

## **POLÍTICAS DE CONTROLE SOCIAL EM CONTEXTOS INTERCULTURAIS: IMPASSES E DESAFIOS PARA A SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA**

**ELIANA E. DIEHL** – Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. elianadiehl@hotmail.com

**ESTHER JEAN LANGDON** – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. estherjeanbr@yahoo.com.br

Palavras-chave: Saúde Indígena; Políticas de Controle Social; Contextos Interculturais

Com a criação no Brasil do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, foram propiciados o diálogo intercultural e a participação indígena nos espaços de controle social, especialmente nos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena. Porém, os Conselhos de Saúde Indígena foram concebidos sob a perspectiva dos processos políticos ocidentais, desconsiderando que os povos indígenas, em sua heterogeneidade sócio-cultural, são marcados por outros processos políticos. Segundo a ótica democrática não-indígena, os Conselhos são espaços privilegiados para o exercício da voz das comunidades indígenas. Assim, esses novos espaços que deveriam revelar um diálogo intercultural simétrico, devido à centralização e à burocratização das ações e serviços de saúde, entre outros fatores, resultam em um diálogo assimétrico, reduzindo significativamente o poder decisório e o controle por parte dos povos indígenas da execução e da avaliação das políticas de saúde. Com base em pesquisas desde 1999 no Distrito Sanitário Especial Indígena em Santa Catarina e à luz das inúmeras Portarias e Resoluções desde então, o trabalho busca refletir sobre os fatores que impactam na garantia da participação indígena na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, apontando os impasses e desafios postos para a realidade brasileira. Apoio: Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT n. 38/2005.

### **INTRODUÇÃO**

A história institucional indígena no Brasil tem em torno de um século, desde o Serviço de Proteção ao Índio até os vários órgãos que hoje tratam, direta ou indiretamente, das questões relacionadas aos povos indígenas. Até muito recentemente, o estado brasileiro manteve a ideologia da mistura cultural e biológica, isto é, a idéia da “mestiçagem”. Nos últimos 30 anos, passou-se a enfatizar a “política da diferença” ou “multiculturalismo”, sensíveis ao pluralismo e à diversidade, ocorrendo mudanças no estado para um contexto plural e transnacional, surgindo então vários movimentos transnacionais, como pelos direitos humanos, direitos da mulher, meio ambiente, etc. No Brasil, no final da década de 1980 se admitiu a existência de uma nação multicultural, quando a Constituição Federal (Brasil, 1988) no seu Capítulo VIII (Dos Índios) reconheceu “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.” Esse movimento de reforma constitucional se dá em outros estados latino e centroamericanos, como Guatemala, Nicarágua, Colômbia, México, Paraguai, Equador, Argentina, Peru e Venezuela (Jackson e Warren, 2005).

Em 1989, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2005) trouxe especificamente a questão dos direitos indígenas, incluindo terras, empregabilidade, saúde, educação, entre outros, tornando-se um instrumento importante para as reivindicações dos movimentos indígenas. A Convenção, em sua Parte V (“Seguridade Social e Saúde”), estabelece entre outros aspectos que “Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços *sob a sua própria responsabilidade e controle*, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental” (grifos das autoras), ou seja, aponta para a autonomia e a participação indígenas como condições para a organização e prestação de serviços de saúde.

Junte-se à ideologia de nações multiculturais a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, que enfatizou que “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (WHO, 1978, p. 1). Assim, as reformas sanitárias ocorridas a partir do final da década de 1980 em vários países da América Latina incluem a participação em saúde como uma das suas principais diretrizes.

A ênfase para contextos pluriétnicos e respeito à diversidade se reflete no final dos anos 1990 no Brasil em políticas públicas que trazem em seu texto a necessidade de instituir serviços e ações específicos, principalmente nos campos da saúde e da educação. Em 1999, o Decreto n. 3.156 (Brasil, 1999a) e a Lei n. 9.836 (Brasil, 1999b) determinaram as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente, tendo em vista as históricas desigualdades e iniquidades vividas por estes povos no Brasil. Posteriormente, essa legislação regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrante da Política Nacional de Saúde (Brasil, 2002).

