minutas de Regimento Interno dos CLSI, CONDISI e Fórum está relatada que a Minuta do CLSI deve ser discutida em cada região, considerando a forma de organização de cada povo indígena. Porém, as definições estabelecidas pela Portaria 755/2012 já inviabilizam este respeito previsto na Constituição, na Convenção 169 da OIT e na Lei Arouca. Ao estipular que os membros do CLSI devem ser eleitos dentro da comunidade, tenta-se dificultar a participação de todos nesta instância do Controle Social, uma prática, até então, comum, relatada anteriormente e destacada em diversas falas, como neste trecho da entrevista com o Indigenista 1:

> *Eram abertas, as pessoas podiam vir, eu me lembro de uma reunião [...] que eu quase ensandeci porque a gente tava imaginando que ia chegar umas 60, 80 pessoas e era 320 pessoas, e vinham por várias razões [...] mas acabavam participando e muito né, é... hoje em dia eu já não consigo imaginar uma reunião do Conselho que dure uma semana né, e durava, teve uma [...] que durou 10 dias né, acabou a comida, não tem mais dinheiro pessoal, bora pras aldeias, traz farinha, traz banana, vamos continuar conversando né, hoje não tem mais né, o cara ganha a diária, passagem dele, vai lá fica no hotel, discute na câmara municipal, ou na sede do Distrito, não sei o que, e a comunidade mesmo fica fora, então.* (Indigenista 1)

Na entrevista da Indígena Tremembé/CE pode-se perceber o resultado operacional da nova regulamentação no DSEI no processo de definição dos delegados:

> *Os conselheiros são escolhidos, agora este ano vai ser ano da gente renovar, porque terminou os quatro anos, e aí esse ano, a gente já vai fazer. A gente faz assim, Conferências locais nas aldeias, aí de lá a gente tira pessoas para fazer uma Conferência grande do Povo Tremembé, aí neste dia é escolhido os conselheiros do Conselho local, que no caso do Conselho Local do meu Povo tem hoje, tem 15 titulares e 15 suplentes. [...] Só indígena! Os Conselhos Locais são 100% indígenas. Aí desses 15 titulares, é tirado no nosso caso, lá no Ceará tem 14 etnias, aí das 14 etnias formam o Conselho Distrital, de cada uma é feito uma divisão de quantos, depende da população, no meu povo são tirados cinco conselheiros locais para ir para o Distrital, que aí o Distrital é formado como, é paritário, 50% indígena e aí 25 % gestor/prestador e os outros 25 % profissionais de saúde.* (Tremembé/CE)

Mesmo composto apenas por indígenas, o número restrito de conselheiros rompe com a responsabilidade coletiva pela saúde indígena. Ao longo dos 34 DSEI, não se pode afirmar

que esta é a realidade mais frequente, contudo, nas reuniões do CONDISI Litoral Sul foi destacada a importância de estabelecer a composição dos conselheiros locais para que seja possível a disponibilização de recursos financeiros para as reuniões e as prestações de conta, como foi orientado em reunião de março de 2017, na qual estava presente e por isso, foi possível observar que não está retratado na ata.

Este cenário reforça a responsabilidade individual dos conselheiros pela discussão da política de saúde indígena, como reforça o Indigenista 1:

> *Aquela coisa era aquela coletiva o problema que era de todo mundo, hoje tá terceirizado para os conselheiros entendeu, se dá certo tudo bem, se não der certo pau nos conselheiros, não é no Estado... né, é isso que eu tenho visto né... e o aparelhamento mesmo, de uns anos, no meu ponto de vista absurdo né, esse Fórum de Presidentes, essa coisa todo isso pra mim é uma loucura né, loucura, né porque distancia muito, então assim, onde eu ando né, eu não vejo essa discussão, do fórum, de muitos conselhos chegar a aldeia né, e chegavam, porque as reuniões eram nas aldeia...* (Indigenista 1).

Desta forma, estabelecem nestes espaços de Controle Social questionamentos quanto à representatividade dos conselheiros, que também é comum no SUS, como relata o Indigenista 2:

> *Isso é o problema do modelo de representatividade que foi adotado no SUS brasileiro; então, você acaba gerando um conjunto de lideranças que têm sua legitimidade, sem dúvida, mas elas são muito mais sensíveis às necessidades do poder do que a necessidade das populações que estão, de fato, desassistidas, porque essa é a realidade. Tem alguns representantes de conselho, presidente, que são pessoas extremamente motivadas, extremamente mobilizadas, agora, o resultado concreto é que os CONDISI não têm conseguido influenciar de forma efetiva na instância política, vide a polêmica mais recente de Rondônia, os índios com a SESAI, a respeito da indicação, e esse momento atual é o momento mais adverso de todos que eu já enfrentei na questão da política de saúde indígena porque você tem o Ministro que foi colocado lá pra gerenciar tudo, que é o autor da PEC 215 que quer mutilar severamente os direitos indígenas; então, é um momento dos piores, chato, desde que esse sistema começou a ser instituído.* (Indigenista 2)

Num espaço dominado pela linguagem da biomedicina e pela operacionalização do Estado, o perfil dos conselheiros que conseguem ocupá-los nem sempre reflete as características dos sábios das aldeias. Este espaço, mesmo abrindo um canal para diálogo,

reforça e reafirma que este diálogo deve ocorrer na lógica colonial, por ser altamente estruturado com as regras não-indígenas. As atas do FPCONDISI e do CONDISI Litoral Sul relatam a solicitação dos indígenas, em diversos momentos de discussão que necessitam de definição, a solicitação para os não-indígenas se retirarem da sala de reunião. Esta necessidade, que tornou prática prevista nas pautas – discussão entre os indígenas – demonstra outra forma de relação com o conselho, onde algumas decisões devem ser dos indígenas e não do coletivo paritário. A Indigenista 2 destaca a necessidade de recursos, que não são apenas financeiros, para que este canal de diálogo seja de fato entre as aldeias indígenas e o governo, o que deliberadamente não ocorre:

> *O perfil da pessoa que tem que estar no CONDISI tem que ser uma pessoa escolarizada, que tenha um domínio excelente do português, que conheça e interaja como funciona as instituições, ou seja, é um perfil de líder que é, de fato, mais afeto ao mundo do branco do que ao mundo indígena. Independente das convicções ou da idoneidade das pessoas, elas são conduzidas num processo em que, muitas vezes, elas não conseguem nem exercitar o juízo crítico porque o contexto não permite. Porque, isso só poderia funcionar se essa liderança intermediária, digamos assim dos CONDISI, elas estivessem, de fato, com canais abertos com a discussão com a liderança de base, e pra isso precisaria de recursos, e acho que o CONDISI, ele foi criado deliberadamente sem recurso pra fazer essas coisas, pra evitar que houvesse essa grande adesão; essa é uma primeira questão.* (Indigenista 2)

Krenak/MG acrescenta nesta discussão dois pontos importantes: a necessidade de uma organização logística para garantir a presença dos indígenas nas reuniões e a assimetria entre os segmentos dos conselhos:

> *O grau de participação né, a medida de participação ela é desigual quando você pensa Mato Grosso do Sul e pensa por exemplo o Alto Rio Negro. Quando tem uma reunião do Conselho né, dos CONDISI né, não é isso? ... onde a convocação é feita dentro do protocolo, com tempo das pessoas virem, que promove meios, apoia o deslocamento e a presença dos representantes dos conselhos. A preparação do ambiente para essas escutas, ele começa lá trás, porque às vezes o pessoal fala, mas a gente convoca e não vem ninguém né. Como não vem ninguém? Como que as pessoas vão se deslocar? De onde vão se deslocar? A gente sabe que tem alguns lugares que um Conselheiro precisa sair quatro ou cinco dias antes da reunião para ele poder estar no dia da reunião. Se ele é avisado naquela semana pra ele vir, ele não vem mesmo. Aí tem pouca, pouca presença, aí isso é entendido como falta de interesse, que é aquela diferença que eu estava falando de ... a diferença do que é cada é ... ritmo dessas, dos que são usuários né, esses termos todos. Tipo quem é usuário e quem é prestador, né. Quem presta serviço,*

> *quem é usuário e depois quem faz gestor, não é isso? ... tem aquelas categóricas. Tem o usuário ... e o gestor. [...] pra fins de organizar o sistema, criam essas instâncias, essas categorias, elas mais afastam do que aproximam os coletivos que vão precisar se integrar depois para fazer alguma coisa junto, porque eles já começam ... porque eles já começam com desigualdades instaladas. ... né, tipo quem é que está falando, né? E nesse exemplo que nós estamos seguindo, a gente vai olhando a diferença de capacidades né, de oportunidades, e capacidades de interagir com o processo. E ele é determinante para você se perguntar se essa participação está sendo ... se ela está melhorando, se essa participação está sendo efetiva ou se ela é só uma representação. É um ritual que tem que ... para funcionar o sistema tem que fazer as consultas, tem que produzir os planos, tem que aprovar os planos e depois implementar. Porque são eles que orientam o orçamento depois né* (Krenak/MG)

Estes pontos demonstram a necessidade do cuidado com a organização da reunião para que questões logísticas não sejam impeditivas da garantia de participação. Torna-se ainda mais importante quando as reuniões passam a ocorrer nos centros urbanos, o que requer dias de deslocamento de vários representantes indígenas. Isto traz outras necessidades quanto à disponibilidade de recurso financeiro e programação da reunião com antecedência e, por consequência, estabelece alguns pré-requisitos para a participação. As constantes mudanças de datas de reunião do CONDISI Litoral Sul, por exemplo, podem ser percebidas nas atas e interfere na presença dos Conselheiros.

Uma importante reflexão colocada é a percepção da gestão, que organiza estas reuniões, quanto à plena disponibilidade dos conselheiros para comparecer a estes fóruns na melhor data para a gestão, que prioriza as suas atividades. Com justificativas de falta de tempo para organizar a reunião e liberar recursos, ou até mesmo outras atividades que estão envolvidos, a gestão vai modificando estas datas sem considerar as demais pautas e atividades políticas e de vida dos conselheiros. É quase como uma relação de favor, onde a gestão propicia o ambiente de participação para que os indígenas, que possuem a obrigação de estar presentes, discutem e votem, a partir da lógica do Estado, nas pautas colocadas.

Esta visão da gestão repercute no segundo ponto colocado por Krenak/MG quanto à desigualdade instalada entre os segmentos. A separação entre gestão, trabalhadores e usuários estabelece diferenças entre os conselheiros, que mais os distanciam que aproximam, segundo Krenak/MG. Assim, pode-se entender que a organização do Conselho não é suficiente paraaproximar a participação indígena da gestão do subsistema.

Neste contexto de estrutura imposta pelo Estado, seguindo o modelo 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 sobre a estrutura do Controle Social na Saúde Indígena. Os indígenas que participam das instâncias como conselheiros, ou são profissionais das EMSI, reconhecem, apesar de críticas o seu funcionamento, sua importância e que este é o espaço onde deve-se discutir a Política de Saúde Indígena no país. Entretanto, indígenas que não atuam nestes espaços consideram que são espaços de "índios chapa branca", que estão para legitimar as decisões do governo, e não para representar as necessidades da comunidade:

> *Hoje, é, eu tenho uma crítica muito grande em relação à SESAI porque é, as nossas lideranças elas foram, digo assim, cooptadas porque eles são conselheiros e eles sendo conselheiros eles precisam viajar e garantir que alguma política chega ali dentro. Mas, quando eles são cooptados? Quando a própria SESAI ela paga recurso para que os conselheiros, eles aprovem uma política voltada não para os povos indígenas mas para o órgão chamado SESAI. Os conselheiros, eles dançam a música da própria organização que se chama SESAI, né? Então eles estão muito mais defendendo a SESAI do que a própria, é... o próprio direito a saúde que os indígenas têm, então eu vejo assim, não com muita atuação, não com autonomia de conselho dentro da minha região. [...] Geralmente tem as reuniões do CONDISI, mas eu não vejo assim algo que se poderia garantir dentro destas discussões porque está voltado mais ao benefícios do presidente que foi escolhido ali como conselheiro mas que na verdade era para assegurar algo concreto para os povos indígenas na questão de saúde e eu vejo que, é, não está sendo, é, bem apresentado este conselho mesmo que ele seja, os conselheiros de base, sejam escolhidos pela própria comunidade e quando eles chegam lá dentro eles, eles não tem voz, eu não vejo que eles tem voz, pra dizer que aquilo ali está errado e que nós precisamos encaminhar desta forma.* (Taurepang/RR)

> *Tem alguns parentes, próprios parente também no, fica ao lado do próprios governo né, juntos ficam negociando só pro interesse dele e não consegue é trabalhar com o objetivo em coletividade do povo indígena né, e isso também atrapalha bastante na negociação, na discussão né, na saúde indígena, eu vejo assim por isso que tem muita gente, muitos parentes que fica em Brasília, morando e respondendo pra pros povos indígenas do Brasil, mas eles mora na cidade, não consegue acompanha dia a dia e as vezes não consegue negociar, não consegue acompanhar, o que realmente tá acontecendo a saúde indígena, na base né, com isso atrapalha bastante, eu vejo que atrapalha muito né, eu acho que tem que ter um representante da base também, dentro do... lá em Brasília né, participação direto...* (Guarani/RJ).

Estas situações, além de reforçar a crise de representatividade, trazem à tona importantes questões que são agravadas pela assimetria das relações nos conselhos, como coloca Krenak/MG. Considerando todas as exigências para participar das reuniões –

disponibilidade de viajar, conta bancária, dentre outros – em muitos momentos o Estado assume algumas pessoas com maior disponibilidade e facilidade de deslocamento como representantes dos povos indígenas. Contudo, muitas vezes, estas pessoas não têm a possibilidade de acompanhar a realidade das aldeias como necessário e, ainda mais importante, a representação de mais de 300 povos com suas diferenças não é simples, assim, não pode ser feito por algumas pessoas escolhidas pela gestão. O Gestor Federal 1 também retrata um interessante momento de reunião com lideranças indígenas onde esta dificuldade de representação está colocada:

> *Uma vez numa reunião tinha algumas lideranças e ele* [representante do Planalto para articular com os povos indígenas] *fez uma fala de cobrança das lideranças, falou: "ó vocês são muito difíceis porque a gente nunca sabe se está negociando com a pessoa correta, já negociei com um, depois veio outro e desmonta e não sei o que... vocês têm que definir, tem que se juntar, né, vocês têm que ter os seus representantes". Ele tava tentando reunir o conselho indigenista. E aí, a liderança pegou e falou assim: "o Doutor Cesar olha lá do outro lado [mostrando pro congresso], olha lá o congresso vocês são o mesmo povo, a mesma língua, e esse congresso tem 500 representantes, cada um pensando diferente, cada um com partido diferente. O senhor quer que a gente que tem línguas diferentes, histórias diferentes, povos diferentes, tenha um representante só, não, vocês vão entender que a gente são vários mesmo".* (Gestor Federal 1)

As considerações de FERREIRA (2012) ao colocar que, na prática, a participação da comunidade não acontece nos espaços do CONDISI chamando a atenção para que estes espaços, que são importantes, não se tornem apenas locais de legitimação das ações do Estado, vêm ao encontro das colocações dos entrevistados. Traz para a reflexão a expressão do Colonialismo Interno, ao se estruturar espaços e a participação na lógica dos não-indígenas. Nesta organização, está evidente a percepção dos entrevistados quanto ao pouco espaço para voz e pautas indígenas, que representem as comunidades, colocando em questão a relação de cooptação da discussão pelo Estado.

O material analisado e as entrevistas mostram com clareza que as necessidades específicas dos indígenas possuem poucos espaços para discussão nos CONDISI. LANGDON e DIEHL (2007) já destacaram a estrutura burocrática e institucionalizada dos CONDISI, que dificulta a participação da comunidade indígena, e trouxeram uma importante questão sobre o papel destes espaços quando coloca que a atenção diferenciada, principal missão do SASI, não é discutida nas reuniões. Este apontamento das autoras, persiste 10 anos depois, as atas do

FOCONDISI e do CONDISI não retratam a discussão da atenção diferenciada, de como deveria ser organizada a assistência nas aldeias e de como se deve articular a participação de pajés, parteiras, das medicinas indígenas com a EMSI. A valorização destas medicinas é apontada como necessária em diversas reuniões, mas não passa de um relato sem eco ou repercussão junto à gestão, assim como as necessidades de cada Polo Base no CONDISI e de cada CONDISI no Fórum que aparecem relatadas num momento da reunião de cada um expor sua realidade. Parafraseando alguns indígenas, seria o momento "muro das lamentações", que não desdobra em nenhuma discussão mais aprofundada nas reuniões. Assim, a semana de reunião de CONDISI é um momento de intensa disputa de agenda de reunião com o Coordenador do DSEI e sua equipe, muitas vezes esvaziando a plenária e privilegiando a discussão individualizada das necessidades locais com os gestores, demonstrando também a fragilidade e a ausência de autonomia do Polo Base.

Outro ponto importante que corrobora com esta pouca resposta às necessidades indígenas, é o fato das atas do CONDISI, que sempre citam diversos encaminhamentos de documentos às instâncias competentes, muitas delas a própria SESAI, iniciarem com a afirmação "não houve resposta aos encaminhamentos enviados". De encontro com estas atas, a maioria dos indígenas, prioritariamente do Sul/Sudeste, também relatam nas entrevistas a falta de retorno e compromisso da gestão na discussão conjunta das pautas colocadas, como demonstra os trechos destacados:

> *É difícil né, ter uma resposta do que a gente tá vindo aqui, a gente vem discutindo a anos né com o Conselho Distrital, é pouco que a gente recebe a resposta de lá né, é pouca coisa.* (Guarani/RJ).

> *Uma das questões é a própria questão política, e também envolve a própria questão de, é, dessa forma de nós também ter o Controle Social, mas, e nós não poder é, as reivindicações também não seriam atendidas e isso também um pouco reflete nas próprias aldeias, porque o Conselho Distrital ele delibera muitas coisas, mas muitas vezes ele, é, não somos atendidos, e com isso acaba enfraquecendo as bases das aldeias, que é o principal, é o meu modo de ver.* (Guarani/RS)

> *Alguns tem, mas outros, a gente encaminha ofício, documento, o que for, mas aí as vezes a gente não tem resposta, mas aí a gente tem como provar que fez alguma coisa, encaminhou. [...]. Na maioria das vezes é Ministério Público, as vezes responde, mas é muito difícil deles responderem e quando responde ainda não é o que a gente realmente queria, né? Pensava que ia ser. Mas os outros, os outros encaminhamentos são mais*

> *para o próprio DSEI, né? Ou então para cá, pra SESAI central, e aí a gente obtém uma resposta em curto prazo, recebe esta resposta.* (Tremembé/CE)

O relato do Guarani/RS destaca uma preocupação frequente nas atas analisadas, a cobrança das bases. Em que pese a delegação de responsabilidades aos conselheiros, estes demonstram grande respeito com o que a comunidade coloca. Diante disto, é possível 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 dia-a-dia dos conselheiros. Hoje o problema está terceirizado para os conselheiros e a própria visão de conselheiros "chapa branca" contribui nesta construção do imaginário, onde 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, como destacou o Indigenista 1, "*se não der certo pau nos conselheiros, não é no Estado*". O que reforça que 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, os entrevistados Tremembé/CE e Guarani/RS apontam que, na prática, não há tempo para conversar e discutir com as bases:

> *Então! Não é bem isso a realidade, a gente não tem esse teeempooo assim, não tem! E aí a gente acaba dizendo, citando sempre a questão da OIT que é garantida a questão da consulta prévia, e tal, mas aí a gente acaba fazendo essa consulta prévia, mas de uma forma, não exatamente como era pra ser, porque a consulta realmente era pra ser detalhada, ir na base, lá na aldeia conversar, e as vezes não tem tempo, porque tudo é com prazo bem limitado. Tipo, isto do GT, a gente tinha até agora só pra fazer a reunião e bater o martelo aqui no ATL, mas a gente tinha que fazer tudo isso, meio que nas carreiras, por conta que há um prazo do governo com o movimento indígena, existe uma multa aí milionária pra ser cobrada, aí a gente pensou: se a gente não sentar, fizer alguma coisa, o governo vai chegar com uma proposta e vai dizer, e esta, engula de goela a baixo já que vocês não fizeram nada e é essa e ponto final.* (Tremembé/CE)

> *Não, não. Tem essa a questão na essa liberdade de poder discutir, mas tempo muitas vezes não, não temos. [...] muitas vezes acontece isso e isso acaba refletindo nas bases e aí acaba que os próprios indígenas começam a discutir entre si medidas a não entendimento de que forma foi feita.* (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 a garantia do entendimento pelos indígenas para uma tomada de decisão consciente, como destacam o Indigenista 2 e Krenak/MG:

> *Primeiro que essa questão do CONDISI é uma, assim, muito difícil você falar, considerando que o CONDISI são todas as lideranças indígenas que devem ser respeitadas, mas pelo papel do CONDISI. Mas o fato é que o CONDISI é uma instância que não segue a lógica indígena de exercitar o poder político, ele é uma instância de branco e que, dependendo da situação, as pessoas ou são coagidas, ou não 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, e não são todas as lideranças, atualmente eu nem sei realmente qual é a composição dos CONDISI, assim, de um modo geral, porque não estou acompanhando isso já há algum tempo, mas houve momento que eu acompanhei que essas pessoas que estavam no CONDISI elas tinham adesão muito fraca às aldeias, de fato; até porque* [...] *Então, isso não é uma coisa que acontece só no mundo indígena, você está vendo isso no SUS como um todo. Então, eu entendo que esse processo participativo do SUS como um todo, ele tem que ser problematizado e discutido, porque você tem uma grande centralização de poder e tomada de decisão no nível central, ou seja, [...]. Você tem descentralização e desconcentração de ações, porque as prioridades estão dadas a priori; a tomada de decisão, e não vejo isso nos municípios, não vejo isso com os Secretários Municipais de Saúde com base no que a gente analisou aqui. Agora, você pode pegar e imaginar e estender esse raciocínio que acontece nos CONDISI.* (Indigenista 2)

> *Por um período de mais de oito anos, eu acompanhei aqui o DSEI aqui de Minas e Espírito Santo, [...] e uma coisa constante que eu notava, era que os orçamentos eles eram feitos a priori, eles eram submetidos para aprovação e eles eram feitos numa linguagem tão especializada que a maioria dos Conselheiros não conseguia ler as planilhas, mas eles eram ... é ... eles eram estimulados e às vezes até convencidos que eles tinham que aprovar logo aquilo porque senão nossa região ia ficar fora do orçamento, fora do projeto digamos. Então essa simplificação das negociações que eram feitas, elas acabavam homologando os orçamentos que os Coordenadores queriam, que os Gestores principais queriam, [...]. Aí quando os Secretários de Saúde começaram a criar os foros deles e admitir alguma participação dessas representações dos conselhos, aí começou a se revelar que realmente tinha um sistema de é ... controle político dessas unidades que acabavam por definir quem que ia ser o Coordenador. [...] então, foi quando eu descobri que esses cargos são cargos importantes pra caramba na*

> *distribuição dos esquemas de política. Do estado e também de Brasília. Então, tem uma porção de injunção da política até chegar na estrutura operacional de um DSEI, entendeu? ... esse filtro é horroroso. Porque ele na verdade decide muito mais do que que vai acontecer na ação da saúde do que os conselhos, os planos locais. É ... isso desestimula pensar esses ... essas estruturas como essas estruturas que têm operacionalidade mesmo e que elas vão ser capazes de implementar um programa. Porque o tanto de interferência que tem, o tanto de pressão que sofrem de fora, acabam descaracterizando as propostas que são formuladas, os planos que são feitos e o que acaba chegando, no que eles chamam de finalística né, o que acaba chegando mesmo como ação, é muito pouco. E eu tinha lembrado agora de um outro exemplo, que acho que ficou também revelado nessa época, que quanto mais crescia o orçamento global da saúde indígena pior ficava o serviço. Até que a gente descobriu que quem fazia a relatoria dos orçamentos em Brasília era o Romero Jucá ... Jucá, entendeu? Cara que foi presidente da FUNAI, que foi Governador de Roraima, que sacaneia os Yanomami o tempo inteiro, e que já chegou a ser o cara que controlava os contratos da saúde indígena lá encima para Roraima, pros dois de DSEI lá.* (Krenak/MG)

Por fim, pode-se reafirmar que participação indígena na gestão do Subsistema perpassa não apenas pela dificuldade de diálogo intercultural, mas também, pela dificuldade de se lidar realmente de forma diferenciada com esta população (TEIXEIRA e cols., 2013). Embora exista o SASI que se propõe ser diferenciado, no Controle Social esta diferenciação não é percebida. O Estado que historicamente exerce um poder coercivo sobre os povos indígenas, como descrito por CLASTRES (2003) na década de 60, não vem respeitando os modos tradicionais de organização política desses povos, reafirmando o colonialismo interno. E estabelecendo uma relação de coação nos espaços do Controle Social, silenciando as pautas indígenas

Coloca-se aqui a reflexão quanto à lógica de organização destes espaços. Assumindo que leis e governo não-indígenas não partem da mesma lógica indígena de organização, como já afirmava CLASTRES (2003) em "Sociedade contra o Estado". E que no processo de colonização estes povos percebem a necessidade de uma aproximação desta lógica de organização, nos colocamos diante de um importante paradoxo. Como garantir a participação indígena em espaços criados numa outra racionalidade, uma racionalidade abissal como poderia dizer SANTOS (2009)?