O Subsistema de saúde indígena, que deve garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação comunitária, instituiu ainda o princípio da *atenção diferenciada* (grifos das autoras), que deve levar em conta “as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (Brasil, 2002, p. 6), ou seja, esse princípio é definido como uma diferenciação na qualidade dos serviços. Outro aspecto relevante trazido pelo novo modelo de atenção é a participação indígena, na qual os diversos povos tiveram que se organizar na forma de Conselhos de Saúde para o exercício do controle social.

No SUS, o controle social significa “o controle de setores organizados na sociedade sobre as ações do Estado” (Correia, 2005, p. 93), institucionalizado nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde. Os conselhos e conferências de saúde são regulamentados pela Lei n. 8.142/1990 e pela Resolução n. 333/2003 (Brasil, 2003). Segundo a Lei n. 8.142/1990, o conselho de saúde tem caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A Resolução n. 333/2003 amplia a definição de conselho de saúde como o “órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo”, salientando que o “processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os *conselhos distritais sanitários de saúde indígena*” (Brasil, 2003, p. 4. Grifos das autoras).

Com a criação e operacionalização do Subsistema de saúde indígena, a participação indígena em organismos colegiados, como Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), é assegurada enquanto direito. Considerando os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) formalizados em 1999, foram estabelecidos os respectivos CONDISI e inúmeros Conselhos Locais espalhados pelas Terras Indígenas. Os CONDISI, que seguem a lógica de paridade estabelecida para os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, podem ser pensados como “os novos espaços de construção de identidades sociais e de direitos, (...) vale dizer, a constituição e dinâmica dos novos espaços da política, que não aqueles tradicionalmente reconhecidos” (Cohn, 2003, p. 10).

Nesse artigo, discutiremos sobre os fatores que impactam na garantia da participação indígena na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, apontando os impasses e desafios postos para a realidade brasileira. A reflexão aqui apresentada sobre o controle social na saúde indígena está baseada em pesquisas desde 1999 no Distrito Sanitário Especial Indígena em Santa Catarina e na interpretação de inúmeras Portarias e Resoluções desde então. Esse texto retoma e atualiza o artigo de Langdon e Diehl (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**, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007).

## **O CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

A Resolução n. 333/2003 aponta na sua terceira diretriz a “participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na *proposição*, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 2003, p. 4-5. Grifo das autoras). Observando os atos legais relacionados diretamente à saúde indígena, o papel dos CONDISI enquanto proponentes de políticas de saúde para os povos indígenas não é especificado ou mesmo incentivado. Segundo o Decreto n. 3.156/1999, reiterado pela Portaria n. 70/GM/2004, aos CONDISI compete somente aprovar e acompanhar a execução do Plano Distrital de Saúde Indígena, acompanhar as ações dos conselhos locais de saúde indígena e exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. Em 2007, a Portaria n. 2.656 (Brasil, 2007) considera que os povos indígenas têm direito a participar dos organismos colegiados de formulação, deliberação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e CONDISI), porém define que os CONDISI e os CLSI têm como atribuições somente “participar do processo de formulação das necessidades e metas a serem objetos dos Termos de Pactuação<sup>1</sup> expressas nos Planos Distritais de Saúde Indígena em conjunto com o DSEI” e “acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho.” Essa Portaria ainda determina que os Termos de Pactuação devem ser apresentados e aprovados nos respectivos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, ratificados posteriormente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com participação de representantes dos DSEIs e CONDISIs. A Portaria n. 2.656/2007 foi muito questionada pelo movimento indígena e outros segmentos da sociedade que acompanham/participam do processo, pois não foi debatida amplamente e tem uma forte tendência para a municipalização das ações e serviços de saúde (CIMI, 2008).