É inegável a importância dos fóruns de participação do SUS e Subsistema, contudo, os dados aqui analisados possibilitam dizer que ao longo do tempo estes espaços, cada vez mais burocratizados, pouco permitem espaço para os povos indígenas. São espaços que, atualmente, têm como objetivo principal cumprir as obrigações legais de consulta e

participação, como as estabelecidas pela Lei 141/2012, que "*Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal...] estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo...*" e o Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a, 2012b). Desta forma, vão perdendo o sentido para a comunidade indígena como um todo que os veem como espaço de legitimação das propostas de governo, e criam conflitos entre os indígenas que cobram uma resolutividade dos conselheiros.

4.3 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE SOCIAL E O ESTADO: DUAS HISTÓRIAS MARCANTES NAS ATAS, CONFERÊNCIAS E ENTREVISTAS

Nas análises das entrevistas e atas, chamaram a atenção dois pontos com discussões constantes na política de saúde indígena que possibilitam perceber as facilidades e desafios nas disputas de espaços nos fóruns de Controle Social e, principalmente, nos resultados destas deliberações. Um destes pontos, a divisão do território dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul está relacionado a uma reivindicação dos povos indígenas, e o outro, a contratação da força de trabalho da saúde indígena é de interesse da gestão, e que precisou ser discutida nas instâncias de Controle Social nos DSEI.

4.3.1 O Caso do DSEI Litoral Sul

A discussão sobre o território do DSEI Litoral Sul está colocada desde o início do SASI. É objeto de relato nas atas das primeiras reuniões do CONDISI em 2003, reafirmando a necessidade de manutenção do território Guarani como uma unidade. Ao decorrer do tempo, sempre teve seu destaque e chama a atenção dos que frequentam esse espaço, como relata o Indigenista 3:

> *Reuniões do Conselho Distrital em Curitiba, que aconteciam com certa regularidade e que contava com a presença das principais lideranças Guarani que estavam vivas ainda e que tinham como tônica da fala a garantia da manutenção do Distrito Litoral Sul, como uma unidade guarani. Então assim, o que mais marca a minha memória em relação à questão do Distrito Sanitário era a luta Guarani pra manter as lideranças com oportunidade de reunião, de integração entre as aldeias, de troca de ideias, de conhecimento e de discussão dos problemas de saúde e não de saúde e que isso fosse garantido e oportunizado pelo conselho. Porque eles reclamavam muito a dificuldade de se manifestar quanto estavam os Kaingang presentes, ou outras etnias e tal e aquilo ali era muito forte.* (Indigenista 3)

O DSEI Litoral Sul é composto pelas regiões litorâneas dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e tem sua sede na cidade de Curitiba, no estado do Paraná. Assim, divide a gestão da saúde indígena nas regiões Sul e Sudeste do país com o DSEI Interior Sul que abrange o interior dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com sede na cidade de Florianópolis. É importante contextualizar que na estrutura organizacional da FUNASA, gestora do SASI entre 1999 e 2010, havia as Coordenações Regionais (CORE) e o DSEI por não ser Unidade Gestora (UG), dependia da estrutura e da execução financeira por estas instâncias. Por abranger diversos estados em cada CORE, onde não estava localizada a sede dos DSEI, foi organizada a Assessoria de Saúde Indígena responsável pela execução das ações naquele estado, independente das aldeias indígenas pertencerem ao DSEI Litoral Sul ou DSEI Interior Sul. Esta configuração territorial e de processos de trabalho fez com que esta região não funcionasse como DSEI, sendo o gestor único da Saúde Indígena no território, mas sim, cada estado realizava suas ações e gestão e o DSEI consolidava os dados do território e encaminhava à FUNASA/Brasília.

Desta forma, merece destaque na história dos DSEI Interior Sul e Litoral Sul a decisão do MS em 2006 de dividi-los: DSEI Paraná, composto apenas pelo estado do Paraná, e DSEI Sul-Sudeste, composto pelos estados Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Esta divisão, que não considerou as questões étnicas, logísticas e territoriais, desagradou à maioria das lideranças indígenas que procuraram o MPF para rever a decisão do MS. Em 29 de dezembro de 2008, o MS, considerando a Ação Civil Pública movida pelo MPF de São Paulo, revogou a portaria que criava o DSEI Paraná e DSEI Sul-Sudeste e voltou à configuração para DSEI Litoral Sul e DSEI Interior Sul.

Com predomínio de etnia Guarani Mbyá, o CONDISI do DSEI Litoral Sul sempre discutiu a inclusão de indígenas Guarani que residem no território do DSEI Interior Sul, que tem predomínio da etnia Kaingang. Enquanto os Guarani reivindicam a criação do DSEI Guarani, o CONDISI Interior Sul reivindica a divisão do território em um DSEI por estado. Na 4ª CNSI foi discutido o tema, que já era objeto de discussão no CONDISI, e deliberado que:

> a.15 A Funasa reverá as delimitações territoriais dos Dseis existentes, considerando necessidades já identificadas, tais como: incluir no Dseis Litoral Sul as comunidades Guarani, que ocupam o território do Distrito Interior Sul.
>
> a.16 A Funasa, nesta revisão, alterará o modelo atual do Dseis Interior Sul, para implantação por Estado, com sede na região onde houver maior população indígena, com autonomia orçamentária e financeira.

Apesar da deliberação, não houve nenhuma alteração na conformação dos territórios, mas o CONDISI Litoral Sul passou a ter representantes Guarani Mbyá que residiam no território do DSEI Interior Sul.

A partir da criação da SESAI, para auxiliar na gestão de um território tão extenso, foram criados Serviços de Escritórios Locais (SEL) em SP e RS. O SEL-SP ficou vinculado ao DSEI Litoral Sul e o SEL-RS ao DSEI Interior Sul. A Portaria 3.965/2010, que vinculou cada um dos SEL a um DSEI, o que está mantido na Portaria 1.419/2017, trouxe à tona, novamente, as discussões sobre a divisão dos DSEI (BRASIL, 2010b, 2017b), que foi reforçada com a criação das UG nestes distritos. Estas mudanças resultaram em uma alteração neste território, chamada por território de gestão, sem a consulta prévia aos CONDISI correspondentes. Assim, o DSEI Litoral Sul passa a executar ações e fazer contratos para o estado do Rio de Janeiro, todo estado de São Paulo e Paraná, enquanto o DSEI Interior Sul é responsável pelos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Porém, o CONDISI Litoral Sul, não concorda com esta alteração administrativa, não aceita a alteração do CONDISI para seguir esta conformação de território. Assim, mantém a conformação do CONDISI com representantes dos cinco estados e reivindica a volta do território original, reafirmando o desejo de inclusão das comunidades Guarani do Interior no que seria o DSEI Guarani.

Membros do CONDISI Litoral Sul, compreendem que a gestão não considera suas deliberações, destacando a falta de debate quanto a divisão do DSEI em territórios de gestão:

> *Pra ser sincero a SESAI não tá nem ai, porque pra fazer essa divisão da gestão é dos recursos não ouve um debate com os indígenas que deveria haver, então isso prejudicou muitas coisas, a questão do próprio, da própria entendimento dos próprios indígenas também ficou bagunçada isso podemos dizer assim, porque deveria haver a consulta aos indígenas se é melhor assim ou não as coisas vieram de cima pra baixo então isso acabou complicando muito e a própria questão do CONDISI também, nós próprios indígenas não estamos sabendo valorizar o nosso CONDISI, as discussões, a semanas de discussões que a gente tem, a gente não acaba aproveitando de fato tudo que é importante de se discutir, então é, não culpo, não me culpo, não culpo os próprios indígenas também, porque é um processo novo, uma coisa nova que a gente tá assimilando ainda mais que de que poderia ter muito mais já, avançado. [...]E já foi da própria, aí é que entra naquela questão que, acho que do começo da pergunta, tipo a SESAI ela, ela acata as decisões da CONDISI? Porque já foi mandado pra revogar pra voltar a configuração original tanto na gestão quanto no Controle Social, mas isso não está sendo feito." "Porque é uma decisão dos próprios Xeramõi, os mais velhos, que na época das decisões fizeram dessa forma até porque os Guarani são nômades por natureza, é tem o seu território, então a gente vê o litoral como o território Guarani então isso, por isso os mais velhos fizeram dessa forma e foi mudado sem nos saber então isso ficou ruim.* (Guarani/RS)

Diversas deliberações foram feitas, documentos enviados, sem retorno da gestão no nível central, ou seja, a SESAI. É importante destacar a complexidade do tema, principalmente com a divergência entre os CONDISI. Considerando isto, foi prometido pelo Secretário da SESAI em 2011, no seminário com os CONDISI Minas Gerais e Espírito Santo, Litoral Sul e Interior Sul que ocorreu em Florianópolis, a criação de um Grupo Técnico com representantes de ambos os DSEI para elaboração de uma proposta. O Grupo foi formado em 2013 após pressão dos indígenas, como demonstram as atas, e elaborou uma proposta, que também foi discutida nas Conferências Distritais de Saúde Indígena que ocorreram como etapas preparatórias para a 5ª CNSI. Nesta Conferência, foram aprovadas propostas de reorganização de alguns DSEI (1.5 Subeixo: Avanços e Desafios da Gestão do SASI, propostas 63-69), que assim como as propostas do DSEI Litoral Sul e Interior Sul não foram implementadas até o momento.

Este caso é um exemplo de tema de intensa discussão no CONDISI Litoral Sul que vê suas deliberações não serem consideradas e respondidas pela gestão. Cabe ressaltar que a Portaria 755/2012 estabelece que as deliberações dos CONDISI devem ser homologadas pelo Secretário da SESAI. Este fato, além de demonstrar a baixa autonomia dos DSEI, burocratiza as relações e não vem sendo cumprido, visto que a SESAI não responde à maioria dos

encaminhamentos e não publica as deliberações. Na página da SESAI[11], a partir de 2018, é possível localizar as atas dos anos de 2017 e 2018 do DSEI Litoral Sul (informação não disponível para todos os CONDISI), identificação do presidente e vice com Portaria de Nomeação, duração do mandato e Portaria de Regimento Interno. Estas mesmas informações estão disponíveis para o FPCONDISI. Contudo, apesar das informações recentemente disponibilizadas, estas não são suficientes para cumprir a recomendação do MPF na publicação "Dia "D" pelo Fortalecimento do Controle Social na Saúde Indígena", "Recomendação nº 08 - Transparência e informações dos CONDISIS", que gerou uma página no site do MPF com algumas informações recebidas dos CONDISI (MPF, 2018).

A gestão, desta forma, demonstra a falta de transparência existente na Saúde Indígena, restringindo a apenas os conselheiros de CONDISI e membros do Fórum, respectivamente, o acesso a estas informações e, assim, o acompanhamento e cobrança da gestão, o que colabora com a visão de quem está de fora destas instituições que existem apenas como espaços para legitimar as propostas do Governo, ou como afirma o entrevistado Guarani/RJ, conselheiro distrital, "*uma barreira para os indígenas não chegarem a Brasília*".

4.3.2 Contratação de Profissionais

Quando uma pauta é de interesse da gestão, pois entende que a discussão e o referendo dos indígenas contribuem positivamente, esta é encaminhada para os CONDISI e muitas vezes publicizada por meio de reportagens no site da instituição, com a justificativa de cumprir o estabelecido na Convenção 169 da OIT quanto à consulta prévia. Como é possível exemplificar com a discussão do modelo de contratação dos profissionais.

O modelo de contratação de profissionais é objeto de intensas discussões na política de saúde indígena e apontada com um grande desafio no capítulo anterior pelos gestores. Inicialmente realizada em parceria com municípios e ONGs que comumente não seguiam a legislação trabalhista foi objeto do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) 412/2009, que

[11] http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/controle-social/controle-social-na-saude-indigena

estabeleceu prazos para o MS realizar concurso público e contratar os profissionais das EMSI. Em 2013, após o fim do prazo inicial e o concurso não ser realizado, a SESAI acordou com o MPF que consultaria os CONDISI para definir as regras do concurso, respeitando assim o que estabelece a legislação.

A importância deste tema está representada no relatório da 5ª CNSI com 70 propostas no subeixo "Avanços e Desafios na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais" que contradizem entre si defendendo concurso público, concurso público regionalizado, seleção por processo seletivo, ampliação do prazo do TAC e efetivação dos profissionais que estavam contratados, como por exemplo:

> 1) Garantir concurso público regionalizado para a Sesai, através do Ministério da Saúde (MS), respeitando as especificidades para os profissionais de Saúde Indígena e diferenciado para os profissionais indígenas, de forma que atenda as especificidades socioculturais dos povos indígenas, conforme os artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988 e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adequando a organização social de cada povo, devendo ser realizado no mesmo dia em todo o Brasil.
>
> 2) Os órgãos responsáveis (Ministério do Trabalho, Planejamento e da Saúde) devem garantir a realização do Concurso Público para contratação de profissionais, no intuito de suprir a grande deficiência na gestão administrativa (área meio) e trabalhadores de saúde (área fim). Concurso este que deve ser planejado de forma diferenciada, para que servidores que atuam há tempos na Saúde Indígena não sejam prejudicados. O mesmo vale para profissionais indígenas dos DSEI.
>
> 8) Garantir a contratação de profissionais indígenas e não-indígenas para as EMSI, por meio de processo seletivo simplificado, diferenciado, com análise curricular, entrevista técnica, comprovação de trabalho na mesma aldeia (nos casos dos membros da comunidade indígena), considerando o critério de residência fixa nas aldeias, considerando o tempo de trabalho (em caso de nova seleção ao término dos convênios): AIS, AISAN e ASB.
>
> 11) Garantir, junto ao Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do Trabalho (MPT), a renegociação dos prazos do Termo de Conciliação Judicial para a realização de concurso público, assegurando os contratos dos prestadores de serviços de Saúde Indígena, por meio do Ministério da

> Saúde/SESAI, até que haja rediscussão ampliada das diretrizes e proposições da 5ª
>
> 12) Garantir a efetivação de profissionais priorizando indígenas e não-indígenas por tempo de trabalho na Saúde Indígena. As EMSI devem ter qualificação e apoio técnico garantido para os profissionais, conforme demanda necessária da área. Exigir que estes profissionais cumpram com sua carga horária conforme contrato, e se leve em consideração as especificidades de cada povo indígena. E escala, promovendo a substituição dos profissionais em caso de férias, atestados, etc. O contratado, após três meses de experiência deverá aguardar e respeitar a decisão final da comunidade junto ao Condisi e as lideranças, e avaliação da área técnica do DSEI sobre sua permanência ou não. O governo, através dos DSEI, deverá respeitar a decisão conforme a Convenção 169 da OIT. Incluir o programa "Mais Médicos" na Saúde Indígena. (p. 46-51)

O representante do MPF entrevistado esclarece a visão da instituição nesta discussão, sobre a forma de contratação da força de trabalho para o SASI, trazendo uma preocupação estrutural quanto à garantia de continuidade do Subsistema:

> *Olha só, ninguém nega que é uma particularidade e é um muito complexa a forma de você lidar com a mão de obra da saúde indígena. Agora, a grande dificuldade, a mim, me parece que, o Estado Brasileiro, que há algum tempo tem dado esse sinal é que não há uma definição clara de se constituir uma saúde indígena sólida, e essa é a preocupação que eu sempre... com as lideranças quando eles questionam a posição do Ministério Público, que na verdade não é a posição do Ministério Público, é a posição da União, ela assim como autor, da justiça, é a posição da União, é a posição da AGU, é a posição do Ministério do Trabalho e do Ministério Federal; então, não é a posição nossa, mas é assim que repercutiu, de certa forma para os indígenas, como se o Ministério Público tivesse defendendo ou recusado essa ideia. Mas porque nós temos demonstrado pra eles, pra eles índios, hoje, a grande fragilidade da saúde indígena, a maior delas, que não há uma estrutura, não há uma garantia de que amanhã ou depois você vai ter essa política desdobrada, você não tem uma garantia de que amanhã ela vai continuar sendo da União, você não sabe se amanhã ela vai ser do Estado ou se amanhã ela vai ser do município ou se amanhã ela vai entrar em colapso, não tem garantia de nada disso. E, a única forma de você ter garantia disso no serviço público é ter uma estrutura sólida com cargos com pessoas responsáveis por fazer isso.* (MPF)

Sem resolução e consenso, cria-se, em 2017, um GT para discussão do tema, e novamente a SESAI solicita que os CONDISI deliberem sobre a forma de contratação que

consideram mais adequada. Encaminham para discussão, com curto tempo para resposta, uma tabela com o que é chamado de cinco modelos de contratação (figura 12), suas vantagens e desvantagens. Com informações incompletas, que não são claras, e uma discussão que não abrange todas as questões referentes ao tema e apresentada com o objetivo de escolher um destes modelos, os conselheiros têm poucas possibilidades de tomar uma decisão consciente sobre a pauta em discussão.

COMPARATIVO ENTRE OS MODELOS DE CONTRATAÇÃO

MODELOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES / RISCOS	ENCAMINHAMENTOS DE POSSIBILIDADES DE RESOLUÇÃO
1.ATUAL – Convênios com ONGs/OS/OCIPS	• Gestão do DSEI; • Agilidade nas contratações; • Seleção de pessoal atende os critérios estabelecidos pelos Povos Indígenas; • Direitos trabalhistas assegurados; • Controle social fortalecido; e • Melhoria dos índices de mortalidade infantil.	• Instabilidade de vínculo trabalhista.	• Ação Civil Pública de iniciativa do MPT/MPF.	• Elaboração de Proposta de Emenda à Constituição – PEC para prever a contratação indireta (sem concurso).
2.Concurso público diferenciado	• Amparo legal; • Vinculo estável; e • Continuidade da assistência.	• Legislações veda a publicação de editais com previsão de cotas ou específicos para a comunidade indígena; • Falta de plano de carreira; e • Eventuais remoções e vacâncias.	• Tendência à judicialização (recursos, denuncias, etc).	• Elaboração de Projeto de Lei – PL para disciplinar a carreira com todas as especificidades (com previsão de cotas, valorização, aposentadoria especial, regime de trabalho diferenciado, adicionais, etc).
3.Processo seletivo simplificado	• Amparo legal; • Maior agilidade no processo de seleção, se comparada ao concurso público.	• Vínculo temporário (CTU); • Vigência máxima de contratação de 4 anos (2 anos + 2 anos); e • Interstício de 2 anos inviabiliza recontratação dos atuais agentes.	• Descontinuidade de serviço.	• Elaboração de Projeto de Lei – PL para sanar os entraves quanto a limitação de prazos; e • Proposta de alteração da Lei nº 8.745/1993 para ampliar o prazo para a saúde indígena.

4.Organizações Sociais – OS com Universidades Federais	• Realização de pesquisa e qualificação de pessoal.	• Somente possibilitaria convênios com OS federais; e • Replica o modelo atual, na medida em que prevê a contratação indireta.	• Modelo de OS federais carecem de regulamentação; • Critérios rígidos de qualificação dificultam a adesão ao modelo; e • Proposta contraria o acordo judicial.	
5.SAA – Instituto Nacional de Saúde Indígena - INSI	• Modelo de Governança; • Gestão na SESAI; • Amparo legal; • Agilidade nas contratações (pessoal e logística); • Vínculo formal (Regime CLT); e • Exclusivo para saúde indígena.	• Subordinação dos DSEIs ao INSI; • Enfraquecimento do Controle Social; • Execução da assistência é privada; • Maior ingerência política; e • Jurisdição da Justiça Estadual (em casos de assuntos de fiscalização de recursos – tendência).	• Proposta contraria o acordo judicial.	

Figura 12. Reprodução do Material disponibilizado na Reunião do CONDISI Litoral Sul para deliberação sobre o modelo de contração profissional na Saúde Indígena

A falta de clareza das informações, conhecimento e liberdade no debate desta pauta da gestão estão colocados e explicitados no direcionamento dos documentos disponibilizados para a discussão nos CONDISI. Na visão do MPF, caberia a SESAI garantir esta capilaridade de discussão e informação, contudo, não percebe-se o interesse da instituição na transparência desta discussão:

> *Eu tenho certeza que eles não têm. Isso é a prova mais clara de como uma mentira contada, várias vezes ela se torna uma verdade ou pelo menos uma confusão é... muito sacramentada pra você desfazer. Todas as vezes que a gente começa conversando sobre esse assunto, a primeira coisa que eu enfrento é: "mas e esse agente de saúde? Como que você vai colocar um agente de saúde que é um branco lá na nação dele?" É uma coisa que está fora do contexto, da perspectiva? Eu votei pela mesa, o Ministério Público Federal emitiu recentemente uma nota, exatamente pra tentar ressaltar esses pontos, mas é muito difícil, porque pra se ter clareza, quem tem a possibilidade de capitalizar a informação, de tratar com os indígenas dessa temática de forma transparente é a SESAI, e eu não vejo interesse no mostrar a situação toda como ela é.* (MPF)

Embora as atas do CONDISI Litoral Sul apontarem a falta de tempo de discussão com as bases e no próprio Conselho, as pautas colocadas pela gestão são votadas. As atas demonstram a pressão, em muitos momentos, por parte da gestão para que o Conselho tome uma decisão. Argumentando que este é o momento dos indígenas serem ouvidos e que se eles não se decidirem, decidirão por eles, os conselheiros não encontram espaço para os debates e são pressionados para votarem, e tomarem uma decisão imediata.