A organização, operacionalização, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação da saúde indígena, entre outras atribuições, competem à FUNASA (Brasil, 2009), principalmente através de seu Departamento de Saúde Indígena (DESAI/FUNASA). Esse Departamento possui seis Coordenações, sendo uma delas a Coordenação de Apoio à Gestão e à Participação Social (COPAS). A COPAS tem como atividades, entre outras, “apoiar a criação e funcionamento dos Conselhos

---

<sup>1</sup> Termo de Pactuação é o documento que contém as responsabilidades e atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas, pactuado pela FUNASA, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, municípios ou estados e CONDISI.

Distritais e Locais de Saúde Indígena” e “promover a capacitação de conselheiros distritais e locais de saúde indígena” (FUNASA, 2009a, p. 3).

A alocação dos recursos financeiros para o controle social é decidida no DESAI/FUNASA, visando a realização de reuniões dos Conselhos e a capacitação de conselheiros. Nessa decisão, não há a participação indígena, tampouco compreende-se os critérios de distribuição dos recursos para o controle social. Por exemplo, em 2007 ou 2008<sup>2</sup>, o DESAI/FUNASA alocou em torno de 3,6 milhões de reais para as reuniões de todos os 34 CONDISI, porém quando se comparam os valores por DSEI, observa-se que Distritos de pequena extensão geográfica e localizados em regiões de fácil acesso<sup>3</sup>, como os DSEIs Alagoas/Sergipe, Pernambuco, Potiguara e Paraná, receberam recursos maiores ou equivalentes a DSEIs grandes ou de difícil acesso, como Sul-Sudeste, Guamá-Tocantins, Leste de Roraima, Vale do Javari e Alto Rio Negro, entre outros. No caso dos recursos para as capacitações, por outro lado, foram reservados igualmente quase R\$ 124 mil para cada um dos Distritos em 2007 ou 2008, independente das especificidades de cada contexto distrital e local. Um dos principais empecilhos que era apontado pelo gestor à realização de capacitações de conselheiros dizia respeito à falta de recursos financeiros. Isso podia ser no início da implantação dos DSEIs e CONDISI, mas parece não ser o problema atual.

Além desses aspectos que demonstram a centralização no DESAI/FUNASA, verifica-se a falta de autonomia dos Conselhos Distritais e Locais para decidir quanto, como e em que gastar os recursos, pois, por exemplo, em 2008 o DESAI/FUNASA destinou R\$ 3,2 milhões para apoiar as atividades de controle social nos Distritos e desse total descentralizou aproximadamente 1 milhão de reais para os DSEIs visando a realização das reuniões do controle social, tendo sido executados somente pouco mais de 57% desse valor (FUNASA, 2009b). Isso também pode indicar a falta de articulação no CONDISI, como é o caso das regiões sul e sudeste do país.

Em 2003, em Curitiba, foi realizado o Seminário de Avaliação do Controle Social nos DSEIs, o qual apontou o perfil dos multiplicadores para o controle social: entender de política de saúde pública e indígena, conhecer a realidade das comunidades que compõem o DSEI, saber ler e escrever, conhecer o movimento indígena de sua região, ser indicado pelo conselho local ou distrital, não fazer uso de bebida alcoólica, entre outros. Os conteúdos compreendiam desde histórico das políticas de saúde no Brasil

---

<sup>2</sup> Trata-se de documento disponibilizado pela COPAS/DESAI em 2008 que não traz indicado o ano ao qual se referem as informações nele contidas, porém deve corresponder a um dos dois anos (2007 ou 2008) pois os DSEIs Paraná e Sul-Sudeste, que existiram entre agosto de 2006 e dezembro de 2008, estão entre os contemplados.

<sup>3</sup> Entende-se como fácil ou difícil acesso regiões que têm rodovias (pavimentadas ou não) ou que necessitam o uso concomitante ou não de outros meios de transporte (principalmente pluvial e aéreo), respectivamente, e que portanto exigem menos ou mais recursos financeiros.