Acompanhando a discussão da contratação dos profissionais em outra região do país, o Indigenista 4 tem a mesma percepção desta pesquisadora ao acompanhar o DSEI Litoral Sul, que a deliberação quanto a contratação profissional não se deu com a compreensão necessária pelos indígenas na região que acompanhou:

> [...] *a pauta é muito... a última foi as formas de contratação, entre os Yanomami nem penso como se discutir isso na aldeia; então chega lá e acho que já tem filtrado: "olha, vai vir uma coisa ruim aí"... O concurso. Eles não sabem qual é a diferença de ter um concurso público né, e eu acho que tem que ter, ser vinculado a uma região, etc. Agora, é óbvio, também, que as pessoas envelhecem né, porque eu estou na saúde indígena há 30 anos, contanto que eu caminhava há 30 anos atrás não é exatamente o que eu posso fazer hoje, mas eu acho que isso é... não é desculpa pra não ter concurso né, pra não ter o mínimo um corpo técnico, eu não digo que vai executar tudo, mas que ultimamente não tem; os enfermeiros, os responsáveis técnicos são todos terceirizados. Como é que se dá num Distrito o exercício da autoridade sanitária, por exemplo?* (Indigenista 4)

Há situações colocadas em pautas onde outras Associações Indígenas manifestaram-se contrárias às decisões do CONDISI e do próprio Fórum, como ocorreu com a proposta do Governo de criação do INSI. A repercussão das manifestações contrárias ao INSI nas atas do Fórum levou os membros deste a discutir a necessidade de articulação com as organizações indígenas e a repudiar as falas das organizações indigenistas de que a consulta aos CONDISI não foi realizada de forma adequada. Porém, na própria reunião do Fórum após a mudança de gestão, a SESAI aponta os equívocos existentes neste processo de consulta como destaca a Ata 18ª da Reunião Ordinária do Fórum.

> [Chefe de Gabinete da SESAI] *Afirmou que o INSI não foi largamente discutido com nas bases* (ATA FPCONDISI, 18ª Reunião Ordinária, 2016)

As análises do material coletado apontam a importância do espaço de discussão dos CONDISI, do Controle Social, mas demonstram o domínio destes espaços pela gestão. Assim, mesmo os indígenas relatando e deliberando sobre suas necessidades, estas são constantemente invisibilizadas e não discutidas, como as medicinas indígenas e atenção diferenciada. Enquanto assuntos relativos aos processos de gestão e de interesse da gestão federal dominam a discussão, como a manutenção de carros, combustíveis, falta de medicamentos e dificuldades com profissionais. A falta de transparência destes espaços que não tinham suas discussões publicizadas é outro fato que dificulta o acompanhando das pautas de discussão e, por consequência, a avaliação da gestão.

Enquanto a gestão aponta avanços, a academia aponta retrocessos na participação indígena.

> *Acho que há alguns avanços, é inclusive a, primeiro da simulação dos conselhos nos territórios né, a unidade territorial, o território de saúde indígena, como unidade territorial, acho que é um avanço importante.* (Gestor Federal 1)

> *Até mais ou menos 2008, 2009 você entende que tinha realmente esse protagonismo. E o protagonismo era maior, era maior né, e o aparelhamento era melhor. É, era menor, os índios tinham mais força né, porque na realidade eles detinham os convênios e não tinham pra onde correr né, e eu acho que essa manobra né, manobra não no sentido pejorativo, mas essa nova estratégia que vem com a SESAI né, de fazer três megas convênios com a organização dos brancos né, e muito em cima dos problemas que houveram nos convênios com os indígenas, quer dizer, de uma certa forma né, abafou muito esse protagonismo e na sequencia né, a montagem dos conselhos com o regramento né, muito amarradinho, que vem do conselho nacional de saúde tem que ser assim etc., isso ai no meu ponto de vista também desmobilizou um monte de coisas né...* (Indigenista 1)

É interessante perceber que todos os entrevistados, com grande envolvimento no período das primeiras CNSI e implementação da política, relatam um atual afastamento das discussões, por desgastes na relação com a gestão e pela transformação da discussão dos CONDISI e Conferência numa discussão de operacionalização, visão também compartilhada por alguns indígenas. Assim, alguns consideram que o momento de maior participação e autonomia dos povos indígenas na política de saúde foi o período de gestão por parcerias com as ONGs, muitas delas, organizações indígenas. Estas parcerias foram alvo de diversas denúncias, vistas por estes entrevistados como um processo de “caça às bruxas”. Pois, como

todos eles relataram o início da implementação do SASI era um momento de grande entusiasmo de construção conjunta.

4.4 OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO E NEGOCIAÇÃO COM O ESTADO

Com espaços cada vez mais estruturados, limitados e regrados, com silenciamento das reivindicações indígenas, o contexto faz com que outros espaços e outras formas de participação ganhem força, como o ATL, as invasões de sedes de DSEI e da própria SESAI, como demonstram a figura 13 e os títulos de reportagens e notas publicadas, como por exemplo “Xinguanos protestam contra indicação política na Saúde” (ISA, 2017).

Figura 13. Divulgação do Movimento Ocupa SESAI feita pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). Disponível em: https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2016/10/

Com importantes alterações nos profissionais que atuam no MS, inclusive no quadro da SESAI e DSEI, são frequentes as mobilizações indígenas contra a indicação política na saúde indígena. Além das mobilizações em âmbito regional, houve um importante movimento nacional denominado #OcupaSESAI. Este teve como pauta principal a revogação da Portaria 1.907/2016 que revogou a Portaria 475/2011, que estabelecia competências aos DSEI para execução orçamentária. O movimento ganhou reforço com a publicação de Nota Técnica pela 6ª Câmara de Coordenação e Revisão – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais do MPF (MPF, 2017). Ao final desta mobilização, em 24 de outubro de 2016, o MS publicou a Portaria de 2.141/2016 que estabelece novo texto para a autonomia do DSEI (BRASIL, 2011b, 2016a, 2016b).

Embora alguns indígenas não entendam que estas sejam as formas mais adequadas de reivindicação, quando um espaço é silenciado, os índios em movimento buscam outras formas de participação para gerar as tempestades. O Indigenista 2 compreende que estes movimentos ganham força com a necessidade de negociação no "varejo" das demandas, o que modificou a característica da participação:

> *Bom, o que aconteceu depois que essa política com as entidades, ela foi retalhada, é que acabou ficando uma negociação, digamos assim, no varejo, tá certo? Então, você tem grupos que têm... Eu tenho um amigo antropólogo que me perguntava sempre: "você acha que bordunada na porta dos dirigentes é Controle Social?" — Sim, é Controle Social. Então você tem a emergência de outros grupos que, no início do processo eles não estavam negociando, eles aprenderam, perceberam a importância dessas negociações, tem emergência de grupos do Mato Grosso, grupos do Sul, particularmente, que começaram a fazer uma gestão mais próxima. E você tem a abertura de outras frentes de negociação com o município [...] então, você tem formas, hoje, muito variadas de negociação, mas assim, eu não vejo mais é um movimento ativo e articulado de várias entidades ou de vários grupos indígenas no sentido de demandar organizadamente com o governo as suas bandeiras. Não que não exista participação, é que ela assumiu um outro caráter, digamos assim, mais cotidiano, mais individualizado por etnia e tal, tem essa característica que eu percebo.* (Indigenista 2)

Este caráter mais cotidiano da participação e da reivindicação também é colocado na fala do Indígena Guarani/SP:

> *Então a gente começou de alguma forma se revoltar com a situação, e aí quando o distrito viu que a gente estava... vamos supor, que mexeu com a nossa vida, que a*

> *situação passou do limite, que a gente perdeu vida dentro da comunidade, aí eles se mobilizaram; aí o chefe de saneamento veio pra São Paulo pra conversar com a SABESP* [empresa responsável pelo saneamento básico], *aí agora o Coordenador do Distrito vem pra São Paulo pra tentar fazer um diálogo com o município, mas isso é coisa passageira, isso passa; de repente se a gente não consegue manter a pressão, isso se perde.* (Guarani/SP)

Taurepang/RR reforça o posicionamento de Guarani/SP ao destacar que os indígenas possuem voz quando vão para cima:

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

Desta forma, é possível reconhecer que a prática de buscar outras formas de visibilidade para as demandas dos territórios indígenas, o que ocorre em todo território nacional, já que as estruturas do Controle Social estão silenciadas, são percebidas pelos indígenas como as que trazem alguma resposta. O que também é demonstrado pelo movimento #OcupaSESAI que atingiu o seu objetivo com a publicação da Portaria 2141/2016. Demonstra-se também que a legislação que garante que os povos indígenas devem ser consultados quando da execução de qualquer ação que afete o seu modo de vida não vem sendo cumprida como deveria. Situação que também está presente na fala de Taurepang/RR:

> *E, também quando houvesse esses grandes empreendimentos que afetam diretamente a vida dos povos indígenas, o bem viver dos povos indígenas que eles poderiam ser consultados, primeiramente, devido a própria garantia da Convenção 169, sobre a consulta prévia, livre e informada. [...]. Não! O governo não faz isso! Quando ele chega lá com o empreendimento já é pra executar e os povos indígenas acabam não tendo muito o que fazer porque quem define a política, quem define a execução é o próprio governo brasileiro. Assim também muito mais assegurado pelo Congresso Nacional.* (Taurepang/RR)

No momento em que a internet, com as redes sociais e ferramentas de mensagens, ganham espaço na vida de todas as pessoas, os povos indígenas também vêm se apropriando e ocupando estes espaços, transformando-os em espaços de mobilização. Há momentos em que

estes movimentos rompem as barreiras geográficas, ganhando visibilidade internacional como, por exemplo, a denúncia dos Guarani Kaiowá, no Mato Grosso do Sul, sobre as ameaças e conflitos no processo de demarcação de suas terras. O Indigenista 2 reconhece a diversidade destes movimentos, mas ressalta a pouca resposta e sensibilidade do governo às pautas indígenas:

> *Existe mobilização, existe muita coisa na internet, existe motivação, querelas e documentos e denúncias, entretanto, esse é um governo particularmente surdo, e quando eu estou falando este, estou falando este governo Temer e o governo Dilma, que foi um governo muito insensível às questões indígenas. Então, essas mobilizações, eu não consigo ver muita coisa efetiva, acho que eles têm se mobilizado, mas... E também, por outro lado, com essa piora da política anti-indígena no governo Temer, eles agora estão mais ocupados em sobreviver, né, porque as terras estão sendo invadidas, você tem crimes, assassinatos de todas as ordens, a bancada da bala está fazendo o possível pra votar mais rapidamente medidas que prejudiquem e mutilem as terras indígenas, então, de fato, nesse momento, eles não têm opção a não ser priorizar, de fato, questões mais gerais, defesa da terra e até da existência, a saúde, nesse momento, não tem como ser prioridade.* (Indigenista 2)

A situação e interferência política na saúde indígena, materializada na indicação de chefes de DSEI, foi apontada como o grande problema atual pelos indígenas, como retratado em falas anteriores. Solicitações de trocas de Coordenadores são, em muitos momentos, justificativa para ações de "pressão" dos povos indígenas destes territórios, contra a SESAI, o que recentemente aconteceu no DSEI Yanomami, como relata a reportagem "Índios Yanomami fazem servidores da Saúde de RR reféns após mortes de crianças em comunidade" (PORTAL G1, 2018).

Na lógica apresentada por KRENAK (2015) onde movimento é algo que tem potência, os resultados permitem apontar que mesmo com uma característica mais local, de reivindicações mais pontuais, os povos indígenas buscam diversas alternativas para se colocarem em movimento. Estes movimentos buscam a superação da ausência dos diversos modos de vida e necessidades dos povos originários, que foi criada e é reafirmada pelo Estado constantemente. A superação desta invisibilidade resulta em mobilidades da linha abissal que trazem para a emergência, na construção do presente, as diversas alternativas indígenas para a produção da vida e da saúde. Neste processo intenso e desigual, os povos indígenas vêm lutando pela ocupação de espaços que são dominados pelo homem branco, representante

máximo da sociedade colonial, patriarcal e capitalista. A presença dos indígenas nas universidades, como destaca Taurepang/RR, é um exemplo:

> *É os povos indígenas hoje, assim, o que mais me deixa feliz hoje, é que os indígenas hoje estão se preocupando em ir pra uma universidade pra se falar tete a tete com aqueles que violam o direito dos povos indígena. (Taurepang/RR)*

Uma liderança indígena, Sonia Guajajara, compondo uma chapa que concorreu às eleições para presidência do país, em 2018, e a eleição da segunda deputada indígena neste país, a primeira mulher, para compor o Congresso Nacional, exemplificam a força de luta destes povos que vêm, paulatinamente, conquistando espaços e lutando por dentro da lógica do Estado pela ruptura do colonialismo interno e pelo reconhecimento dos seus modos de vida.

5. TEM QUE SER DO NOSSO JEITO: A BUSCA POR UMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA DE SABERES

> ***… o pensamento né, o pensamento dos nossos velhos, dos nossos pajés, dos nossos anciãos, tinha a força, tinha o poder de orientar as novas gerações a seguir esse caminho* [...] *um caminho da tradição, onde o corpo né* [...] *a formação da pessoa, a constituição da pessoa, não se limitava a essa ideia física do sujeito, do indivíduo e que nós não éramos* [...] *que nós não tínhamos a ideia do indivíduo tão resumida como os brancos têm, que nós somos sujeitos coletivos. E que a própria abordagem dessa ideia do cuidado, ela tinha que ser, ela tinha que, visa um coletivo, ela não podia capturar um sujeito, uma pessoa, um indivíduo como objeto do cuidado. Que o cuidado tinha que ser com a nossa mãe a terra, a natureza, os rios, as montanhas.***
>
> Krenak/MG

Como você queria que fosse a saúde indígena? Essa era a pergunta que fechava cada entrevista com representantes indígenas que compartilharam seus conhecimentos, experiências e percepções do SASI e da participação indígena nesta construção. E a resposta de todos pode ser sintetizada no "tem que ser do nosso jeito", como expressa Guajajara/MA, ao falar da necessidade de implementação da PNASPI:

> *Porque existe uma Política Nacional de Saúde e existe a Política Diferenciada para trabalhar com a gente, mas esta política está muito no papel. A implementação requer um olhar nosso, uma fala nossa, um costume nosso, tá entendendo? Um respeito maior nosso e eu vejo que é o que falta.* (Guajajara/MA)

Guajajara/MA, compartilhando a posição de GARNELO e MAQUINÉ (2015), ressalta, ainda, que embora exista as EMSI e recurso financeiro, o SASI não trouxe a resposta esperada aos povos indígenas:

> *Existe recurso, existe profissionais mas falta esta implementação com nosso olhar, com nosso jeito pra que seja executado de melhor forma, né? Que tenha resultado melhor.* (Guajajara/MA)

A percepção de ausência desta política na prática também está na fala de Taurepang/RR, que destaca a falta de segurança alimentar:

> *Primeiramente pra se ter uma saúde é, voltada aos povos indígenas, teria que ter uma política adequada na saúde indígena para os povos indígenas. Não temos porque, é, não digo que, a própria, o próprio órgão que cuida da saúde entre aspas para os povos indígenas, é ele não tem uma autonomia pra ter recurso e direcionar recursos próprios para se garantir uma segurança alimentar para os povos indígenas.* (Taurepang/RR)

Os entrevistados exemplificam que "ser do nosso jeito" não é simples, traz a complexidade do modo de ser de mais de 300 povos com suas realidades, que resultam em distintas necessidades de construção e de articulação entre as medicinas indígenas e o sistema de saúde biomédico. Reforçam a importância do território e que este é imprescindível para se ter saúde, seja pela relação destes povos com a Mãe Terra, seja pela importância da garantia da soberania alimentar, como já defendia a UNI em 1986 na 1ª CNSI (UNI, 1988b). Dar conta desta diversidade é uma das diretrizes do SASI, que destaca-se nas legislações analisadas, que reconhecem a existência de modos distintos de perceber a doença, e com isso de prevenir e tratar (BRASIL, 2002b).

A PNASPI estabelece na diretriz "4.4 Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde" que:

> Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

> Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença.
>
> O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. (BRASIL, 2002b, p. 17)

Desta forma, o texto da PNASPI caminha ao encontro com as necessidades colocadas nas entrevistas por Guajajara/MA e Taurepang/RR, mas não é suficiente para garantir sua aplicação na política executada na prática. Esta percepção de ausência da política, do nosso jeito, do modo indígena, evidencia o colonialismo interno no país, inclusive na atuação da SESAI, e consequentemente a participação silenciada. Faz emergir o clamor pela escuta, pela visibilidade e pela construção conjunta que deveriam ter espaço e acontecer nos Conselhos e FPCONDISI. E, neste sentido, é preciso fazê-lo superar as ausências criadas na lógica do que estabelece SANTOS (2009, 2010a) com a Epistemologias do Sul. Reconhecendo com a sociologia das ausências cada uma das monoculturas do saber:

- como a biomedicina sendo constantemente produzida e reafirmada como único saber válido e forma de tratamento de doença e obtenção de saúde, produz a ausências de diversos modos de cuidado da saúde dos povos indígenas, as medicinas indígenas na *monocultura do saber e rigor do saber*;
- como é reconhecido um único sentido de tempo, atribuindo aos povos indígenas o estigma de atraso, produzindo a ausência destes povos na discussão do presente e futuro pela consequente invisibilidade, e até mesmo, pelo estigma do indígena do século XVI, desconstruindo assim a identidade de muitos povos que vivem suas temporalidades com a *monocultura do tempo linear*;
- como é produzida a naturalização da diferença estabelecendo no topo da hierarquia a população não-indígena branca e a biomedicina, produzindo ausências sucessivas da diversidade humana, colocando no abismo a população indígena e suas práticas de cuidado; e também produzindo ausências dentre os

povos indígenas quando considera alguns povos mais originários que outros devido aos estereótipos criados e reduzindo sua diversidade de povos a categoria índio na *monocultura da naturalização das diferenças*;

- a produção da biomedicina como a forma universal de produção de saúde, reduzindo as práticas indígenas à categoria do local, do cultural e, portanto, que não podem ser pensadas como alternativas para fora do contexto indígena na *lógica da escala dominante*;
- e, por fim, a produção do capitalismo como única possibilidade, inviabilizando o modo de vida indígena, sua relação com o meio em que vive, onde estes povos se veem como parte do meio ambiente, produzindo assim a ausência desta forma de vida, e sua necessidade da terra, causando não só ausência, mas o genocídio cultural e individual dos povos originários na *monocultura dos critérios de produção do capitalismo*.

Assim, retomando a discussão sobre o resgate da epistemologia de NUNES (2009a), que baseando nas reflexões de Boaventura de Souza Santos, coloca que a Epistemologias do Sul compreende que a ciência e a epistemologia não deixam de existir no contexto do pensamento-abissal, mas compõem a ecologia de saberes com configurações distintas de conhecimentos. Desta forma, propor a construção do SASI na perspectiva da Epistemologias do Sul não é negar a existência da biomedicina e sua importância nos territórios indígenas. É reconhecer que tal qual a biomedicina, as medicinas indígenas ocupam um espaço e um papel de destaque nesta construção, é de fato construir uma configuração distinta de saberes e não uma sobreposição ou hierarquia entre eles. Pode-se afirmar que trata-se da construção de práticas de cuidado a partir da interculturalidade, tal qual descreve Catherine Walsh, como um paradigma que permite, na lógica de superação do pensamento abissal, a compreensão de um mundo para além das fragmentações instauradas pelo ocidente:

> [...] la interculturalidad crítica se pone "fin" a la idea creciente que asoció la modernización de la región a un proceso sistemático de progreso, desarrollo y ciudadanización global. Al igual, se interroga la fragmentación, instrumentalización y enajenación de la vida y la naturaliza impuesta por la lógica del capitalismo. De ahí que desde esta perspectiva de interculturalidad, y en relación con filosofías como el *sumak awsay o buen vivir*, se planteen alternativas que proponen el reconocimiento de pensamientos ancestrales que han coexistido

> con el pensamento hegemónico occidental. [...] Expresiones de nuevo tipo que suponen desencializar lo ancestral, lo indígena y afro, observando su presencia dentro de nuevas relaciones, incluidas las dinâmicas actuales de las grandes urbes. (WALSH, 2017, p. 96)

Como alternativa nesta construção da constelação de conhecimentos para superar o pensamento abissal, o colonialismo e a supremacia da ciência moderna, representada neste trabalho pela biociência, reforça-se a importância do pensamento pós-abissal confrontar a monocultura da ciência moderna com a Ecologia de Saberes (SANTOS, 2010b, p. 157). Lembrando que o autor explica que

> Trata-se de uma ecologia porque assenta no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogéneos, da autonomia de cada um deles e da articulação sistémica, dinâmica e horizontal entre eles. A ecologia de saberes assenta na independência complexa entre os diferentes saberes que constituem o sistema aberto do conhecimento em processo constante da criação e renovação. O conhecimento é interconhecimento, é reconhecimento, é auto-conhecimento.

Desta forma, o conhecimento não é entendido como abstrato, mas como práticas que permitem, ou não, intervenções no mundo real.

Neste mundo real da saúde indígena, mesmo com uma construção textual e discursiva pela atenção diferenciada, na execução prática, o clamor para que esta política possibilite o modo de ser indígena está explicitado.

5.1 A SAÚDE INDÍGENA QUE TEMOS: ONDE ESTÁ A ATENÇÃO DIFERENCIADA?

Ao longo deste trabalho foi se construindo o panorama atual da saúde indígena no que tange à gestão – com foco na relação interfederativa – à participação social e à atenção diferenciada. A realidade da organização da assistência à saúde dos povos indígenas, principalmente no que se refere à integralidade desta atenção, está diretamente ligada com a

estrutura e a organização do SUS. Como destaca o entrevistado da Gestão Federal 1, os povos originários estão, muitas vezes, presentes nas regiões de maior vulnerabilidade quanto à organização da política de saúde no país:

> *Mas você tem as dificuldades que a população indígena ela vive quase que majoritariamente, exatamente em locais onde o SUS tem mais dificuldade de chegar, né, chegar porque não tinha profissional, [...] não chega pela dificuldade de infraestrutura, as questões logísticas né, é então, você vê né, o grau de acesso que essa população tem chega a ser melhor do que a população rural que tá no mesmo lugar, né, população rural, comunidade ribeirinha, então nesse sentido você tem até um processo maior de garantia do acesso, integração da política, a população indígena tá mais presente no SUS do que o tema da população rural, as comunidades ribeirinhas, as comunidades tradicionais e a outra dificuldade é o tema da cultura, que é um tema não só da população indígena, é o tema da população imigrante.* (Gestor Federal 1)

Krenak/MG reconhece, assim como o Gestor Federal 1, que muitas vezes os povos indígenas tem mais acesso a assistência à saúde e atribui isto a organização e à conquista do movimento indígena com seu protagonismo político:

> *E a gente tem que pensar que essa população indígena elas vivem no mesmo… na mesma dinâmica que o resto da população rural do Brasil vive. E comparativamente, em muitas regiões rurais os índios têm mais cuidado da saúde do que os seus vizinhos é… trabalhadores rurais, famílias que estão no campo. E isso não é porque o Estado é bonzinho, não, que o Estado trata com especificidade a saúde indígena, mas é porque o movimento indígena tomou essa pauta, essa agenda da saúde como uma agenda integrativa da autonomia indígena. Perceberam que não adiantava fazer uma luta política por terra né, por direitos, se as pessoas não tinham segurança na coisa da saúde, se eles não podiam contar de maneira auxiliar com o sistema da saúde daqui de fora quando alguém não pudesse ser cuidado dentro da aldeia.* (Krenak/MG)

Esta percepção de que os povos indígenas estão mais presentes no SUS que as populações ribeirinhas e rurais pode se sustentar na própria existência do Subsistema, que traz para a pauta da gestão federal este tema e obriga a estruturar uma assistência específica. Contudo, esta presença não tem como consequência direta uma atenção de qualidade. A Indigenista 2 expõe a realidade desta assistência nos territórios indígenas, ao afirmar que:

> *Então, você tem uma coisa muito simples e muito básica [...], do pré-natal que, ninguém faz exame de pré-natal, exceto os testes rápidos que estão disponíveis. E você tem dezenas de mulheres com abortos, possivelmente, por infecção urinária porque ninguém é capaz de fazer um exame simples de uma tomada de urina, porque pra fazer isso você tem que deslocar essa mulher para a cidade mais próxima que ali são dias e dias de viagem; quer dizer, não é nada de sofisticado e nem caro, é uma base que, de fato, pudesse oferecer esse ninho.* (Indigenista 2)

Parte desta precariedade da assistência é atribuída à falta de profissionais, principalmente a dificuldade de contratação de médicos para atuar em áreas indígenas, como destaca o Gestor Federal 1 ao relatar sobre ações desenvolvidas para qualificar o SASI e reverter à falta de profissionais médicos, como o Programa Mais Médicos:

> E*nfrentar escassez do profissional médico né, [...] uma das variáveis do Mais Médicos seria zerar o déficit do profissional médico nas equipes de saúde, equipe de saúde indígena, então, acho que tem um, dois legados muito importantes, um que é a autonomia do distrito né e outra que é zerar o déficit do profissional médico nas equipes*. (Gestor Federal 1)

O Programa Mais Médicos em área indígena, segundo FONTÃO e PEREIRA (2017), parece ter modificado a presença escassa do profissional médico nas áreas indígenas, fazendo com que deixasse de ser um problema significativo, e sendo avaliado de forma positiva pela maioria dos entrevistados indígenas na pesquisa de satisfação que realizaram. A intensificação da presença do profissional médico em muitas comunidades, na visão dos autores, não impactou na busca pelos recursos terapêuticos indígenas. Entretanto, ressaltam a importância da formação destes profissionais para atuar em contexto intercultural, como preconiza a PNASPI.

Segundo a Indigenista 2 a sensibilidade cultural é a maior utopia do SASI:

> *A utopia maior é a questão da sensibilidade cultural, esse é um ponto extremamente dramático no Subsistema, esse tipo de abordagem não passa de retórica, as pessoas têm boa vontade, mas elas, de fato, não têm qualificação para fazê-lo.* (Indigenista 2)

A falta de capacitação para atuar neste contexto é um dos fatores que comprometem a assistência prestada em área indígena. O predomínio do saber da biomedicina na formação

dos profissionais que compõem a EMSI, aliado à uma gestão que não estimula a articulação e a construção de formas interculturais de cuidado, compromete a atuação dos profissionais e por consequência a atenção diferenciada.

Em tempo, é preciso destacar que a fragilidade política de programas sociais, como o Programa Mais Médicos, traz inseguranças quanto à continuidade da assistência. Neste momento em que Cuba, principal parceiro do país no programa, anuncia sua saída, as perspectivas de falta de profissionais médicos para a execução de ações, que passaram a ser realizadas com maior frequência nas aldeias indígenas, preocupam pela perda simultânea de 301 dos 372 médicos da SESAI (ABRASCO, 2018). É sempre bom ressaltar que a defesa de uma atenção diferenciada na lógica da ecologia de saberes não exclui desta construção os conhecimentos biomédicos, mas coloca em diálogo as diferentes formas de produção do cuidado.

Com uma assistência básica precária nas aldeias, a população é constantemente referenciada para os serviços de saúde nos centros urbanos. Esta relação entre EMSI e profissionais da CASAI com equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Hospitais é atravessada pela fragilidade da relação interfederativa, e com isto, dependem das relações e sensibilidades dos profissionais, como se pode perceber nos dois exemplos relatados por Guarani/SP:

> *No caso do CAPS, hoje, a gente tem um diálogo legal, né, a gente senta, conversa, explica da diferença, da... da questão cultural, e como é um pessoal que eles trabalham voltados a essa sensibilidade do ser humano, tal, então eles respeitam muito, então aí é um diálogo que eu acho que fica mais fácil.*
>
> *[...] Quando a gente precisa de outros tipos de encaminhamentos, né, que aí não tem... que são consultas mais específicas; que nem hoje, nosso hospital de referência aqui na aldeia, é o Hospital Municipal de Pirituba, e ali, como vive mudando a gestão, mudando as pessoas, a gente sente essa dificuldade do atendimento, o preconceito com as pessoas é muito grande.* (Guarani/SP)

Guarani/SP, em sua fala transcrita abaixo, segue retratando a consequência deste preconceito praticado nos serviços de saúde. Pode-se analisar estas atitudes na perspectiva do colonialismo interno e da sociologia das ausências. Trata-se da reprodução da ideia de que há apenas um modo de vida correto, onde deve-se seguir o que está estabelecido, como padrões

adequados de higiene e autocuidado pela biomedicina. Desta forma não se pratica o cuidado e a atenção diferenciada, mas se reafirma a lógica da relação colonial.

> *Então, você pega assim, vamos supor, muitas mães alegam assim, que quando elas vão, levam um filho no hospital, aí o filho tá com um problema, e aí o médico em vez de só falar daquele problema do filho, ele fica questionando porque que o cabelo dela está cheirando fumaça, porque que a unha dela tem terra ou porque que a criança tá com o pé com barro, esses tipos de questionamentos, né. E aí, como ainda a gente tem a maioria das mulheres, assim, das mães, falam mal o português né, quando estão entre a gente ainda se soltam pra falar o português, mas quando vai falar com um não-indígena assim, aí já fica com... com vergonha, com timidez, e aí acaba dando branco nelas, né, ficam com muita dificuldade de falar o português, e aí elas sentem essa dificuldade, elas entendem que elas estão sofrendo de alguma forma um julgamento que elas não deveriam, e aí quando elas voltam pra aldeia, e aí o filho não tem uma melhora e começa a piorar, piorar, elas começam a fugir de ir pro hospital, né, elas ficam tentando não levar o filho, tentando curar em casa, tentando curar com Xeramõi, só que é que nem eu falei no começo, muitas doenças não é espiritual só, é doença do... fabricado né, e aí só vai curar com remédio, só vai curar com a medicina dos médicos mesmos.* (Guarani/SP)

Neste contexto de preconceito estruturado na relação colonial, fragilidade das relações interinstitucionais e da legislação que não trazem diretrizes claras para os DSEI atuarem nesta articulação, a garantia da vida da população indígena é colocada em risco:

> *E aí, quando elas não levam o filho pro hospital, aí quando decide levar é quando o filho já tá muito ruim que fala: "poxa, não tem mais jeito, eu vou ter que ir lá com meu filho, vou ter que passar por toda humilhação, mas se eu não for meu filho vai morrer"; e aí é onde a gente sofre mais crítica ainda, porque falam assim: "ah, mas vocês trazem as crianças em pré-óbito, né". Uma vez usou esse tipo de argumento. E aí nós pega e fala: "olha, a mãe alega que não trouxe antes porque vocês têm um preconceito, vocês têm um julgamento que vocês fazem que é muito complicado". Tem outra situação, algumas mulheres começaram a querer ter filho, ter os seus partos dentro da aldeia, mesmo sabendo que a aldeia está com seu solo contaminado, mesmo sabendo que a gente está sem estrutura. Antigamente, numa aldeia mais tradicional, você tem um espaço pra você poder fazer o parto. Aqui a gente ainda tem a parteira, só que a gente não tem o espaço pra fazer um parto seguro. E aí, mas mesmo assim, algumas mulheres estão preferindo se arriscar a ter um parto dentro da aldeia do que ir pro hospital, porque no hospital ela não vai ter o... a questão dela, do corpo dela sendo respeitado.* (Guarani/SP)

As situações de desrespeitos e precariedade da assistência nas unidades de referência também podem ser percebidas nas falas dos pacientes em acompanhamento na CASAI. Uma

indígena, que preferiu não ter a entrevista gravada, relatou a dificuldade de diagnóstico de câncer de colo de útero em sua região no Mato Grosso. Com diversas idas ao hospital, processos importantes de emagrecimento e sangramento constantes marcaram a vida desta mulher que, por diversas vezes, relatava "*Fui muitas vezes ao hospital, estava magrinha, magrinha, sangrei muito, mais de um ano sangrando e ninguém fez nada*".

Estas histórias são recorrentes dentre os usuários da CASAI. Um acompanhante de paciente que também faz tratamento em São Paulo relatou que:

> *Ano passado foi encaminhado pra Cuiabá pra ver se descobria, mas médico não… não… não… não sei, o aparelho não sei que aconteceu, nós não descobrimos né. Aí nós voltamos, ficava assim mesmo, ficava sofrendo. Até que a gente pagou hospital particular, médico particular pra descobrir. Aí médico mandou fazer ultrassom não sei o que… máquina pra descobrir... aí quando descobriu falou "vou encaminhar você para Curitiba". Aí como nós não conhece bem Curitiba, aí eu falei pra ele "não doutor, você vai mandar nós … manda paciente, pra São Paulo.* (Kayapó/MT)

Embora não há nenhum estudo que demonstre que os serviços de saúde atendem de forma distinta a população indígena, negligenciando esta assistência, alguns autores vêm demonstrando diferenças no tratamento de pacientes negros, dentro de instituições de saúde (BATISTA e cols., 2012). É importante destacar que vários dos entrevistados indígenas, em conversas anteriores ou posteriores a entrevista, relataram situações de preconceitos nos ambientes hospitalares, como, por exemplo, a recusa por parte de profissionais de aplicar anestesias em partos.

Neste trabalho não está proposta a análise dos itinerários terapêuticos destes pacientes para a identificação de nós críticos no percurso assistencial. Contudo, estes relatos colaboram na compreensão de como esta relação colonial, o colonialismo interno, se expressam na prática assistencial e, com isto, comprometem a integralidade da assistência. A percepção do indígena como subumano, como alguém que não sabe expressar suas necessidades, sintomas, está colocada nestas falas. Mesmo com o avanço legal, a garantia do direito destes povos a exercer suas práticas culturais, o reconhecimento de um único modo de vida, baseado no capitalismo, coloca estes povos do outro lado da linha abissal, na inexistência (SANTOS, 2009). É possível afirmar, com base nestes dados, que a atenção diferenciada não é considerada em toda a rede assistencial que deveria garantir a integralidade

do cuidado. Mesmo serviços considerados de referência para esta população expressam a relação colonial.

É importante reconhecer a ausência do gestor federal nesta interlocução com os demais serviços. Em que pese o Gestor Federal 1 aponte que a partir da criação da SESAI:

> *Em todas as políticas, mesmo a urgência e emergência se tinha um componente, um modelo mais especifico para a população indígena, então passa a fazer parte de fato, e ela passa de fato a ser, é a primeira vez que tem um objetivo do plano nacional de saúde, especifico a saúde indígena, [...] ela tem um objetivo especifico do plano nacional de saúde indígena, que nunca tinha tido antes, então né, característica de priorização dessa população.* (Gestor Federal 1)

A falta de legislações com diretrizes para que a rede assistencial garanta uma atenção diferenciada está demonstrada nestes resultados. O que se percebe é um processo que pode ser denominado de "adjetivação das políticas", onde acrescenta-se o termo "indígena" como um adjetivo na política já existente, não contemplando em seu texto a diferenciação necessária. Outro aspecto observado é a inserção de ressalvas na legislação do SUS como o Decreto 7.508/2011 que reconhece a garantia de um regramento diferenciado aos povos indígenas como demonstra o parágrafo único do Artigo 11, mas isto não se desdobrou em discussão e pactuação junto a estados e municípios.

> Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.
>
> Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011a)

Contudo, a aprovação e a publicação de leis não garantem o fazer desta política na prática. Neste sentido, ganha ainda mais importância o papel do gestor federal por meio dos DSEI, das EMSI e da CASAI.

As CASAI apresentaram-se nas entrevistas como espaços importantes nesta assistência e no exercício de garantir a atenção diferenciada. Com uma rotina de pacientes que passam, na sua maioria, meses em tratamento é perceptível e declarado, pelos pacientes da CASAI São Paulo, o vínculo estabelecido e o esforço destes profissionais em tentar garantir a atenção diferenciada em todas as esferas do cuidado. O Gestor Federal 4 reconhece que a atenção diferenciada em todos os níveis de atenção é o papel da SESAI:

> *O paciente indígena está sempre encaminhado pela SESAI, está sempre acompanhado da SESAI, se é atenção básica está ali com a equipe de área, se é média e alta está com a equipe de CASAI, então eu acho que é o papel da SESAI sempre carregar com isso a atenção diferenciada. [...] carregar essa atenção diferenciada que, deve ter vindo lá da aldeia e carregar até um leito de UTI. Então [...] é sempre desconstruir né, desconstruir paradigmas, desconstruir preconceitos, que a gente vai encontrando em cada portinha que a gente vai abrindo* (Gestor Federal 4)

5.2 A SAÚDE INDÍGENA QUE QUEREMOS: ATENÇÃO DIFERENCIADA, CUIDADO EM SAÚDE NA LÓGICA DA ECOLOGIA DE SABERES

A relação entre os povos indígenas e não-indígenas pauta-se no cerne desta discussão epistemológica e por isso mesmo é utilizado como exemplos em diversos momentos nos textos de Boaventura de Sousa Santos aqui citados. A colonização do território brasileiro reduziu a população indígena a subumanos, definindo–os como selvagens e não-civilizados, por exemplo, e seus conhecimentos classificados como tradicionais, não podendo então existir fora da dicotomia moderno/tradicional imposta pela ciência moderna (SANTOS, 2009). É na perspectiva de emergir as formas de cuidado das populações indígenas que neste trabalho as identificamos como medicinas indígenas, em uma tentativa de deslocá-las desta dicotomia imposta pelas monoculturas da lógica da escala dominante e do tempo linear, reconhecendo suas pluralidades, mas diferenciando-as da biomedicina.

A preocupação de indigenistas para que a biomedicina não dominasse a forma de cuidado nos territórios indígenas, e que fosse garantida alguma autonomia e o respeito as suas

medicinas está presente na fala de Krenak/MG ao retratar as primeiras discussões sobre a criação do SASI na época da 1ª CNSI:

> *Essa turma que produziu as primeiras referências assim pra atuar em áreas indígenas eles eram os nossos companheiros nos debates da Constituinte. Eles também balizavam muito o debate, orientavam a gente, dava muita… é… eles davam muita guia né, muita orientação assim para a gente não entrar pelo cano. E uma coisa que eles alertavam a gente, eles diziam olha "se os índios forem capturados pelo sistema da saúde… né esse sistema que a gente estava chamando de boi… biomédico né, hospital, aquela rede medicação, internação, hospital, ele falou se for por aí é a pior inclusão que essa parte da população teria". Tem que pensar uma… tem que pensar alguma coisa de autonomia eles sugeriam.* (Krenak/MG)

O amadurecimento desta discussão desenvolveu a perspectiva da Atenção Diferenciada no SASI, que, na percepção desta autora, se justifica pelas especificidades epidemiológicas, necessidade de organização de diversos modelos de atenção à saúde e pela diversidade cultural.

5.2.1 Contexto Epidemiológico: a Atenção Diferenciada e o Desconhecimento Epidemiológico

COIMBRA JR e cols. (2003, p. 13) destacaram que "*o perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade*". Mesmo com o decorrer de 15 anos, após estas afirmações, a falta de informação é destaque na entrevista da Indigenista 2 que ressalta a dificuldade de fazer uma avaliação sobre a assistência à saúde dos povos indígenas devido à falta de publicidade destas informações:

> *A ausência de informação, por exemplo, é fatal para que os DSEI não sejam contemplados com fonte de recursos que poderiam vir, independentes se é indígena ou*

> *não. Então é mais ou menos isso. Os DSEI, nem todos, notificam. Você tem um vazio absurdo de informações, então, essas informações se perde, não caem nas estatísticas nacionais, então você nem consegue evidenciar doenças graves, endemias graves que estão acometendo os índios porque os sistemas são omissos em relação a isso. A SESAI tem um sistema de... o SIASI, que na verdade é um sistema obstipado, a informação entra, mas não sai, então a gente não pode ter acesso, então a gente, de fato, tem uma perda importante.* (Indigenista 2)

Os materiais analisados demonstram o reconhecimento oficial da precariedade da informação na PNASPI. Esta estabelece que o acompanhamento e avaliação serão realizados pelo Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Este sistema não é público para consulta e divulgação de informação além de não ter interligação com os sistemas oficiais de informação do SUS (GARNELO e MAQUINÉ, 2015). No site do MS[12] pode-se encontrar algumas informações populacionais dos DSEI específicas do ano de 2013.

Contudo, apesar de persistir a falta de informação, COIMBRA JR e cols. (2003, p. 13-14) afirmaram que *"[...] restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-os em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional"*. As percepções dos entrevistados corroboram com o posicionamento dos autores, deixando claro que a garantia dos recursos humanos e aumento do orçamento para a saúde indígena não estão diretamente ligados a melhora da saúde:

> *Porque a gente avalia que a política de saúde tem recurso, né? E no final, a gente tem recurso e tem mortalidade, tem recurso e os agravos continuam aumentando, aparecendo, o índice mortalidade, a hipertensão, a diabete, pré-natal, tudo vem se evoluindo, ele não vem assim, diminuindo, né? Então alguma coisa falta, né?* (Guajajara/MA)

> *E eu tinha lembrado agora de um outro exemplo, que acho que ficou também revelado nessa época, que quanto mais crescia o orçamento global da saúde indígena pior ficava o serviço.* (Krenak/MG)

Cabe considerar que, sistemas de saúde que não constroem centralidade nos modos de produção do cuidado e na promoção da saúde acabam por investir pontualmente em

[12] http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi

respostas de alocação de insumos e pessoas mas produzem uma gestão de curto prazo pouco estratégica. Na saúde indígena isso se torna mais grave pois negligenciam a atenção diferenciada e a melhoria efetiva das condições de vida e saúde dos povos indígenas.

Em 2003, COIMBRA JR e cols. chamaram a atenção para diversos pontos como:

- a sustentabilidade alimentar e o estado nutricional trazendo resultados de estudos com diferentes povos que apontam altos percentuais de anemia e desnutrição crônica;
- a transição epidemiológica, as doenças crônicas não transmissíveis, os transtornos psiquiátricos, uso abusivo de álcool e droga e as mortes por causas externas e suicídios vinham ganhando espaço importante com as alterações na forma de vida dos povos indígenas;
- as doenças infecto-parasitárias, dentre estas, tuberculose, malária, hepatites e as parasitoses intestinais que devido às condições de saneamento e contaminações de água estão amplamente disseminadas;
- as mudanças ambientais que resultam do impacto da construção de barragens, garimpo e introdução de novas tecnologias na agricultura, com crescente contaminação de peixes e águas por mercúrio utilizado no garimpo do ouro e consumidos pelos indígenas.

Estes pontos, destacados pelos autores, permanecem como uma preocupação na saúde indígena, ganhando espaço nas falas dos entrevistados e, alguns deles, nas discussões do CONDISI e FPCONDISI.

A sustentabilidade alimentar aparece com destaque na fala de entrevistados indígenas, com forte relação ao modo de demarcação das terras, muitas reservas pequenas que não englobam nascentes, rios e matas, para garantir a permanência dos hábitos alimentares indígenas:

> P*orque pra nós ter o espaço pra viver bem, ter um plantio, é saúde né, ter uma alimentação mais tradicional, e hoje a gente vê que não tem espaço pra isso no Jaraguá;*

> *o exemplo do Jaraguá é esse, dia 14, 14 de abril, fez acho que 30 anos da demarcação, a menor terra indígena do Brasil demarcada, com 1,7 hectares.* (Guarani/SP)

> *Na época o então Coordenador da FUNAI falou que se nós aceitássemos ser demarcados em ilhas a demarcação sairia mais rápido, foi quando aconteceu que o leito dos rios, a floresta elas ficaram de fora e isso prejudicou muito as nossas comunidades indígenas. E onde era pra ter a segurança alimentar não foi assegurado porque ficou o rio de fora onde tinha é a maioria é, como é vários tipos de peixes, como a floresta também ficou de fora onde é, tinha muita caça e como se sabe que a alimentação dos povos indígenas é a caça e é peixes.* [...] *Cuidar da saúde dos povos indígenas é cuidar primeiramente da alimentação. E alimentação vem de ontem? Alimentação vem da terra! Se nós não temos a terra, como que iremos garantir, como que iremos ter uma soberania alimentar para os povos indígenas? Não tem como!* (Taurepang/RR)

> *E eu vejo muita mudança no hábito alimentar, né... mudanças por que? Porque a gente está consumindo, nós, né, estou falando especificamente do Povo Guajajara lá da terra. A gente tá consumindo muito alimento fora da comunidade. Aquela alimentação tradicional tá fazendo falta pra nossa harmonia, a abóbora, nosso café da manhã era abóbora, era inhame, era uma paçoca e hoje é um pão, é um biscoito, né!* (Guajajara/MA)

As entrevistadas trazem a compreensão de que a alteração alimentar é um ponto fundamental para a garantia da saúde, contudo esta discussão não aparece nas atas analisadas e nas entrevistas dos gestores, levando a acreditar que não está colocada como uma ação prioritária no SASI. A política de distribuição de cestas básicas nas aldeias indígenas está sendo desenvolvida em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social, levando, por uma ação do próprio governo, alimentos industrializados e diferentes dos hábitos tradicionais para estes territórios. Neste trabalho, não foi possível identificar qualquer diretriz do Governo Federal, seja MS, seja, Ministério do Desenvolvimento Social, quanto adaptações dos alimentos distribuídos para o contexto dos povos indígenas.