(SUS, Conferências de Saúde), funções dos conselhos, até elaboração de projetos e planejamento de ações. Portanto, a incumbência da capacitação para o gestor, definindo o perfil dos conselheiros e a função dos conselhos, significa falta de autonomia para a participação indígena e o controle social.

Os conselheiros reforçaram a importância de que as capacitações estivessem entre as prioridades dos Planos Distritais de Saúde e, portanto, incluídas nas metas orçamentárias do Distrito, à semelhança da prestação de serviços de saúde. Portanto, os indígenas dão uma importância muito grande à mesma, porém a sua sobrevalorização coloca uma questão: capacitar e educar para quem?

De modo geral, o processo de capacitação segue propostas homogeneizantes, ignorando a heterogeneidade do contexto indígena. Exemplo disso é a Cartilha para o Controle Social (FUNASA, 2008), elaborada por seis indígenas presidentes de CONDISI e integrantes do Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (ver abaixo) e outros representantes não indígenas de DSEIs e do DESAI/FUNASA. Foram editadas 20 mil Cartilhas com recursos do Projeto VIGISUS II<sup>4</sup> (ou seja, recursos adicionais àqueles destinados pelo DESAI/FUNASA ao controle social), direcionadas aos indígenas. Dessa maneira, a capacitação não relativiza nem é pensada para os profissionais de saúde, o que podemos dizer ser o reflexo do modelo de atenção implantado pelo Subsistema de saúde indígena, que é o biomédico, organizado hierarquicamente, com amplos poderes para aqueles que o conduzem, isto é, gestores, planejadores e profissionais (especialmente o médico).

É importante destacar o papel que vem assumindo o Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, como já apontado acima no exemplo da Cartilha para o Controle Social. Criado em 2005, mas oficializado em 2006 (Brasil, 2006a), possui competências que se sobrepõem àquelas definidas para os Conselhos indígenas. Ao longo de quase quatro anos, o Fórum tem assumido papel destacado, fazendo-se presente em Grupos de Trabalho (GT)<sup>5</sup>, reuniões promovidas pelo DESAI/FUNASA, Ministério da Saúde e outras instâncias, o que tem significado o

---

<sup>4</sup> O Projeto VIGISUS II (período de 2004-2008) teve como objetivos apoiar o fortalecimento e a expansão da qualidade dos serviços de saúde para as populações indígenas, sendo que no subcomponente I (Fortalecimento da Capacidade Institucional), a participação comunitária foi incluída através de atividades como o desenvolvimento e implementação de treinamentos, seminários e workshops direcionados ao fortalecimento da atuação dos Conselhos Locais e Distritais no acompanhamento e monitoramento das atividades de saúde indígena por meio de reuniões quadrimestrais do Fórum Permanente de Presidente de Conselhos Distritais de Saúde Indígena de forma a reunir todos os presidentes dos conselhos distritais de diversas partes do país para trocar idéias e experiências. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/vigisus\\_historico.asp](http://www.funasa.gov.br/internet/vigisus_historico.asp)>. Acesso em 18 setembro 2009.

<sup>5</sup> Como é o caso do GT criado pelo Ministério da Saúde com "o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando à incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde" (Brasil, 2008b, p. 98).

deslocamento do processo de participação e controle social pelas comunidades, centralizando em uma organização. Além disso, estando “a assessoria técnica e logística ao Fórum” (Brasil, 2006a, p. 3) a cargo da COPAS/DESAI/FUNASA, pode-se depreender uma maior hegemonia desta instituição nas definições da participação indígena e do controle social.

A centralização do processo de controle social pelo DESAI/FUNASA tem seu reflexo nos DSEIs e nas reuniões e decisões dos CONDISI. Para ilustrar, vamos usar o exemplo do Conselho Distrital no sul do Brasil.