Em 2008 e 2009 foi realizado o primeiro Inquérito Nacional do Perfil Nutricional e Alimentar dos Povos Indígenas (INPNAPI). Com coletas de dados em 113 aldeias de todas as regiões do país, que visavam coletar informações da aldeia, dos domicílios, mulher e criança. Nas anotações qualitativas sobre as aldeias estão destacadas as oscilações na disponibilidade de alimentos, com épocas de fartura e ausência. Quanto aos domicílios, a maioria deles obtém alimentos a partir de cultivo e caça domiciliar e relatam a falta de alimentos.

A transição epidemiológica percebida pelos indígenas, com a diminuição das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas está diretamente ligada com a mudança dos hábitos alimentares, que incluem na rotina destes povos alimentos com alto teor de sal, gordura e açúcar. Este fenômeno que significa "*a passagem de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, com baixa natalidade e baixa mortalidade*" se estabelece no Brasil na década de 50, resultado, não apenas da queda na taxa de mortalidade, mas também de um declínio acentuado na fecundidade (LEBRÃO, 2007, p. 8).

Desta forma, os resultados demonstram a fundamentação da preocupação indígena com a sustentabilidade alimentar e reforçam a importância da demarcação de terras indígenas com áreas que garantam acesso a alimentos e recursos naturais com qualidade. Guajajara/MA relata estes efeitos, da demarcação de terra e alteração alimentar, deixando claro que comprometem, também, outras áreas da saúde, reforçando assim a reivindicação histórica dos indígenas (UNI, 1988a) que para ter saúde é preciso ter a terra garantida.

> *Isso* [mudança no hábito alimentar] *tá trazendo o que? Diabetes, hipertensão, né, obesidade e a gente vê a procura também pela alimentação artificial, e da cidade também, por falta de território, o nosso modo de sobrevivência, agora tá menor. As caçadas não existem mais, pescaria não existe mais porque os rios estão secos, as caças porque os madeireiros levaram, além do incêndio também que leva, né! Aí é todo um, é muita coisa que envolve, né? E na saúde mental, a saúde mental também ela tá sendo, sendo, como é que a gente diz? Comprometida.* (Guajajara/MA)

O saneamento básico é outro ponto destacado por COIMBRA JR e cols. (2003) que permanece como pauta nas reivindicações dos povos indígenas. O INPNAPI destacou a deficiência no fornecimento de água potável, apontando que na maioria dos domicílios a água utilizada para consumo está fora da casa e origina de rede organizada pela instituição gestora do SASI, sendo utilizada após decantação; a utilização de sanitários/defecação também ocorre, na maioria das aldeias, fora do domicílio. A melhora do saneamento, com coleta de esgoto e distribuição de água potável é ponto recorrente de pauta nas reuniões do CONDISI do Litoral Sul. Esta discussão esteve presente primeiramente na reunião que ocorreu em 19/08/2003 e em quatro das oito atas analisadas a partir de 2011, com grandes críticas e cobranças dos indígenas, demonstrando a dificuldade do órgão gestor em desenvolver ações efetivas na melhoria do saneamento.

Nas entrevistas, este ponto também aparece como algo que impacta a saúde dos povos originários, com uma percepção de que a falta de saneamento vem ocasionando óbitos, como relata Guarani/SP, destacando que em momentos de maior pressão a gestão do DSEI desencadeia alguma ação:

> *Ah, olha, vamos supor aqui no Jaraguá né, recentemente a gente teve uma perda triste né, de um jovem de 13 anos de idade que morreu por falta de saneamento básico, ele pegou uma bactéria lá dentro da aldeia mesmo, onde... o primeiro diagnóstico teve a suspeita de leptospirose, depois deu continuidade ao tratamento, ele ficou na UTI, e aí um estudo mais a fundo deu que não era leptospirose, que era uma bactéria mais avançada, mas não se descobriu que bactéria era. E aí o que acontece? Isso revoltou a comunidade né: "poxa, nossas crianças, um menino de 13 anos de idade, tá morrendo por conta da contaminação do solo, o esgoto está vazando dentro da aldeia e os responsáveis por isso não estão fazendo nada". Então a gente começou de alguma forma se revoltar com a situação, e aí quando o Distrito viu que a gente estava... vamos supor, que mexeu com a nossa vida, que a situação passou do limite, que a gente perdeu vida dentro da comunidade, aí eles se mobilizaram; aí o chefe de saneamento veio pra São Paulo pra conversar com a SABESP* [empresa responsável pelo saneamento básico]*, aí agora o Coordenador do Distrito vem pra São Paulo pra tentar fazer um diálogo com o município, mas isso é coisa passageira, isso passa; de repente se a gente não consegue manter a pressão, isso se perde.* (Guarani/SP)

Até os dias de hoje, não é possível obter informações quanto ao perfil de morbimortalidade dos povos originários no SIASI. O que dificulta uma análise substanciada da qualidade da assistência prestada nas aldeias com avaliações mais propositivas. O Sistema de Mortalidade (SIM) do MS possui dados dos óbitos notificados com a informação do quesito raça/cor. A utilização destas informações requer ressalvas: o preenchimento do quesito "raça/cor" possui equívoco, pois muitas vezes não é auto referido, mas preenchido pela avaliação do profissional, um quantitativo expressivo de subnotificação dos óbitos indígenas e a impossibilidade de distinguir entre indígenas que residem em aldeias e aqueles residentes na cidade. Contudo, a análise dos óbitos que ocorreram entre os anos de 2010 e 2016 nos possibilitam reflexões, como destacado na Tabela 2. Os óbitos em crianças menores de cinco anos na população não-indígena (branca, negra, parda, amarela e ignorados) corresponde a 3,63% dos óbitos totais (308.075), sendo que na população indígena os óbitos nesta faixa etária correspondem a 25,46% (6.140).

Os dados também demonstram diferenças importantes nas causas de óbitos entre estas populações. Enquanto na população não-indígena as principais causas de óbito foram:

Doenças do Aparelho Circulatório (28,11%), Neoplasias (16,24%), Causas Externas (12,43%), Doenças do Aparelho Respiratório (11,26%) e Sinais e Achados Clínicos (6,14%); para a população indígena predomina Doenças do Aparelho Circulatório (16,64%), Causas Externas (16,26%), Doenças do Aparelho Respiratório (11,91%), Sinais e Achados Clínicos (11,12%) e Doenças Infecciosas e parasitárias (9,23%).

Tabela 2. Percentual de óbitos gerais e em menores de cinco anos por causa dos Capítulos do CID 10 no período de 2010 a 2016 comparando população indígena e não-indígena

Causa de Óbito – Capítulo CID 10	**% Óbitos Gerais**		**% Óbitos em menores de cinco anos**	
	População Indígena	**População Não-Indígena**	**População Indígena**	**População Não-Indígena**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,23	4,27	16,84	5,20
II. Neoplasias (tumores)	8,42	16,24	0,78	1,62
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,90	0,53	1,03	0,71
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,03	6,11	8,81	1,37
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,90	1,06	0,08	0,02
VI. Doenças do sistema nervoso	1,61	2,53	1,79	2,41
VII. Doenças do olho e anexos	0,01	0,00	-	0,01
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,03	0,01	0,03	0,03
IX. Doenças do aparelho circulatório	16,64	28,11	1,06	1,36
X. Doenças do aparelho respiratório	11,91	11,26	17,13	6,32
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,33	5,10	1,25	0,99
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,29	0,35	0,21	0,10
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,34	0,41	0,10	0,04
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,72	2,55	0,54	0,43
XV. Gravidez parto e puerpério	0,75	0,14		
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6,18	1,86	24,19	50,86
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,36	0,88	8,52	19,88
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11,12	6,14	9,33	3,27
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	16,26	12,43	8,31	5,37

Elaborada pela autora. Fonte: BRASIL, 2019b. Acesso em 03 de fev de 2019.

Com relação às causas de óbitos em crianças menores de cinco anos, os dados também mostram diferenças, principalmente nas Doenças Infecciosas e Parasitárias que correspondem a 16,84% dos óbitos indígenas sendo a terceira causa principal e 5,20% dos óbitos não-indígenas; e Doenças do Aparelho Respiratório que corresponde a 17,13% dos óbitos indígenas, segunda causa principal, e 6,32% para os não-indígenas. Estes grupos de causas de óbito estão correlacionados, dentre outros fatores, com a precariedade do saneamento básico (Tabela 2) (BRASIL, 2019b). Corroborando com estes dados, e também ressaltando a fragilidade metodológica desta analise em função dos dados disponíveis, SOUZA e cols. (2010) apontam que os indicadores de mortalidade são extremamente elevados com grande concentração de óbitos em crianças menores de cinco anos no povo Xavante. Os autores ressalvam, ainda, que esta análise pode ser estendida à população indígena em geral.

CARDOSO (2010) analisando as internações que ocorreram em menores de cinco anos nas 83 aldeias Guarani afirma que as taxas anuais foram de 71,4/1.000 crianças em menores de um ano e 21,0/1.000 crianças, entre um e quatro anos. As doenças respiratórias foram as principais causas de hospitalização (64,6%) dentre as crianças menores de cinco anos. Em relação à mortalidade a maior vulnerabilidade também se encontra nesta faixa etária, até cinco anos, com taxa anual de mortalidade que correspondeu a 54,8/1.000 nascidos vivos, superando a taxa correspondente para a população brasileira. A taxa de mortalidade infantil (TMI), analisada pelo autor também foi elevada (35,6/1000 nascidos vivos), superando em 2,2 vezes a TMI brasileira, em 2006. Desta forma o autor apresenta dados que sustentam a percepção dos óbitos por doenças infecciosas do entrevistado Guarani/SP.

Mesmos com dificuldades para obter dados confiáveis pelas diferenciações entre os sistemas de informação do SUS e Subsistema e a não divulgação dos dados desta população pelo Gestor, os artigos, inquéritos e análises a partir de dados de mortalidade no SIM apontam para uma situação que requer extrema preocupação. Pois, é inegável que a condição de saúde dos povos indígenas está muito aquém da condição de saúde da população brasileira.

5.2.2 Contexto Assistencial: a Atenção Diferenciada na Articulação das Diversas Medicinas

A discussão do modelo de atenção que se paute no modo de vida dos povos indígenas é reconhecida como uma das expectativas com o SASI e vista pelos gestores federais como de maior complexidade para sua concretização:

> *É e acho que tinha uma terceira esperança, que é essa que mais difícil de se concretizar, que era você é poder construir um sistema de atenção, um modelo de atenção muito calcado nas características da população indígena, umas talvez umas tenha avanço e outras não.* (Gestor Federal 1)

Esta dificuldade se estrutura no reconhecimento da biomedicina como resultante da produção de verdade da ciência e, assim, forma universal de cuidado, e também na estrutura do colonialismo interno que legitima os não-indígenas como aqueles que sabem as necessidades e as possibilidades de assistência em saúde (SANTOS, 2009; CASANOVA, 2006). O predomínio da biomedicina e do conhecimento científico comprometem a integralidade do cuidado em saúde em todas as suas vertentes por negar todas as outras possibilidade e alternativas buscadas pelos usuários. MENENDEZ (2003, p. 186) ao discutir os modelos de atenção na perspectiva antropológica, considera que estes envolvem "*todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales*", ultrapassando, assim, as linhas que circunscrevem a biomedicina. Diante disto, traz o pluralismo médico referindo-se que "*la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud*". Este pluralismo, que aqui envolve as diversas medicinas e formas de cuidado utilizadas pela população, está destacada na entrevista de Guajajara/MA, que ressalta as festas como uma forma de prevenção de doença e de produção de saúde:

> *E as festas é uma prevenção de doenças, revitalização da nossa cultura, fortalecimento dos saberes nossos mesmos, dos saberes próprios nossos. A gente tem a responsabilidade de estar repassando aos jovens, as crianças, realizando as festas. A gente não tem escrita ainda, tem pouca coisa escrita, e a gente repassa nossos conhecimentos é fazendo as*

> *festas, realizando as festas. E é prevenção de doença pra nós, festa, também, saúde pra nós. Custei a entender isso, mas hoje eu entendo isso e defendo nossa festa é prevenção de doenças, prevenção de coisas ruins.* (Guajajara/MA)

O pluralismo médico, a pluralidade de formas de atenção para um mesmo problema de saúde, tem uma dinâmica própria e diferenciada em cada contexto (MENENDEZ, 2003). Desta forma, é possível compreender que as dinâmicas de cuidado à saúde dentre os povos indígenas trazem elementos específicos, como os xamãs, os entendidos de ervas, parteiras, dentre outros. E como destaca LANGDON (1994) dentre os índios Sionas, mesmo com estreita relação com a população não-indígena, a visão de saúde continua se estabelecendo dentro de sua visão de mundo. E nesta visão de mundo, onde a multiplicidade de corpos e unidade de espírito está colocada, VIVEIROS DE CASTRO (2013) destaca a importância do xamã no perspectivismo ameríndio, por ser aquele que manifesta a habilidade de

> [...] cruzar deliberadamente as barreiras corporais e adotar a perspectiva de subjetividades aloespecíficas, de modo a administrar as relações entre estas e os humanos. [...] Os xamãs são capazes de assumir o papel de interlocutores ativos no diálogo transespecífico; sobretudo, eles são capazes de voltar para contar a história. (VIVEIROS DE CASTRO, 2013, p. 358)

O reconhecimento dos profissionais indígenas é uma pauta colocada nas conferências de saúde como, por exemplo, a propostas 63 da 5ª CNSI:

> Garantir o reconhecimento e a valorização das medicinas tradicionais indígenas e de seus terapeutas – como parteiras, pajés, benzedores e benzedoras, rezadores e rezadoras, raizeiros, conhecedores de ervas, pegadores de ossos, cantadores e curadores -, por meio de oficinas, mapeamento, grupos de discussão, intercâmbios, encontro locais, regionais e nacionais nas comunidades e aldeias, com a participação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsis), lideranças, conselheiros, organizações indígenas e outras entidades, para promoção de roca de saberes e conhecimentos. (BRASIL, 2015d)

Embora seja possível acompanhar nas redes sociais e nas notícias de ações da SESAI a realização de oficina para troca de saberes, principalmente com parteiras indígenas, estas atividades não são suficientes para reconhecer que os 305 povos indígenas aqui identificados,

possuem 305 formas de compreender o mundo, a saúde e a doença, como destaca Guajajara/MA:

> *Aí tem o parto tradicional que é feito pelas parteiras, minha mãe é parteira ela, parteira tradicional, aí ela se sente também rejeitada por esta política não valorizar muito, né? A parteira tradicional. Ela diz que depois que as equipes entraram na aldeia a parteira deixou, passou a ser desvalorizada, né! A referência mais é a equipe. Porque nós temos também o nosso jeito de fazer o pré-natal, avaliar e tudo, né? E que precisa ser olhado.* (Guajajara/MA)

As atas de CONDISI e FPCONDISI também não apresentam um debate estruturado, com propostas para especialistas indígenas. Estas apontam a importância de reconhecer AIS e agente indígena de saneamento (AISAN) como profissionais de saúde e a necessidade de agilidade no processo, como colocado na 1ª Reunião Extraordinária do FPCONDISI em 2011:

> *O Conselheiro [...] propôs que se faça um manifesto por parte do Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena para que se reconheça a categoria Agentes Indígenas de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saneamento; O Conselheiro [...] sugeriu ainda, que sejam convidados membros do Ministério da Saúde para falar sobre como agilizar o processo de formação e regularização dos Agentes Indígenas de saúde indígena.* (ATA FPCONDISI, 1ª Reunião Extraordinária, 2011)

A falta deste reconhecimento dos especialistas, os epistemicídios cometidos pela soberania de uma única forma de conhecimento, e a falta de organização distinta de modelos de atenção nas áreas indígenas não possibilitam um modo efetivo de estabelecer formas de discutir e cuidar da saúde. Na prática, a não-diferenciação nega as práticas de autoatenção específica de cada indivíduo. MENENDEZ (2003, p. 190-191) ressalta que

> [...] los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de "autoatención", dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención. [...] Una cosa es hablar de convalescencia y otra asumir que el papel decisivo en gran parte de las actividades de

> convalescencia están a cargo del sujeto y su grupo através de acciones de autoatención.

Compreendendo a importância do autocuidado na tomada de decisão e na organização da atenção à saúde, faz-se necessário admitir a necessidade de diversos modelos de atenção à saúde na Política de Saúde Indígena que conversem com todas estas diversidades, identifique todo o pluralismo médico de cada povo indígena. Esta diversidade é fortemente influenciada pelo tempo de contato com a população não-indígena, o grau de proximidade das regiões urbanizadas e a possibilidade de manutenção da cultura de subsistência e práticas ritualísticas. Os CONDISI e CLSI precisariam ser os fóruns onde a discussão da organização da assistência, da articulação de todas estas medicinas estivessem presentes. Contudo, as análises das atas não retratam esta discussão, e esta falta de espaço para conversar sobre o tema também é destaque nas entrevistas:

> *A gente não tem um espaço próprio. A gente não tem assim, a gente, conversar sobre a parteira, sobre o serviço da parteira, a importância. Conversar num espaço próprio para a medicina tradicional, medicamento, é, natural, a gente não tem, a gente conversa numa reunião, em outra capaci..., em outra oficina, e a gente que é indígena a gente acaba citandos outros exemplos, mas não existe um espaço próprio pra isso, um momento só pra isso. [...] mas como a gente diz, a implementação tem que ser escrita, né? Primeiro é ouvir e escrever, né, alguém tinha que escrever numa proposta, né. E esta proposta tinha que ser no Plano Distrital, né? No plano... no conselho, nos usuários, né? E ainda não tão alerto pra isso não.* (Guajajara/MA)

Alguns autores vêm discutindo a implementação da PNASPI nas aldeias indígenas. PONTES e cols. (2015) apresentam uma análise da atenção diferenciada na região do Alto Rio Negro, ressaltando as expectativas que a Política deposita nos AIS na garantia de implementar o modelo da Atenção Diferenciada. Os autores destacam que são três os princípios que direcionam a Atenção Diferenciada: adequação de tecnologias, qualificação dos profissionais para o contexto intercultural e participação indígena. Entretanto, destacam a ausência de definição e que esta não é vista de forma estruturante nos DSEI. Assim, o modelo de atenção se restringe ao biomédico, negando a existência de formas de cuidado e atenção à saúde das populações indígenas.

5.2.3 Contexto Cultural: a Atenção Diferenciada, Multiplicidade de Corpos e Saúde

As entrevistas, principalmente com os indígenas, trazem para discussão as diferenças entre as percepções do sistema biomédico e das culturas indígenas. Krenak/MG expressa claramente esta diferença ao retratar o cuidado:

> *Agora o cuidado… o cuidado, aquilo que você já viu, que você já viu os pajés fazer… algum médico indígena, algum pajé cuidando. A aproximação que ele faz da pessoa que está sendo objeto de atenção, a aproximação é tão diferente, a aproximação, o cuidado vem antes de chegar em qualquer proximidade do corpo da pessoa, é o contato com a subjetividade. É um contato com o espírito da pessoa, é de longe, está no sonho, uma visão. Sonhar com o que está atingindo a outra pessoa, ver o que que é que está acontecendo com aquela outra pessoa né, com a pessoa que está sendo cuidada. Aí há as aproximações que vão sendo feitas, são aproximações graduais como um voo de um pássaro né. Até ter uma janela para ver o que é que está acontecendo, que pode estar acontecendo com aquela pessoa. E muitos dos trabalhos de cura não são nem feitos com o corpo da pessoa né, é feito em outros lugares. … É cantando para o outro, é soprando para o outro ou é concentrando e indo lá onde está o espírito que está fazendo a doença, na água, na montanha, no rio. Essas transcendências é o que eu acho que seria interessante a gente reconhecer né e dar a conhecer*. (Krenak/MG)

A relação que os povos originários têm com o cuidado, considera o sujeito coletivo e não apenas o corpo físico, como também esclarece Krenak/MG ao destacar que é:

> [...] *um caminho da tradição, onde o corpo né* [...] *a formação da pessoa, a constituição da pessoa, não se limitava a essa ideia física do sujeito, do indivíduo e que nós não éramos* [...] *que nós não tínhamos a ideia do indivíduo tão resumida como os brancos têm, que nós somos sujeitos coletivos. E que a própria abordagem dessa ideia do cuidado, ela tinha que ser, ela tinha que visa um coletivo, ela não podia capturar um sujeito, uma pessoa, um indivíduo como objeto do cuidado. Que o cuidado tinha que ser com a nossa mãe a terra, a natureza, os rios, as montanhas.* (Krenak/MG)

Estas percepções, que se contrapõem à biomedicina, demonstram o que VIVEIROS DE CASTRO (2013) denomina "*Perspectivismo e Multinaturalismo na América Indígena*". O autor destaca que é fundamental compreender que a concepção ameríndia, ao contrário da concepção ocidental, entende que há "*uma unidade de espírito e uma diversidade dos*

corpos", sendo a cultura a forma do universal e a natureza a forma do particular. Desta forma, o autor destaca que a Cultura e Natureza na construção ameríndia não possuem os mesmos elementos que na construção ocidental, pois elas não "*assinalam regiões do ser, mas antes configurações relacionais, perspectivas móveis, em suma – pontos de vistas*". Assim, compreendendo que há uma unidade de espírito, é possível perceber a existência do sujeito coletivo.

Aprofundando nos elementos que trazem este ensaio o autor, ao falar do Perspectivismo, aponta que para os ameríndios o referencial comum a todos os seres é a condição de humanidade, ou seja, a "essência" humano-espiritual é comum a todos, e os animais e outros seres escondem esta "essência" nas roupas animais. Assim, vemos as roupas que escondem esta condição humana, enquanto cada espécie animal entre si se reconhecem na sua humanidade. Deste ponto de vista, a relação íntima entre os seres humanos e a natureza, principalmente entre os indígenas e a mãe terra é fundamental no cuidado em saúde.

LANGDON (1994) numa análise da relação saúde-cultura entre os índios Siona da Amazônia Colombiana aponta que a:

> Doença faz parte dos processos simbólicos e é uma entidade, percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo 'experiencial' – suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos operando conjuntamente com processos psicobiológicos. (p. 115)
>
> [...] a abertura dos Sionas a novas alternativas não indica uma mudança nas representações das doenças ou na importância da cura xamânica nos casos de doenças graves. Apesar do aumento no uso de especialistas de cura não-indígenas, a maneira pela qual os Sionas estendem e interpretam doenças continua a expressar fundamentalmente preocupações derivadas de sua visão do mundo e dos poderes operantes no mundo invisível. Esta visão continua distinguindo os Sionas das demais populações locais, com as quais eles mantêm estreitas relações sociais e econômica. (p. 117)

Diante disto, a autora expõe que "*o que as pessoas percebem como doença e os sintomas a elas associados são modulados pelo sistema cultural, assim como as ações curativas tomadas e as avaliações subsequentes*" (LANGDON, 1994, p. 118).

Ressalta-se aqui a importância da Tradução como complementar à sociologia das ausências e sociologia das emergências, como destaca SANTOS (2010a, p. 129), por ter o

papel de "*criar inteligibilidade, coerência e articulação num mundo enriquecido por uma tal multiplicidade e diversidade*". Com duas frentes de atuação, por um lado os saberes e as culturas, e por outro as práticas e os agentes, a tradução é um trabalho complexo pela diversidade de movimentos e organizações existentes que estão "*ancorados em culturas e saberes muito diversos*" (p. 128). A atenção diferenciada é um campo que depende, na sua essência, deste complexo trabalho de tradução. Criar inteligibilidade entre as medicinas indígenas e entre estas e a biomedicina é fundamental para garantir a integralidade do cuidado que em cada momento e contexto será estruturado em um conhecimento.

Kayapó/MT exemplifica em sua entrevista uma situação onde seu povo solicita a volta de um paciente que está no hospital para ser cuidado na aldeia, pelos especialistas:

> *Meu pessoal, meu povo, tinha muito especialista, muito pessoal, pessoas que tinham esse conhecimento em remédio natural de animal, de bicho, de peixe, veneno de cobra. E se eu contar um, você não vai acreditar ... uma criança foi picada de cobra, aí a gente mandou ... avião pegar ele lá na aldeia, trazer para o hospital. Aí outro indígena que entende de remédio de cobra, mandou o avião pegar a criança no hospital e... trazer para tratar na aldeia... o avião trouxe, tratou, hoje cresceu, casou, tem filhos... é... e outros indígenas morrem, mas nós não, nós... se tiver... se os profissionais tiver perto... onde cobra picou alguém... ele trata. ... agora, se ele está longe, ele morre.* (Kayapó/MT)

Situações como esta, de solicitação de cuidado pelos especialistas indígenas, são comuns quando os indígenas deixam sua terra para serem assistidos nos municípios de referência. O Gestor Federal 4 aponta a importância da tradução junto ao hospital, com destaque para a participação do profissional médico que precisa compreender e relativizar a sua forma de entender e acreditar na cura:

> *Sempre que é solicitado [...] pajelança, [...] corre atrás. [...] já fez pajelança com uma criança que não tem um pulmão, dentro do hospital, pajelança Guarani, que é muita fumaça né. [...] conseguiu isso com o hospital, eu acho que nesse papel, por exemplo, ter um médico do ambulatório do índio que explicasse, que... também é médico e que entende que a criança só tem um pulmão, mas que aquilo faz total diferença na vida do pai e da mãe no entendimento de cura dele, faz diferença.* (Gestora Federal 4)

Os autores aqui citados contribuem com produção de conhecimento e reflexões sobre a Atenção Diferenciada no seu âmbito cultural. Compreender que existem diferenças nos

pontos de vistas, na compreensão de corpo, do que é saúde e doença, é fundamental para relativizar os conhecimentos da biomedicina e estabelecer uma atenção à saúde que atue com competência e efetividade neste contexto intercultural. A conversa e os fóruns de discussão mostram-se espaços fundamentais para a construção conjunta da integralidade deste cuidado, que requer a compreensão das medicinas indígenas e da biomedicina. Os Conselhos Locais e Distritais de saúde deveriam ser estes espaços de construção, como destacaram os entrevistados, mas estão silenciados para as pautas indígenas. Em que pese que a valorização da medicina tradicional apareça nas discussões sobre a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena, nas ações que devem ter a atenção dos DSEI e nos relatórios das CNSI, este tema não se traduz em discussão e construção nos espaços do CONDISI e FPCONDISI.

Como disposto acima, a diversidade cultural e de contexto de convivência com a população não-indígena, distingue múltiplas formas de cuidado que abrange toda variedade do pluralismo médico e da compreensão de saúde doença e compõe uma importante diferenciação nas causas de morbimortalidade dos povos indígenas. É possível compreender a necessidade de um sistema de atenção à saúde diferenciado, ou seja, que contemple e possibilite a inserção de toda esta diversidade de formas de cuidado e principalmente que se atente a todas as especificidades de compreensão de mundo e também, as especificidades epidemiológicas. O equilíbrio na interlocução da biomedicina e o pluralismo médico de cada povo, cada aldeia indígena, é o que deve ser incansavelmente buscado através do diálogo entre estes dois universos, sendo este possível por meio da ecologia de saberes.

Certamente os caminhos a serem desenvolvidos serão diferentes para cada povo, cada região, cada aldeia. E para isso é de extrema importância que as três diretrizes que fundamentam a Atenção Diferenciada sejam o alicerce desta Política e de seus Gestores: “Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, “Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde” e “Controle Social” (PONTES e cols., 2015).

Diante destes conceitos e dos resultados apresentados, pode-se afirmar que o “tem que ser do nosso jeito” é a explicita necessidade da ecologia de saberes na política de saúde. O rompimento com a supremacia do saber biológico é um dos eixos de concepção da saúde coletiva segundo NUNES (1994), contudo, o SUS não vem exercitando de fato a inclusão das diversas medicinas, principalmente, no contexto assistencial de média e alta complexidade. Por outro lado, os indígenas exercitam a ecologia de saberes diariamente, quando estabelecem que “doença de índio pajé trata e doença de branco precisa de hospital, de médico de branco”.

Exercer a ecologia de saberes na saúde pública é reconhecer que os indígenas podem falar por si e explicitar suas necessidades e modos de produção de cuidado, não precisando do Estado estabelecer por eles; e por fim, talvez de maior importância, é reconhecer que há uma constelação de conhecimentos e que a forma do indígena vivenciar a saúde e a doença é distinta da estabelecida pela ciência moderna, como nos explica Krenak/MG:

> *Eu acho que uma boa parte do povo das aldeias consegue tratar o Subsistema da saúde como um complexo complementar. Quando pajé não cura, quando os rituais não curam, quando as terapêuticas indígenas não cura, você tira uma pessoa e deixa… deixa os médicos brancos cuidar. Quando alcança esse grau de autonomia, eu acho que é um avanço no sentido do que a gente visualizou lá nos debates. Quer dizer, otimiza né aquelas ideias, mas isso não acontece no país inteiro, não acontece em todos os lugares. Mas dá uma sensação de vitória, da gente ter conseguido fazer alguma coisa, alguma coisa para melhorar a vida das nossas famílias. É claro que, para quem vive as dinâmicas das políticas do Estado com relação ao povo indígena sabe que isso é só uma pequena ... alívio né? ... porque se por um lado a gente consegue mobilizar esses serviços da saúde ... nessa política de Estado que é barra pesada, por outro lado tem uma dificuldade muito grande de equalizar as políticas né. As terras, por exemplo, parou de demarcar terra… em todos os cartazes assim, em todos os grupos de trabalho quando se reúne o pessoal da aldeia, diz assim "terra é saúde". ... Então, e ela tem todo sentido. Ela é o pensamento indígena né. [...] Então, uma visão ampla sobre o assunto, ele vai é ... como é que chama? Ele vai avaliar o sucesso que foi essa criação no Subsistema da saúde indígena num contexto mais amplo, onde as desvantagens são muito maiores do que as vantagens né. Mais, pelo menos isso. Que, pelo menos, a gente ainda tenha alguma infraestrutura, que a gente conseguiu esboçar e que se essa infraestrutura não se perder de tudo, a gente continua tendo uma base sobre a qual construir novos paradigmas pra o ... a interação medicamentosa daqui de fora, das farmácias, do remédio, das internações com as diferentes terapêuticas que as nossas aldeias ainda têm, são capazes de seguir reproduzindo de maneira criativa, integrado alguns conceitos do diagnóstico e coisas dos brancos. Inclusive pra aquelas situações que o pessoal da aldeia identifica como doença dos brancos né. Que eles falam "não isso aqui o pajé não vai tratar isso né", quem vai tratar isso são os brancos, porque isso é uma doença que eles produzem né. Que é uma crítica também, que eu acho muito interessante. [...] muitos médicos indígenas né, curadores indígenas, é conseguem distinguir claramente as doenças que são possíveis de ser tratada na aldeia e aquelas que de cara eles falam que é para remover o paciente, a pessoa, com todos os cuidados que se prevê, mas eles sabem que não é para ficar na aldeia né. E também tem aquelas outras situações assim, muito excepcionais, de você ter uma ... um diagnóstico dos médicos da cidade, dos grandes centros, é que alarma todo mundo, e aí interna a pessoa, aí os médicos fazem todas as tentativas, não conseguem resolver nada e devolve o paciente para a aldeia. Às vezes não devolve voluntariamente, porque os hospitais têm uma mania de não devolver né, eles acabam com a pessoa lá no sistema deles, mas não devolve. Mas as aldeias têm uma coisa, uma característica muito forte, que eu acho que diferencia os índios da maioria dos outros brasileiros, que é o sentido de alteridade. Quando eles estão diante da oferta*

> *da medicina dos brancos, eles são capazes de botar em questão a capacidade da medicina dos brancos, uma coisa que os brancos mesmo não são capazes de fazer. Que eles entregam um parente deles pra um hospital e o hospital faz o que quer com o parente deles e eles acham que esses médicos são deuses né. Os índios pelo menos não têm essa é […] eles costumam dizer que as pessoas ... que e os índios e essas pessoas mais é simples, que eles são muito ... [...] é ... supersticiosos. ... se tem uma superstição que os índios não têm e que os brancos têm é de achar que médico é Deus. Os índios não acham que médico é Deus. Os índios olham o médico sempre, avaliam ele sempre com muita crítica e aí de um médico que estiver fazendo um acompanhamento dentro de uma aldeia e fizer uma conduta errada, porque todo mundo vai ver que ele fez uma conduta errada, e eles responsabilizam o médico. Eles não deixam barato, eles não vão fazer um reclamo no Conselho de Medicina, eles vão prender ele lá.* (Krenak/MG)

Ao reforçar o papel complementar do SASI na assistência à saúde dos povos originários, Krenak/MG reafirma a necessidade do diálogo entre os diversos saberes, sem que haja supremacia de conhecimentos, e a forma que os diversos povos indígenas vêm construindo esta integralidade do cuidado em prol da vida. Nos traz ainda a reflexão quanto à garantia do acesso destas pessoas aos serviços de saúde e à tecnologia, na necessidade de se pensar outros modos de construção e adaptação sempre colocando em questão e radicalizando a ideia do que é certo.

Enquanto assim não for, continua-se reproduzindo a biomedicina de qualidade inferior nas aldeias indígenas, gerando problemas com a biomedicalização, a própria contratação de indígenas como profissionais alterando as conformações sociais, e principalmente, reforçando a produção de ausência dos 305 povos indígenas brasileiros, do genocídio e epistemicídio, sendo uma política que se vale dos indígenas.

Por fim, pode-se afirmar que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena só faz sentido quando este é pensado e organizado na lógica da ecologia de saberes, mais que respeitando, se organizando e atuando de forma intercultural. Com isto, a participação indígena não será silenciada e deverá, inclusive, ser repensada, num espaço onde não haja hierarquia entre gestor, trabalhador e usuário, onde possibilitar a participação de todos seja o real objetivo, e assim, ser uma política dos indígenas para os indígenas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história dos povos indígenas no Brasil é repleta de ausências e fragmentações de ações do Estado ao longo dos séculos. Uma história que reflete os padrões impostos no mundo globalizado, com a colonização, o patriarcado e o capitalismo. A declaração de independência do país não colaborou com a superação da colonização dos povos indígenas, que viram seus territórios serem ocupados, o genocídio e o epistemicídio. A persistência do colonialismo interno no Brasil é evidente e ganha patamares ainda mais preocupantes no cenário político atual.

Contudo, o protagonismo político dos indígenas em movimentos conquistou importantes mobilidades na linha abissal e, consequentemente, na legislação e política brasileiras. Marcaram sua posição na luta pela redemocratização do país ao defender que a demarcação de suas terras é elemento fundamental para a garantia da saúde, e tal qual a população brasileira, queriam a garantia de acesso ao SUS, e não mais ações de saúde desenvolvidas pela FUNAI. Protagonizaram também as disputas para que esta saúde no SUS fosse diferenciada, sob gestão do ente Federal e reconhecendo suas medicinas, suas culturas e seus modos de vida, assumindo o paradoxo de reivindicar pelo acesso a este SUS, mas este SUS diferente, complementar às suas formas de cuidado.

Faz 30 anos que foi aprovado um importante marco na conquista dos direitos dos povos indígenas e de direitos sociais, como a saúde, a CF de 1988, considerada a "Constituição Cidadã". Esta, legalmente, rompe com as políticas de características integracionistas, reconhecendo o direito dos povos indígenas aos seus modos de vida, a suas terras e, principalmente, reconhecendo-os como cidadãos brasileiros, uma grande bandeira defendida pelos indígenas em movimento, organizados na UNI, na década de 80.

Na sequência desta conquista, o processo de reivindicação de um sistema específico e diferenciado ganha folego com a organização de duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena e intensa participação e protagonismo político nas Conferências Nacionais de Saúde, principalmente a 9ª e 10ª, que conjuntamente elaboraram as diretrizes fundamentais do que se traduziu no SASI. A organização deste Subsistema com características específicas, como a gestão federal e a territorialização nos DSEI, trouxe desafios importantes e complexos que não foram superados com o passar dos anos.

A relação interfederativa é um desafio para o SUS e para a maioria das políticas públicas que tentam criar arranjos para superara barreiras, como a fragmentação. Com a fragilidade das normativas, que não atribuem com clareza o papel das instituições no Subsistema, torna-se praticamente inexistente esta relação, com grande consequência para a garantia da integralidade da assistência à saúde. Esta ausência permite a produção de movimentos isolados de discussão da política de saúde indígena que nem sempre consideram as suas diretrizes estruturantes, a territorialização dos DSEI e a gestão federal. Estes movimentos, de modo geral, expressam o desconhecimento das gestões estaduais e municipais da pauta indigenista.

A fragmentação também está declarada nas legislações que são específicas para o SUS e SASI. Sem apresentar nenhuma relação efetiva, os processos trilhados pelo SASI parecem sempre correr atrás das diretrizes específicas do SUS em busca de reconhecimento. É importante ressaltar que SUS e SASI não são, do ponto de vista legal, sistemas de saúde distintos. O SASI é parte constitutiva do SUS, com um papel específico e diferenciado, na perspectiva das políticas afirmativas que visam a garantia da equidade. Entretanto, a generalidade do SUS nem sempre abriu espaço para as especificidades do SASI, como pode ser visto nos caminhos trilhados pelas legislações e, também, no próprio campo da saúde coletiva.

A organização do SASI trouxe para a saúde indígena a estruturação do Controle Social com fóruns consultivos, CLSI e FPCONDISI, e o CONDISI, na mesma lógica dos conselhos do SUS. Estas instâncias estruturam uma forma paralela de participação social na política de saúde, que pouco se articula com os CMS, CES e até mesmo o Conselho Nacional de Saúde. A CISI, comissão assessora do Conselho Nacional, que se demonstrou uma estrutura importante na construção do Subsistema e na inclusão de pautas indígenas na discussão da política de saúde, parece perder espaço e potência ao longo do tempo, principalmente após a criação da SESAI.

Os conflitos e as disputas entre as diversas instituições estão postos, seja pela ausência de participação nos níveis municipais e estaduais, desonerando estas instâncias de gestão do SUS de cumprir seu papel na garantia da assistência à saúde integral e equânime para os povos indígenas, seja pela disputa de poder de definição das ações e das políticas no nível federal. Muitos são os atravessamentos destas instâncias, o que traz posicionamentos críticos quanto à eficiência e à possibilidade de diálogo entre povos indígenas e governo. Estas críticas são reforçadas pela constante falta de resposta, na visão da maioria dos

entrevistados, do Estado para as demandas indígenas como no caso da reorganização do território dos DSEI, como vistos especificamente nos DSEI Litoral Sul e Interior Sul. Ao mesmo tempo que as pautas de interesse da gestão, como a discussão de contratação dos profissionais das EMSI, ganham rápida repercussão nos espaços do DSEI.

Neste cenário, outro ponto importante emerge dos resultados, a falta de espaço e tempo para uma discussão qualificada e com as bases, as aldeias indígenas. Com a apresentação de pautas altamente burocratizadas e especializadas, onde a transparência real não parece ser uma preocupação da gestão nas discussões, a responsabilização cada vez mais está colocada para os conselheiros indígenas que precisam se manifestar, ou arcarão com o ônus de não terem opinado. Neste impasse, entre manifestar sem apropriação do tema e consultar as bases, ou não manifestar, a participação social na política de saúde indígena vai se construindo e se moldando às necessidades do estado, desprivilegiando a discussão coletiva e, assim, refletindo muito pouco a forma dos indígenas produzirem discussões e decisões.

Neste contexto, a implementação de um subsistema que respeite o modo de organização indígena vai ficando pelo caminho. A tentativa de colocar regras para os Conselhos Locais, que deveriam ser o centro da participação indígena, respeitando integralmente o modo de organização de cada povo, a formatação das Conferências de saúde, que vão perdendo profundidade política de discussão e ganhando pautas mais operacionais, ganham destaque nos resultados. Este ambiente resulta em movimentos isolados de reivindicação que ganham repercussão com as ocupações de sedes dos DSEI e da SESAI, interrupções do tráfego nas estradas, e na própria internet.

Com a discussão dos espaços formais de participação cada vez mais distantes das comunidades e a especialização do tema, o Controle Social se vê silenciado para as discussões que realmente deveriam ocorrer, como a organização da assistência nos territórios indígenas, com articulação entre a biomedicina e as medicinas indígenas na lógica do pluralismo médico e da ecologia de saberes. Esta ausência traz consequências importantes para o Subsistema e ganha destaque nos resultados deste trabalho, afinal: “Tem que ser do nosso jeito”!

A concepção de uma política de saúde indígena que não respeite o modo de ser dos diversos povos que habitam este território não faz sentido para os povos indígenas, assim como não vai ao encontro dos princípios do SUS e das defesas do campo da saúde coletiva. A PNASPI é clara ao garantir este reconhecimento em seu texto. Contudo, a sua operacionalização, a política em uso, construída no dia-a-dia dos gestores, profissionais, e

indígenas não tem alcançado o objetivo da atenção diferenciada, quando discutimos a política no âmbito nacional.

O desafio está posto. É preciso superar as fragilidades do próprio SUS, a operacionalização da discussão e o silenciamento dos espaços do Controle Social, as fragmentações e ausência legais. Faz-se necessário organizar novos arranjos onde a compreensão da importância da terra indígena e da formatação destes territórios alcance todos os envolvidos e responsáveis pela garantia da integralidade na assistência à saúde em todos os seus campos de sentido.

A utilização do referencial teórico na construção deste trabalho possibilitou a análise dos resultados centrada nos problemas estruturais que interferem na relação entre Estado e Povos Indígenas. O que foi se compondo de forma quase natural com as entrevistas, se mostrando cada vez mais adequado para este tipo de pesquisa, que visa uma discussão mais ampliada de políticas ou movimentos para a superação da produção de inexistências, buscando justiça social. As discussões das Epistemologias do Sul também colaboram sinalizando possibilidades para enfrentar os momentos de retrocessos atuais. A dilatação do presente permite reconhecer alternativas experimentadas e vividas no Sul Global que apontam para uma outra construção de futuro.

O contexto político brasileiro, que força os indígenas a retomar a luta pela sobrevivência e pela garantia dos direitos constitucionais, pode deslocar toda esta discussão para o campo da utopia. Contudo, o próprio Subsistema, a PNASPI, foram utopia antes da CF de 1988. É necessário persistir na luta, na defesa pela demarcação das terras – fundamentais para a garantia da saúde – na busca de uma construção de produção de saúde que realmente traga respostas para as necessidades dos territórios indígenas, onde a biomedicina e as medicinas indígenas se articulem e convivam tal qual a ecologia. Neste contexto, a Epistemologias do Sul mostra-se ainda mais adequada para conduzir discussões, fornecer referências e caminhos para uma nova construção da ciência, da política pública, do campo da saúde coletiva e do próprio modo de produção da saúde.

A resistência da política de saúde indígena, hoje, ganha outro patamar. A indiscutível necessidade deste Subsistema para a garantia da equidade soma-se à necessidade de construí-lo de uma forma diferente da praticada hoje. É preciso uma maior permeabilidade do Estado e maior participação dos povos originários para reconhecer suas necessidades, fazendo com que o cuidado à saúde seja “do nosso jeito”, do jeito dos mais de 300 povos. Reforçando também a importância desta construção na perspectiva da Epistemologias do Sul, onde os

conhecimentos e as práticas se construam artesanalmente, respeitando cada território, numa constelação, numa ecologia de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. ABRUCIO, F.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M.; BEIRA, L. (Org.). **Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos**. São Paulo, SP: Fundap, 2007. p. 13-31.
2. ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO – AGU. **Parecer nº. 001/2017/GAB/CGU/AGU**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.agu.gov.br/atos/detalhe/1552758>. Acesso em 07 jan 2018.
3. AGÊNCIA SENADO. Agrotóxicos causam polêmica em audiência com ministra da Agricultura. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/27/agrotoxicos-causam-polemica-em-audiencia-com-ministra-da-agricultura>. Acesso em: 01 mar 2019.
4. ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.
5. ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 84-92, 2000.
6. ARRETCHE M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FGV/Editora Fiocruz, 2012.
7. ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL – ABIP. **Brasília será palco do Acampamento Terra Livre, que reunirá mais de 1,5 mil indígenas**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://apib.info/2017/03/27/brasilia-sera-palco-do-acampamento-terra-livre-que-reunira-mais-de-15-mil-indigenas/>. Acesso em: 07 mar. 2018.
8. ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL – ABIP. **Acampamento Terra Livre 2017 é a maior mobilização indígena dos últimos anos**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2017/04/24/acampamento-terra-livre-2017-e-a-maior-mobilizacao-indigena-da-historia-no-brasil/>. Acesso em: 07 mar. 2018.
9. ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL – ABIP. **Marco Temporal**. Brasília, c2018. Disponível em: <http://apib.info/direitos-indigenas/marco-temporal/>. Acesso em: 09 set. 2018.
10. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Saúde indígena perderá 301 de seus 372 médicos com a saída de cubanos**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/saude-indigena-perdera-301-de-seus-372-medicos-com-saida-de-cubanos/38208/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

11. ATHIAS, R.; MACHADO, M. A. saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

12. BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 10p., 2018.

13. BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

14. BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012. (Negras e negros: pesquisa em debates)

15. BEZZERA, L. M. C.; CLEPS Jr, J. O desenvolvimento agrícola da região centro-oeste e as transformações no espaço agrário do estado de Goiás. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 2, n. 12, p. 29-49, 2004.