### **O DSEI Interior Sul e o CONDISI Insul**

No sul e sudeste do Brasil, com a criação dos DSEIs no final de 1999, foram implantados dois CONDISI: Interior Sul e Litoral Sul, representando os DSEIs Interior Sul e Litoral Sul, respectivamente. O primeiro compreendia o controle social para as Terras Indígenas localizadas nas regiões mais a oeste do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e São Paulo (SP) e o segundo incluía as Terras Indígenas localizadas no litoral do RS, SC, PR, SP e Rio de Janeiro (RJ), mais especificamente o povo Guarani. Em agosto de 2006, por um ato político, os dois DSEIs deixaram de existir (Brasil, 2006b), dando lugar aos DSEIs Sul-Sudeste (a totalidade das Terras Indígenas limitadas no RS, SC, SP e RJ) e DSEI Paraná (todas as Terras Indígenas do PR). Essa importante mudança gerou muitas críticas do movimento indígena e de não indígenas, principalmente porque foi uma decisão à revelia da participação dos indígenas e o impacto político e operacional/organizacional foi grande, visto a desarticulação do DSEI Sul-Sudeste, que nos 16 meses de sua existência não conseguiu criar oficialmente o seu CONDISI, entre outros problemas. Conselheiros que faziam parte do CONDISI Interior Sul (Insul) não sabiam se ainda eram representantes de suas comunidades ou não, não se sabia quem era o presidente, visto que o presidente antes da mudança pertencia ao Paraná, ou seja, não estava mais no novo DSEI. Em dezembro de 2008, a Portaria que criou os dois novos DSEIs foi revogada (Brasil, 2008a), como consequência principalmente da mobilização indígena, que acionou várias instâncias, como o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério Público<sup>6</sup>, entre outras. Retomou-se então à organização anterior: DSEIs Interior Sul e Litoral Sul, com as abrangências originais.

---

<sup>6</sup> Em reportagem na FolhaOnline de 28 de maio de 2008, é divulgado que o Ministério Público Federal protocolou ação civil pública com pedido de liminar para cancelar os DSEIs criados pela FUNASA. Para a Procuradoria, a mudança não levou em consideração os critérios populacionais ou étnicos nem a área geográfica dos Estados, desrespeitando a diversidade dos povos indígenas e rompendo com a unidade Guarani Mbyá do litoral e separando Kaingang e Guarani do interior em dois Distritos diferentes. Ainda afirma que o objetivo da

O DSEI Interior Sul, com população indígena hoje estimada em torno de 30 mil pessoas, pertencentes às etnias Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak e Terena, mantém sede nas instalações da Coordenação Regional/FUNASA-SC em Florianópolis e os pólos-base estão localizados em Bauru (SP), Londrina (PR), Guarapuava (PR), Chapecó (SC), José Boiteux (SC) e Passo Fundo (RS). Desde a criação deste DSEI, incluindo o período do DSEI Sul-Sudeste, pelo menos oito coordenadores foram indicados, todos não-indígenas.

O CONDISI Insul foi instituído em novembro de 2000 e contava oficialmente com 40 membros titulares (20 índios e 20 membros das instituições gestoras, prestadoras de serviço e profissionais de saúde) em meados de 2006. Nesse período, realizou 09 reuniões ordinárias e 01 extraordinária: 01 em 2000, 03 em 2001, 03 em 2002 sendo 01 extraordinária, 01 em 2003, 01 em 2004, 01 em 2005 e nenhuma em 2006. Todas as reuniões foram em Florianópolis. Entre agosto de 2006 e dezembro de 2008, não houve reunião do Conselho Distrital do DSEI Sul-Sudeste, porém em outubro de 2007 ocorreu o “Encontro de reconstrução do controle social em saúde indígena na região sul e sudeste”, realizado em Angra dos Reis, RJ, com ampla participação de ex-conselheiros dos CONDISI Insul e Litoral Sul, além dos representantes do DSEI Paraná. Dessa reunião, os ex-conselheiros dos CONDISI Insul e Litoral Sul deliberaram pela imediata revogação da portaria que havia instituído os dois DSEIs e rearticulação dos dois CONDISI originais. Como dito acima, somente em dezembro de 2008 tal revogação foi assinada pelo ministro da saúde. Em janeiro de 2009, foi convocada a reunião para a “reestruturação do Controle Social na Saúde Indígena das Regiões Sul e Sudeste”, realizada em Florianópolis, SC. Nessa reunião, o CONDISI Insul foi retomado, com eleição de seu presidente e vice e definição de seus novos conselheiros.