16. BRAVO M. I. S.; CORREIA M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

17. BRASIL. Constituição Política do Império do Brazil (de 25 de março de 1824). 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

18. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891). 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

19. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de julho de 1934). 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

20. BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 10 de novembro de 1937). 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

21. BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 18 de setembro de 1946). 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

22. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. 1967. D Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

23. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 1, de 17.10.1969). 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

24. BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

25. BRASIL. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 1986a. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>. Acesso em: 25 abr. 2014.

26. BRASIL. Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 1986b. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>. Acesso em: 25 abr. 2014.

27. BRASIL. Decreto nº 94.221, de 14 abril de 1987. Declara de ocupação indígena Guarani e homologa a demarcação administrativa da área que menciona, no Estado de São Paulo, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94221.htm>. Acesso em: 03 ago. 2018.

28. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

29. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

30. BRASIL. Câmara dos Deputados. PL 692/1991a. Dispõe sobre a mineração em terras indígenas e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15747>. Acesso em: 08 mar. 2018

31. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 003, de 29 de maio de 1991b. Aprova o Regimento da IX Conferência Nacional de Saúde, proposto pela Comissão Organizadora do Evento, sendo anexado a Resolução. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>. Acesso em: 3 out. 2015.

32. BRASIL. Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 1992. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993a. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

34. BRASIL. Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Luziânia, 1993b. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

35. BRASIL. Decreto nº 1.775, de 8 de janeiro de 1996a. Dispõe sobre o procedimento administrativo de demarcação das terras indígenas e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1775.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

36. BRASIL. Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 1996b. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf >. Acesso em: 17 jul. 2018.

37. BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999a. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

38. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.163, de 14 de setembro de 1999b. Determina que a execução das ações de atenção a saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência a Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção a saúde dos povos indígenas. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1163_1999.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

39. BRASIL. Câmara dos Deputados. PEC 215/2000. Acrescenta o inciso XVIII ao art. 49; modifica o § 4º e acrescenta o § 8º ambos no art. 231, da Constituição Federal. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562>. Acesso em: 08 mar. 2018.

40. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: MS/FUNASA, 2002b.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da saúde indígena na forma anexa. Disponível em:

<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

43. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 644, de 27 de março de 2006b. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=197963>. Acesso em: 02 out. 2015.

45. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2656_17_10_2007_comp.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

46. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

47. BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010a. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

48. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010b. Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

49. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010c. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

50. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011a. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

51. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 475, de 16 de março de 2011b. Delega competência ao Secretário Especial de Saúde Indígena para atuar como ordenador de despesa no que se refere aos atos de gestão orçamentária e financeira à conta dos recursos provisionados à Secretaria Especial de Saúde Indígena para custeio e capital, podendo ainda descentralizá-los em favor de outra unidade gestora, quando assim o permitirem as normas de administração financeira vigentes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0475_16_03_2011.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

52. BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a.

53. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012b. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 02 out. 2015.

54. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012c. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

55. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.012, de 14 de setembro de 2012d. Extingue o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2012_14_09_2012.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

56. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.060, de 11 de dezembro de 2013a. Institui Grupo de Trabalho para elaborar diagnóstico situacional dos estabelecimentos de saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e propor critérios para custeio de reformas e financiamento de investimentos em ampliação e novas construções. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3060_11_12_2013.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

57. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 10, de 17 de dezembro de 2013b. Fica aprovada a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS. 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT10-2013.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

58. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 20 de 17 de abril de 2015a. Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2015/prt0020_17_04_2015.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.

59. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 21 de 28 de abril de 2015b. Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2015/prt0021_28_04_2015.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.

60. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 51 de 26 de agosto de 2015c. Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2015/prt0051_26_08_2015.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.

61. BRASIL. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília, 2015d. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

62. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.141, de 24 de outubro de 2016a. Dispõe sobre a delegação de competência aos Coordenadores Distritais de Saúde Indígena para a prática de atos gestão orçamentária e financeira das Unidades Gestoras dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.editoramagister.com/legis_27205914_PORTARIA_N_2141_DE_24_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx>. Acesso em: 03 jan. 2017.

63. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016. Revoga a Portaria nº 475/GM/MS de 16 de março de 2011. Diário Oficial da União 2016; 18 out.

64. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 22 de 16 de fevereiro de 2017a. Institui Grupo de Trabalho, no âmbito da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde, com a finalidade de elaborar proposta de alteração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27308728_PORTARIA_N_22_DE_16_DE_FEVEREIRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 03 abr. 2018.

65. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.419, de 8 de junho de 2017b. Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1419_09_06_2017.html>. Acesso em: 08 mar. 2018.

66. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017c. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html>. Acesso em: 08 mar. 2018.

67. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Chamamentos, Audiências e Consultas Públicas** – SESAI. c2017d. Brasília, DF. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/chamamento-publico-saude-indigena>. Acesso em: 15 dez. 2017.

68. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)**. Brasília, DF, c2018a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html>. Acesso em: 28 set. 2018.

69. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Site Oficial. Brasília, DF, c2018b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em: 09 mai. 2018.

70. BRASIL. Decreto nº 9.660, de 1º de janeiro de 2019a. Dispõe sobre a vinculação das entidades da administração pública federal indireta.. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9660.htm>. Acesso em: 23 jan. 2019.

71. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Estatísticas Vitais**. Brasília, DF, c2019b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 03 fev. 2019.

72. BUCCI, M. P. D. **Fundamentos para uma Teoria Jurídica de Políticas Públicas**. São Paulo, SP: Saraiva, 2013.

73. CAMINHA, P. V. **A Carta, de Pero Vaz de Caminha**. São Paulo, SP: Dominus. 1963.

74. CAPOTE R. O processo de organização e a regionalização dos serviços. In: Secretaria Estadual de Saúde (Org.). **Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo, SP: Instituto da Saúde,1988. p. 17-26.

75. CARDOSO, A. M.; COIMBRA Jr., C. E. A.; TAVARES, F. G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 13, n. 1, p.21-34, 2010.

76. 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, SC: Editora da UFSC, 2015. p. 83-106.

77. CARTA CAMPINAS. Massacre de índios isolados pode ter sido a maior tragédia indígena das últimas décadas. Campinas, 2017. Disponível em: <http://cartacampinas.com.br/2017/09/massacre-de-indios-isolados-pode-ter-sido-a-maior-tragedia-indigena-das-ultimas-decadas/>. Acesso em 15 fev 2018.

78. CASANOVA, P. G. Colonialismo Interno (uma redefinición). In: BORON, A. A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Comp.) **La Teoria Marxista Hoy**: Problemas y perspectivas. 1. ed. Buenos Aires, AR: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 2006. p. 409-434.

79. CECÍLIO, A.; PIRES, M. **Direito Administrativo**. 2. ed. São Paulo, SP: Editora Atlas S.A., 2013.

80. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO. R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

81. CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.: ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado**: o agir Leigo na saúde. São Paulo, SP: HUCITEC: FAPESP. 2014.

82. CLASTRES, P. A sociedade contra o Estado. In.: _____. **A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política**. São Paulo, SP: Cosac Naify. 2003. p. 207 – 234.

83. COIMBRA Jr, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

84. CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, out/dez, 1989.

85. CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO - CIMI. **Notícias**. Brasília, DF, c2017. Disponível em < https://cimi.org.br/>. Acesso em: 23 abr. 2017.

86. CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO - CIMI. **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil** – dados de 2017. Brasília, DF: CIMI. 2018. Disponível em <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

87. CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO - CIMI; COLETIVO TENINDERÃ AYVU. **Nós vamos lutar com a nossa vida, Ministro**. O Jaraguá é Guarani!. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bv_HX4z-Sl8>. Acesso em: 10 ago. 2018.

88. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **A integração da saúde indígena no SUS**: uma proposta da gestão estadual. 2014. Disponível em: < http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/04/NT-04-2014-SAU%CC%81DE-INDIGENA.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

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

90. 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.

91. CUNHA, M. C. Políticas Culturais e Povos Indígenas: Uma Introdução. In: CUNHA, M. C.; CESARINO, P. N. **Políticas Culturais e Povos Indígenas**. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica. 1. ed. 2014. p. 9-21.

92. DIEHL, E. E. et al. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA Jr, C. E. A. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003. p. 217-235.

93. EL PAIS. "Estamos tomando água poluída, de mercúrio. O povo yanomami vai sumir". São Paulo, 2017. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/20/politica/1492722067_410462.html>. Acesso em 23 mai 2017.

94. ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-120.

95. FERREIRA, L. B. **O Controle social no subsistema de atenção indígena: uma reflexão bioética**. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

96. FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-752, 2009.

97. FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

98. FONTAO, M. A. B.; PEREIRA, É. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**, Botucatu, v. 21, p.1169-1180 2017. Suplemento 1.

99. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 181-93.

100. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI. **Terras indígenas: o que é?**. Brasília, DF, c2018a. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/2014-02-07-13-24-32>. Acesso em: 09 out. 2018.

101. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI. **Entenda o processo de demarcação**. Brasília, DF, c2018b. Disponível em: < http://www.funai.gov.br/index.php/2014-02-07-13-24-53>. Acesso em: 09 out. 2018.

102. FURTADO, C. **Formação Econômica do Brasil**. 34. ed. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2015.

103. GARFIELD, S.; COLLEGE, B. As raízes de uma planta que hoje é o Brasil: os índios e o Estado-Nação na era Vargas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 20, n. 39, p. 15-24, 2000.

104. GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. P. (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2002, p. 18-59.

105. GARNELO, L. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. 2004. Porto Velho, RR. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>. Aceso em 13 dez 2017.

106. GARNELO, L. O SUS e a Saúde Indígenas: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2014. p. 107-144.

107. GARNELO, L.; MAQUINÉ, A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). **Saúde Indígena**: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 2015. p. 107-144.

108. GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005.

109. GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil**: passado, presente e futuro. São Paulo, SP: Contextos, 2012.

110. GUAJAJARA, S. **Índia diz que a PEC das Demarcações é ameaça "letal" contra os índios**. 2015. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/486078-INDIA-DIZ-QUE-A-PEC-DAS-DEMARCACOES-E-AMEACA-

%E2%80%9CLETAL%E2%80%9D-CONTRA-OS-INDIOS.html>. Acesso em: 17 set. 2018.

111. GUAJAJARA, S. **518 anos depois**: "A Luta pela Mãe-Terra é a Mãe de Todas as Lutas". Carta por uma Candidatura Indígena, Anticapitalista e Ecossocialista à Presidência do Brasil. Gama Livre. 2017. Disponível em: <https://www.gamalivre.com.br/2017/12/518-anos-depois-luta-pela-mae-terra-e.html>. Acesso em: 13 abr 2018.

112. HOUAISS, A.; VILLAR, M. S; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Lisboa, PT: Temas e Debates, 2003.

113. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estudos Especiais** – O Brasil Indígena – Língua falada. Rio de Janeiro, RJ, c2017. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/lingua-falada.>. Acesso em: 23 abe. 2017.

114. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. "Xinguanos protestam contra indicação política na Saúde", 2017a. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/xinguanos-protestam-contra-indicacao-politica-na-saude>. Acesso em 15 set 2018.

115. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. ATL 2017 é a maior mobilização indígena dos últimos anos. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/atl-2017-e-a-maior-mobilizacao-indigena-da-historia>. Acesso em 15 fev 2018.

116. JORGE, E. A mobilização instituinte (Décadas de 1970 e 1980). In: FALEIROS, V. P. et. al. (Org.). **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006. p. 35-110.

117. KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu**: Palavras de um xamã yanomami. 1. ed. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2015.

118. KRENAK, A. **Defesa da Emenda Popular da União das Nações Indígenas no Congresso Nacional no dia 04 de setembro de 1987**. 1987. Disponível em: <https://www.youtube/watch?v=kWMHiwdbM_Q>. Acesso em: 13 fev. 2018.

119. KRENAK. A. **Encontros**. / COHN, S, (org.). Rio de Janeiro, RJ: Azougue, 1. ed. 2015.

120. LANGDON, E. J. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1994. p. 115-141.

121. 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.

122. LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140. 2007.

123. LIMA, A. C. de S. 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.

124. LIS, L. Ministério muda versão de nota oficial sobre ataque a índios no Maranhão. Brasília, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/ministerio-muda-versao-de-nota-oficial-sobre-ataque-a-indios-no-maranhao.ghtml>. Acesso em 15 fev 2018.

125. LOOMBA, A. **Colonialism/Postcolonialism**. 2. ed. London, UK/ New York, NY: Routledge, 2005.

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

127. MACHADO, L. Z. Políticas Sociais, Diversidade Cultural e Igualdade de Gênero. In: SILVA, C. T.; LIMA, A. C. S.; BAINES, S. G. (Org.) **Problemáticas Sociais para Sociedades Plurais: Políticas indigenistas, sociais e de desenvolvimento em perspectiva comparada**. São Paulo, SP: Annablumes/Brasília, DF: FAP-DP. 2009. p. 109-128.

128. MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação & Sociedade**, Campinas, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

129. MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004.

130. MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de 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, RS: Rede Unida, 2015. p. 83-152.

131. MENDES, A. LOUVISON, M. **O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

132. MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 185-207, 2003.

133. MENESES, M. P. Epistemologias do Sul. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, PT, n. 80, p. 5-10, 2008.

134. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2013.

135. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. **Recomendação nº 05 - IAB-PI**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/acoes-coordenadas/dia-d-do-controle-social/recomendacao-no-05-saldo-do-iab-pi>. Acesso em: 22 abr. 2017.

136. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. **Nota**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/Portaria19071.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

137. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. **Dia "D" pelo fortalecimento do controle social na saúde indígena**. Brasília, c2018. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/acoes-coordenadas/dia-d-do-controle-social>. Acesso em 23 mai 2018.

138. MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

139. MOVIMENTOS sociais fazem denúncia à ONU: "Governo de Michel Temer age para violar direitos de povos indígenas". Articulação Nacional de Agroecologia, 2017. Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/2017/08/10/movimento-sociais-fazem-denuncia-a-onu-governo-de-michel-temer-age-para-violar-direitos-de-povos-indigenas/>. Acesso em 15 fev 2018.

140. NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In.: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D.C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, 2010. p. 24 – 47.

141. NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

142. NUNES, E. D. Saúde coletiva uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2013. p. 19-40.

143. NUNES, J. A. O resgate da Epistemologia. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.) **Epistemologias do Sul**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2009a. p. 215-242.

144. NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 87, p. 143-169, 2009b.

145. 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.

146. OLIVEIRA FILHO, J. P. **A viagem da volta**: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena. Rio de Janeiro, RJ: Contracapa. 2. ed. 1999.

147. OLIVEIRA, P. E. de. "Transformar o índio em um índio melhor": saúde e doença no contexto do indigenismo (1910-1967). In: FREIRE, C. A. da R. (Org.). **Memórias do SPI**: textos, imagens e documentos sobre o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1967). Rio de Janeiro, RJ: Museu do Índio-FUNAI, 2011, p. 191-200.

148. ORENSTEIN, J. **O que é ser indígena no Brasil hoje, segundo 3 jovens e 2 antropólogos**. Portal Nexo. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/04/29/O-que-%C3%A9-ser-

ind%C3%ADgena-no-Brasil-hoje-segundo-3-jovens-e-2-antrop%C3%B3logos>. Acesso em: 13 abr 2018.

149. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf>. Acesso em: 13 abr 2018.

150. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Convenção n° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT**. Brasília, DF: OIT. 2011.

151. OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 205-218, 2015. Suplemento 1.

152. PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador, BA, Rio de Janeiro, RJ: EDUFBA, FIOCRUZ, 2008.

153. PAIM, J. P. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 6, p. 1723-1728, 2018.

154. PAULA, L. R. de; VIANNA, F. de L. B. **Mapeando Políticas Públicas para Povos Indígenas**. Rio de Janeiro, RJ: LACED/UFRJ, 2011.

155. PEREIRA, D. M. D de B. **O Estado Pluriétnico**. [artigo na internet]. Brasília: Ministério Público Federal; 2002. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs/artigos/docs_artigos/estado_plurietnico.pdf>. Acesso em: 07 fev 2019.

156. PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.56-71, 2006.

157. PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

158. PORTAL G1. Índios ocupam torres no Pico do Jaraguá em protesto contra anulação de demarcação de terras. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/indios-ocupam-torres-no-pico-do-jaragua-em-protesto-contra-anulacao-de-demarcacao-de-terras.ghtml >. Acesso em 15 fev 2018.

159. PORTAL G1. Índios **Yanomami fazem servidores da Saúde de RR reféns após mortes de crianças em comunidade**. Boa Vista, 2018. Disponível em: https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2018/09/17/indigenas-de-rr-mantem-tres-avioes-e-servidores-da-sesai-presos-em-terra-yanomami-apos-morte-de-duas-criancas.ghtml>. Acesso em 15 out 2018.

160. QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e Classificação Social. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.) **Epistemologias do Sul**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2009. p. 73-118.

161. RAMINELLI, R. **Imagens da Colonização**: A representação do Índio de Caminha a Vieira. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1996.

162. REDE TVT. **Terras indígenas no Pico do Jaraguá são alvo de disputa judicial**. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GQm79chhNAw>. Acesso em: 10 ago. 2018.

163. REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2015. p. 273-284.

164. RODRIGUES, L. Índios denunciam ataque a tiros durante a madrugada: situação teria ocorrido em propriedade próxima a aldeia Bororó. Dourados, 2018. Disponível em: <https://www.correiodoestado.com.br/cidades/dourados/indios-denunciam-ataque-a-tiros-durante-a-madrugada/339648/?fbclid=IwAR0x0UNedjJZMYU6XRtY1dDT9W7Rcv-nMLFmlhx3wQx3zTJdR-Hgb0P8>. Acesso em 03 nov 2018.

165. SANTOS, B. de S. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. 2003.

166. SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2009. p. 23 -72.

167. SANTOS, B. de S. Uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências. In.: _____. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2010a. p. 93-136. (Para um Novo Senso Comum. A Ciência, o Direito e a Política na Transição Paradigmática; 4).

168. SANTOS, B. de S. Ecologia de Saberes. In.: _____. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 3. ed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2010b. p. 137-178. (Para um Novo Senso Comum. A Ciência, o Direito e a Política na Transição Paradigmática; 4).

169. SANTOS, B. de S. Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento. In: SANTOS, B. de S.; CHAUI, M. (Org.). **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. 1. ed. São Paulo, SP: Cortez. 2013. p. 41-133.

170. SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2009a.

171. SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. Introdução. In: _____ (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra, PT: Edições Almedina, 2009b. p. 09-19.

172. SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P.; NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. de S. (Org.). **Semear outras soluções:** os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais.

Porto, PT: Edições Afrontamento, 2004. p. 23-101. (Coleção Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos, 4).

173. SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, 2010.

174. SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIRA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Santa Vitória do Palmar, RS, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>. Acesso em: 13 nov 2018.

175. SAYD, J. D.; VIEIRA JUNLOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.165-195, 1998.

176. SILVA, S. P. M. da. **Discriminação positiva**: ações afirmativas na realidade brasileira. Brasília, DF: Brasília Jurídica, 2005.

177. SIQUEIRA, S. A. V. de; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1496, 2017.

178. SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. de A.; BAHIA, L. **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo, SP: HUCITEC. 2018.

179. SOUZA FILHO, C. F. M. **O Direito envergonhado** (O Direto e os Índios no Brasil). Revista IIDH, San José. v. 15, p. 145-164, 1992.

180. SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p.105-121, 2005.

181. SOUZA, L. G. S.; SANTOS, R. V. COIMBRA Jr, C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 1465-1473, 2010. Suplemento 1.

182. SP1. Índios desligam antenas de transmissão de celular e TV no Pico do Jaraguá, em SP. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/indios-desligam-antenas-de-transmissao-de-celular-e-tv-no-pico-do-jaragua-em-sp.ghtml>. Acesso em 15 fev 2018.

183. TAULI-CORPUZ, V. **Relatório da missão ao Brasil da Relatora Especial sobre os direitos dos povos indígenas**. Genebra: Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2016. Disponível em <http://unsr.vtaulicorpuz.org/site/images/docs/country/2016-brazil-a-hrc-33-42-add-1-portugues.pdf>. Acesso em 15 fev 2016.

184. TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. H.; COSTA, N. M. A. C. Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

185. UNIÃO DAS NAÇÕES UNDÍGENAS – UNI. Os povos indígenas e o direito à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 8-9, jan., 1988a.

186. UNIÃO DAS NAÇÕES UNDÍGENAS – UNI. Encontro aponta soluções para proteção da saúde do índio. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 60, jan., 1988b.

187. 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.

188. VERDUM, R. Desenvolvimento, Etnodesenvolvimento e Integração Latino-Americana. In: SILVA, C. T.; LIMA, A. C. S.; BAINES, S. G. (Org.) **Problemáticas Sociais para Sociedades Plurais: Políticas indigenistas, sociais e de desenvolvimento em perspectiva comparada**. São Paulo, SP: Annablumes/Brasília, DF: FAP-DP. 2009. p. 13-26.

189. VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectivismo e multinaturalismo na América Latina. In: _____. **A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia**. São Paulo, SP: Cosac & Naify, 2002. p. 347-399.

190. WALSH, C. Pedagogías decoloniales: práticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Tomo I. Equador: Editora Abya-Yala, 2017. (Serie Pensamiento Decolonial)

191. YAMADA, E. Brasil é cobrado na ONU por retrocesso nos direitos indígenas. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/reivindicacoes-do-brasil-indigena-retratadas-na-onu>. Acesso em 10 fev 2018.

ANEXOS

Anexo I. Relação e descrição dos textos normativos analisados.

Autor	Tipo de Texto	Nº	Data de Assinatura	Assunto	Situação Atual
Brasil	Lei	8.080	19/09/1990	Regulamenta o SUS e estabelece suas diretrizes e princípios.	Vigente
Brasil	Lei	8.142	28/12/1990	Regulamenta a participação social no SUS	Vigente
Brasil	Decreto	3.156	27/08/1999	Estabelece as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas pelo Ministério da Saúde.	Não localizada
Brasil	Lei	9.836	23/09/1999	Estabelece o SASI, que deve considerar o contexto intercultural, com gestão federal e complementariedade de estados e municípios.	Vigente
MS/GM	Portaria	254	31/01/2002	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	70	20/01/2004	Aprova as Diretrizes da Gestão da PNASPI.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	644	27/03/2006	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação nº 4/2017
MS/GM	Portaria	204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.	Revogada pela Consolidação nº 6/2017
MS/GM	Portaria	2.759	25/10/2007	Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017
MS/GM	Portaria	2.656	17/10/2007	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas e regulamentação dos IAB-PI e IAE-PI.	Revogada pela Consolidação nº 6/2017
Brasil	Decreto	7.508	28/06/2011	Regulamenta a Lei no 8.080, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Vigente
MS/GM	Portaria	475	16/03/2011	Estabelece a autonomia sanitária do DSEI.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.088	23/12/2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial.	Revogada pela Consolidação nº 3/2017
MS/GM	Portaria	755	18/04/2012	Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Revogada pela Consolidação nº 4/2017
MS/GM	Portaria	2.012	14/09/2012	Extingue o IAB-PI.	Revogada pela Consolidação nº 6/2017
MS/SESAI	Portaria	34	24/05/2013	Institui o Comitê de Educação Permanente no âmbito do SASI	Vigente
MS/SESAI	Portaria	64	29/11/2013	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.031	11/12/2013	Institui Grupo de Trabalho para reavaliar o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas.	Vigente
MS/GM	Portaria	3.410	30/12/2013	Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.	Revogada pela Consolidação nº 2/2017

MS/ CIT	Resolução	10	17/12/2013	Garante a participação como Convidado de representantes da Saúde Indígena na CIR e CIB.	Vigente
MS/SESAI	Portaria	15	21/05/2014	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas.	Vigente
MS/SESAI	Portaria	20	17/04/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI	Vigente
MS/SESAI	Portaria	21	28/04/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI	Vigente
MS/SESAI	Portaria	51	26/08/2015	Institui Grupo de Trabalho para discussão e revisão da PNASPI	Vigente
MS/GM	Portaria	1.907	17/10/2016	Revoga a Portaria 475/2011 que estabelece a autonomia orçamentária do DSEI	Não localizada
MS/GM	Portaria	2.206	26/10/2016	Revoga a Portaria 2.141/2016	Vigente
MS/SESAI	Portaria	22	16/02/2017	Institui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de alteração da PNASPI	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	1	03/10/2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	2	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	3	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as redes.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	4	03/10/2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	5	03/10/2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria de Consolidação	6	03/10/2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.	Vigente
MS/GM	Portaria	2.663	11/10/2017	Redefinir os critérios para o repasse do IAE-PI.	Vigente

Elaborada pela autora

Anexo II. Relação dos Relatórios das cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Conferências Nacionais de Saúde.

Ano	Período	Título	Cidade	Tamanho do Relatório	Número de Propostas Aprovadas	Eixos	Aprovação do Relatório	Número de Delegados
1986	17 a 21 março	8ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília/ DF	29 páginas	49	• Saúde como Direito • Reformulação do Sistema Nacional de Saúde • Financiamento do Setor	Plenária Final	1.000
1986	27 a 29 de novembro	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	Brasília/ DF	3 páginas	22	• Do Gerenciamento • Da Execução • Da Organização dos Serviços • Do Acesso e da Qualidade dos Serviços • Da Política de Recursos Humanos • Do Sistema de Informação	Plenária do dia 29/11/1986, no Auditório do Ministério da Saúde, Brasília	Não cita
1992	09 a 14 agosto	IX Conferência Nacional de Saúde	Brasília/ DF	43 páginas	218	• Seguridade Social • Implantações do SUS • Controle Social	Plenária Final	3.000
1993	25 a 27 de outubro	II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	Luziânia /GO	12 páginas	Traz princípios e diretrizes para casa eixo	• Dos Princípios Gerais • Modelo Assistencial: O Sub-Sistema de Saúde Para os Povos Indígenas • Controle de Ingestão e Participação Indígena • Recursos Humanos: Formação, Seleção e Perspectivas de Carreira dos Profissionais de Saúde Indígena nas Instituições Públicas • Agentes Indígenas de Saúde • Sistemas Tradicionais de Saúde • O Papel das Instituições de Ensino e Pesquisa	Não cita	200 delegados, 50 % usuários.
1996	2 a 6 de setembro	10ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília/ DF	91 páginas	362	• Saúde, Cidadania e Políticas Públicas • Gestão e Organização dos Serviços de Saúde • Controle Social na Saúde • Financiamento da Saúde • Recursos Humanos para a Saúde • Atenção Integral para a Saúde	Plenária Final	1.260
2001	14 a 18 de maio	III Conferência Nacional de Saúde Indígena - Relatório Final	Luziânia /GO	28 páginas	157	• Modelo de Gestão e Organização dos Serviços, • Parcerias e Articulação com o Sistema Único de Saúde – SUS • Vigilância em Saúde • Doenças Sexualmente Transmissíveis, o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS - e o Alcoolismo: Direitos Humanos e Ética nas Intervenções. • Fortalecimento do Controle Social	Conselho Nacional de Saúde, na reunião Ordinária de Julho de 2001	Não cita

						• Agentes Indígenas de Saúde: Formação, Reconhecimento e Inserção Social • 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 • As Comunidades Indígenas e a Produção Comercialização de Alimentos: as Novas Necessidades		
2006	27 a 31 de março	4º Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final	Rio Quente/ GO	230 páginas	479	I. Direito à Saúde; a. Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena b. Organização da atenção à saúde c. Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde d. Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira II. Controle Social e Gestão Participativa; a. Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena b. Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal c. Capacitação continuada de conselheiros d. Modelos de gestão participativa III. Desafios Indígenas Atuais; a. Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento b. Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde c. Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura d. Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas IV. Trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde; a. Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento b. Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena c. Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena d. Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas e. Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável. a. Avaliação da demarcação. Homologação, desintrusão e proteção dos territórios indígenas – condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas b. estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas		800 delegados, 52% representaram os usuários indígenas, 27% trabalhadores e 21% gestores e prestadores de serviço.

						c. Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas d. Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas – pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas e. Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros		
2013	02 a 06 de dezembro	Relatório da 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena	Brasília/ DF	383 páginas	445 propostas	1. Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo 1.1 Avanços e Desafios para a Atenção Básica para os Povos Indígenas 1.2 Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas 1.3 Avanços e Desafios na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais 1.4 Avanços e Desafios no Financiamento para a Saúde Indígena 1.5 Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 2. Controle Social e Gestão Participativa 2.1 Avanços e Desafios para o Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 3. Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional 3.1 Avanços e Desafios para o Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígena 4. Saneamento e Edificação de Saúde Indígena 4.1 Avanços e Desafios do Saneamento e das Edificações de Saúde		1226, 48.04 % usuários, 22,59% gestores; 25,69% trabalhadores e 3,67% ignorado

Elaborada pela autora

Anexo III. Relação das Atas de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Fórum de Presidentes de CONDISI analisadas.

Ano	Data	Título	Local	Duração	Tamanho da ata	Presidente e Vice (Coordenador Executivo/Coordenadores Adjuntos)	Redação da Ata
2011	18/04/2011	Primeira Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio, Brasília	3 dias	5 páginas	Não cita	sem identificação
2011	02/05/2011	Ata da 1ª Reunião Extraordinária – 2011	Auditório da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Brasília	5 dias – 2 no ATL	6 páginas	Lázaro Xerente/Antônio Sarmento e Lindomar Santos Rodrigues	Secretária
2011	17/10/2011	Ata da Reunião do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	25 páginas	Lázaro Xerente/Antônio Sarmento e Lindomar Santos Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2011	26/11/2011	Ata da III Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI's	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	26 páginas	Lázaro Calixto Xerente/Lindomar Xocó e Antônio Sarmento dos Santos	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	07/03/2012	Ata da IV Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI's	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	28 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	09/05/2012	Ata da III Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI's	Auditório localizado no subsolo do Hotel Grand Bittar, Brasília	3 dias	15 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	11/06/2012	Ata da V Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI's	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	12 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	09/07/2012	Ata da IV Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	26 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	20/08/2012	Ata da VI Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	29 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2012	20/12/2012	Ata da VII Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da CONEP na Unidade II do MS, Brasília	3 dias	33 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Manoel Eufrásio Rodrigues	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2013	07/03/2013	Ata da VIII Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Hotel Nacional	2 dias	10 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Ercília as Silva Vieira	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2013	13/05/2013	Ata da IX Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	5 dias	15 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Ercília as Silva Vieira	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2013	11/06/2013	Ata da V Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	2 dias	19 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Ercília as Silva Vieira	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2013	20/08/2013	Ata da X Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	15 páginas	Jorge Marubo/Agnelo Xavante e Ercília as Silva Vieira	Marina Marianne Santana Coelho Costa
2014	24/03/2014	Ata da 11ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	9 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Willian Cesar Lopes Domingos	sem identificação
2014	27/05/2014	Ata da 12ª Reunião Ordinária do	Auditório da Unidade II do MS,	3 dias	16 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton	Marina Marianne Santa

		Fórum de Presidentes de CONDISI	Brasília			Oliveira Martins e Willian Cesar Lopes Domingos	Coelho Costa
2014	16/07/2014	Ata da 6ª Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório do Conselho Nacional de Saúde, Brasília / Auditório da Unidade II do MS, Brasília	2 dias	11 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/ Cleyton Oliveira Martins e Willian Cesar Lopes Domingos	Marina Marianne Santa Coelho Costa
2014	04/08/2014	Memória da 7ª Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI – FPCONDISI	Auditório Emílio Ribas, no térreo do Edifício do Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Brasília/DF	1 dia	3 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Willian Cesar Lopes Domingos	sem identificação
2014	08/09/2014	Ata Aprovada da 13ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	5 dias	16 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Willian Cesar Lopes Domingos	Isabela Maria Lisboa Blumm
2015	24/03/2015	Ata da 14ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	25 paginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Albeto Góes	sem identificação
2015	13/04/2015	Ata da 8ª Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	5 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Albeto Góes	Maurício Grandi Mandelli e Thaís de Moraes Torres.
2015	23/06/2015	Ata da 15ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	25 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Albeto Góes	Maurício Grandi Mandelli e Thaís de Moraes Torres.
2015	22/09/2015	Ata da 16ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	14 paginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Albeto Góes	Maurício Grandi Mandelli e Thaís de Moraes Torres.
2015	15/10/2015	Ata da 9ª Reunião Extraordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	2 dias	8 páginas	Gabriel de Abreu Domingos/Cleyton Oliveira Martins e Albeto Góes	Maurício Grandi Mandelli e Thaís de Moraes Torres.
2016	15/03/2016	Ata da 17ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília/ Auditório Emílio Ribas na sede do MS	4 dias	17 páginas	Cleyton Javaé/Maria Lucilene e Erivelto Fernandes	Maurício Grandi Mandelli e Thaís de Moraes Torres.
2016	20/09/2016	Ata da 18ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	3 dias	22 páginas	Cleyton Javaé/Maria Lucilene e Erivelto Fernandes	Thais de Moraes Torres
2016	08/11/2016	Ata da 10ª Reunião Extraordinária ampliada do Fórum de Presidentes de CONDISI	Maloca da UNB, Brasília/ Auditório Emílio Ribas na sede do MS	3 dias	9 páginas	Cleyton Javaé/Maria Lucilene e Erivelto Fernandes	Thais de Moraes Torres
2017	24/04/2017	Ata da 20ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório da Unidade II do MS, Brasília	4 dias – 3 no ATL	12 páginas	Maria Lucilene/Erivelto Fernandes e Willian Cesar Lopes Domingos	Leandro Moraes Ribeiro
2017	04/07/2017	Ata da 21ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de CONDISI	Auditório do Edifício PO 700 - SRTVN	3 dias	13 páginas	Maria Lucilene/Erivelto Fernandes e Willian Cesar Lopes Domingos	Thais de Moraes Torres

Elaborada pela autora

Anexo IV. Relação das Atas de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CONDISI Litoral Sul analisadas.

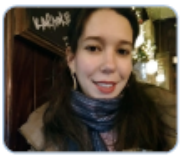
Ano	Data	Título	Local	Duração	Tamanho da ata	Presidente e Vice	Redação da Ata
2000	12/12/2000	Ata de Primeira Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena	Curitiba (Hotel Elo Inn)	2 dias	2 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	sem identificação
2001	03/04/2001	Ata da 2ª Reunião do Conselho Distrital - Litoral Sul	Curitiba (Ouro Verde Hotel)	2 dias	2 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	sem identificação
2001	03/07/2001	Ata da 3ª Reunião do Conselho Distrital Indígena Litoral Sul	Curitiba (Caravele Palace Hotel)	2 dias	3 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	sem identificação
2001	16/10/2001	Ata da 4ª Reunião do Conselho Distrital Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Eduardo VII)	2 dias	3 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	sem identificação
2001	18/12/2001	Ata da 5ª Reunião do Conselho Distrital Indígena Litoral Sul	Curitiba (Caravele Palace Hotel)		2 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	sem identificação
2002	14/05/2002	Ata da VI Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Del Rey)	2 dias	2 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	Solange de Lima Siqueira.
2002	20/08/2002	Ata da VII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Lancaster)	3 dias	4 páginas	Domingos Venite/Juarez da Silva	Solange de Lima Siqueira.
2002	10/12/2002	Ata da VIII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Cutitiba (Hotel Caravelle)	3 dias	3 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2003	03/06/2003	Ata da IX Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Ello In)	2 dias	4 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2003	19/08/2003	Ata da X Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Não identificado	3 dias	5 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2003	16/12/2003	Ata da XI Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Granville)	3 dias	5 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2004	18/05/2004	Ata da XII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Granville)	3 dias	12 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2004	Sem data	Ata da XIII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Curitiba (Hotel Elo Inn)	3 dias	19 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	sem identificação
2005	21/06/2005	Ata da XIV Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul	Angra dos Reis (Hotel Angra Inn)		13 páginas	Juarez da Silva/Manoel Lima	Rosangela Borges Giublin e Solange de Lima Siqueira
2006	15/03/2006	Ata de Reunião 01/2006	Curitiba	1 dia	2 páginas		sem identificação
2006	16/10/2006	Ata da 1ª reunião de lideranças do estado do Parana para homologação do CONDISI do Paraná.			2 páginas	Renato de Moraes/Nilo Rodrigues Vice.	sem identificação
2007	28/09/2007	Ata da 3ª Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena	Curitiba (Núcleo do MS)				sem identificação
2009	27/01/2009	Ata - Reunião de Reestruturação do Controle Social das Regiões Sul e Sudeste - CONDISI Interior Sul - 27/01/2009	Florianópolis (Hotel Morro das Pedras)	1 dia	7 páginas	Felipe/Hyral Moreira	Ata do Litoral: Nuno Nunes, Maria de Lourdes Silva Lentz e Fernanda Zielink
2009	28/01/2009	Ata de eleição de Diretoria e Nova Composição do	Florianópolis (Hotel Morro das	1 dia	2 páginas	Felipe/Hyral Moreira	Ata do Litoral: Nuno Nunes,

		Conselho Distrital de Saúde Indígena do Litoral Sul - CONDISI-LISUL	Pedras)				Maria de Lourdes Silva Lentz e Fernanda Zielink
2009	22/09/2009	Ata da 2ª reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul - CONDISI - LISUL	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	11 páginas	Hyral Moreira/ Luiz Karai	Jania das Dores Viana Santana e Nayara Begalli Scalco e correção de Marta
2009	24/11/2009	Ata da 3ª reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul - CONDISI-LISUL	Barra do Ribeira/RS - Aldeia Guarani Coxilha da Cruz	3 dias	6 páginas	Hyral Moreira/ Luiz Karai	Jania das Dores Viana Santana e Marta
2010	23/03/2010	Ata da 1ª Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígenas Litoral Sul CONDISI-LISUL-2010	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	11 páginas	Hyral Moreira/ Luiz Karai	Jania das Dores Viana Santana e Marta Ferreira da Silva
2010	01/07/2010	Ata da 2ª Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígenas Litoral Sul CONDISI-LISUL-2010	São Paulo (Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas)	3 dias	7 páginas	Luiz Karai/	Jania das Dores Viana Santana, Marta Ferreira da Silva e Vera Regina Dias.
2011	14/12/2011	Reunião Ordinária nº 01 - 2011	Curitiba (Núcleo do MS)	2 dias	13 páginas	Hyral Moreira/ Luiz Karai	Vera Regina da Silva Dias e Nayara Begalli Scalco Vieira
2012	15/05/2012	Reunião Ordinária nº 01 - 2012	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	20 páginas	Hyral Moreira/ Luiz Karai	Vera Regina da Silva Dias, Marina Marianne Santana Coelho Costa e Nayara Begalli Scalco Vieira
2012	07/08/2012	Reunião Ordinária nº 02 - 2012	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	18 páginas	Luiz Karai/Joel	Vera Regina da Silva Dias, Danica Maria de Almeida e Resonilda de Fátima Ramos.
2012	26/09/2012	Reunião Extraordinária nº 01 -2012	Curitiba (Núcleo do MS)	1 dia	9 páginas.	Luiz Karai/Joel	Vera Regina da Silva Dias, Danica Maria de Almeida
2012	04/12/2012	Reunião Ordinária nº 03 - 2012	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	11 páginas	Luiz Karai/Adriano	Vera Regina da Silva Dias; Dânica Maria de Almeida; Ana Paula Segaspine Schulz, Julia de Almeida Serafim e Nayara Begalli Scalco Vieira.
2013	02/04/2013	Ata de Reunião Ordinária nº 01 -2013	Curitiba (UFPR)	3 dias	19 páginas	Luiz Karai/Adriano	sem identificação
2013	08/05/2013	Reunião Extraordinária nº 01 - 2013	Curitiba (Núcleo do MS)		3 páginas	Luiz Karai/Adriano	sem identificação
2014	03/05/2014	Reunião Ordinária nº 01 - 2014	Curitiba (Núcleo do MS)		9 páginas.	Hyral Moreira/Zico da Silva	Ana Paula Schulz e Dânica Maria de Almeida
2015	03/03/2015	Ata da primeira Reunião Ordinária - Março de 2015	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	11 páginas	Hyral Moreira/Zico da Silva	Ana Paula Schulz e Dânica Maria de Almeida
2015	16/06/2015	Ata da Segunda Reunião Ordinária - Junho de 2015	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	11 páginas	Hyral Moreira/Zico da Silva	Ana Paula Schulz e Dânica Maria de Almeida
2015	19/08/2015	Reunião Ordinária - Agosto de 2015	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	10 páginas	Hyral Moreira/Zico da Silva	Everlan Lima
2016	15/05/2016	Reunião Ordinária - Março de 2016	Curitiba (Núcleo do MS)	2 dias	11 páginas	Hyral Moreira/Zico da Silva	Julia de Almeida Serafin e Elis Regina dos Santos de Araujo

2016	14/04/2016	Reunião Extraordinária - Abril de 2016	Curitiba (Núcleo do MS)	1 dia	5 páginas	Zico da Silva e Lucas Benite	Elis Regina dos Santos de Araujo e Zelia Vieira de Melo
2016	21/06/2016	Reunião Ordinária - Junho de 2016	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	19 páginas	Zico da Silva e Lucas Benite	sem identificação
2016	08/08/2016	Reunião Extraordinária - Agosto de 2016	Curitiba (Núcleo do MS)	1 dia	7 páginas	Zico da Silva e Lucas Benite	Elizabete e Arlete
2016	03/10/2016	Reunião Ordinária - Outubro de 2016	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	17 páginas	Zico da Silva e Lucas Benite	Amanda e Elizabete
2018	28/03/2017	Reunião Ordinária - Março de 2017	Curitiba (Núcleo do MS)	3 dias	14 páginas	Zico da Silva e Lucas Benite	sem identificação

Elaborada pela autora

CURRÍCULO LATTES



Nayara Begalli Scalco Vieira

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8184863807340468
Última atualização do currículo em 31/10/2018

Possui Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2007), Mestrado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2010), Especialização em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade Aberta do Brasil (2012). Atualmente é Executiva Pública na Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo onde trabalha na Coordenadoria de Regiões de Saúde no Grupo de Planejamento e Avaliação. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente com Saúde Indígena. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Nayara Begalli Scalco Vieira
Nome em citações bibliográficas	SCALCO, N.;Scalco, Nayara

Endereço

Endereço Profissional	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Regiões de Saúde. Avenida Doutor Arnaldo - 351 Pacaembu 01246000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30668000 Ramal: 8298 URL da Homepage: www.saude.sp.gov.br

Formação acadêmica/titulação

2015	Doutorado em andamento em Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP, Brasil. com **período sanduíche** em Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (Orientador: João Arriscado Nunes). Orientador: Marília Cristina Prado Louvison. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2008 - 2010	Mestrado em Psicobiologia (Conceito CAPES 7). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Estudo Etnobotânico sobre plantas alimentares utilizadas por índios Guarani de uma aldeia do estado de São Paulo,Ano de Obtenção: 2012. Orientador: Eliana Rodrigues. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Alimentação; Etnofarmacologia; Etnobotânica; Índios Guarani; Prevenção de Doenças. Grande área: Ciências Biológicas Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Etnologia Indígena. Grande Área: Ciências Biológicas / Área: Farmacologia / Subárea: Etnofarmacologia.
2010 - 2012	Especialização em Especialização em Saúde Indígena. (Carga Horária: 420h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: O desafio de organizar redes de atenção à saúde indígena no estado de São Paulo. Orientador: Sandra Maria Spedo.
2004 - 2007	Graduação em Ciências Biológicas. Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil. Título: Fracionamento de Extratos da Parte Aérea de Hypericum cordatum (Vell. Conc.) N. Robson, e Obtenção de Frações FungitóxicasFracionamento de Extratos da Parte Aérea de Hypericum cordatum (Vell. Conc.) N. Robson, e Obtenção de Frações Fungitóxicas. Orientador: Dra. Ângela Maria Ladeira.

Marilia Cristina Prado Louvison

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4532645395293280
Última atualização do currículo em 19/11/2018

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselheira da ABRASCO e da Associação Paulista de Saúde Pública. Médica Sanitarista com residencia em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Tem experiência na área de gestão de sistemas e serviços de saúde do SUS. Pesquisadora e Professora no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão e Epidemiologia de Serviços, atuando principalmente na área de políticas públicas, envelhecimento e condições crônicas; Regulação e avaliação de sistemas de saúde; e Regionalização e regulação das redes de atenção no SUS. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Marilia Cristina Prado Louvison
Nome em citações bibliográficas LOUVISON, M. C. P.;Louvison, Marília Cristina Prado;LOUVISON, MARILIA;LOUVISON, MARÍLIA C. P.

Endereço

Endereço Profissional Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática em Saúde Pública.
Av Dr Arnaldo 715
Pacaembu
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617718
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2011 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras, Ano de obtenção: 2012.
Orientador: Maria Lúcia Lebrão.

2004 - 2006 Mestrado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo,Ano de Obtenção: 2006.
Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
Palavras-chave: epidemiologia de serviços de saúde; desigualdades em saúde; modelo de atenção em saúde do idoso.

1986 - 1987 Especialização - Residência médica.
Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social
Número do registro: .

1980 - 1985 Graduação em Medicina.
Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil.

1977 - 1979 Ensino Médio (2º grau).
Escola Estadual de Segundo Grau de São Paulo, EESGSP, Brasil.

1969 - 1976 Ensino Fundamental (1º grau).
Externato Nossa Senhora Menina, ENSM, Brasil.

Formação Complementar

2011 - 2012 Especialização em Processos Educacionais. (Carga horária: 440h).
Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sirio Libanes, IEP/HSL, Brasil.

2011 - 2012 Gerencia em Salud para Personas Mayores. (Carga horária: 312h).
Organização Panamericana de Saúde, OPAS, Estados Unidos.