### **Que controle social?**

Embora os CONDISI tenham poder para decidir, planejando, fiscalizando e avaliando as ações e serviços de atenção à saúde, na prática isso não acontece. O CONDISI Insul, enquanto espaço, era determinado pela dimensão burocrático-administrativa em detrimento da dimensão política: a maioria das reuniões era conduzida no sentido de referendar o que já vinha definido da chefia do DSEI, como os Planos Distritais e os orçamentos. As prestações de contas costumavam ser exibidas no momento das reuniões, sem a possibilidade de uma avaliação prévia, o que dificultava o

---

mudança para o dois novos DSEIs foi assinar convênio entre a FUNASA e a Associação de Defesa do Meio Ambiente REIMER, uma ONG do Paraná. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u406449.shtml>>. Acesso em: 18 junho 2008.

entendimento das mesmas. Havia ainda a vocalização de denúncias, queixas e demandas individualizadas, que refletiam situações pontuais. Isto implicava em baixa capacidade dessa instância de influir no processo de participação e controle social (gestão, programação, execução e avaliação) ou mesmo de negociar interesses divergentes.

Especificamente no planejamento em saúde, que idealmente deve ser construído a partir das solicitações e necessidades de cada Terra Indígena, para então constituir o Plano Distrital, observa-se que a proposição e a organização das ações partem de grandes programas nacionais, como saúde da mulher e da criança, capacitação de agentes indígenas de saúde, vigilância alimentar e nutricional, saúde bucal, entre outras. Esses programas já trazem planejadas as ações e as intervenções, com seus inúmeros protocolos e formulários a serem preenchidos. O gestor e os profissionais, nas reuniões do CONDISI, enaltecem a eficácia dos programas, apontando suas vantagens para a melhoria da saúde. Essa postura é reflexo da hegemonia do modelo biomédico de atenção, que coloca os seus profissionais e gestores na definição e resolução dos problemas, sem considerar se os problemas postos por eles são os mesmos que os povos indígenas definem como prioritários e importantes.

Considerando-se a representatividade, as reuniões do CONDISI Insul revelavam os conflitos gerados por uma ambigüidade de papéis dos seus membros, não ficando claro, muitas vezes, quem estavam representando. Alguns indígenas eram contratados pela FUNAI ou FUNASA, mas atuavam no Conselho como representantes dos usuários. Como exemplo, em uma reunião, um índio perguntou, “Eu trabalho para FUNAI e sou índio. Quem eu represento?” Nesse sentido, ao mesmo tempo em que deveriam trazer para a discussão as demandas das comunidades que representavam, suas atuações poderiam ser vigiadas (e cobradas) pelas instituições empregadoras.

Outro dado importante é que nem todas as etnias que faziam parte desse Distrito estavam representadas no CONDISI. Em mais de uma reunião, discutiu-se sobre a falta de uma vaga para conselheiro Guarani, já que índios dessa etnia, mesmo em minoria, viviam nesse DSEI, em especial em Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Ainda sobre a representatividade indígena, para outro índio que vinha fazendo constantes solicitações de melhorias em sua área, “sua representatividade nada vale diante da comunidade, visto que passa ano e nada de construir o posto de saúde”.

Em relação à representação não-indígena, embora na composição dos conselhos de saúde (Brasil, 2003) esteja garantida a participação de gestores e prestadores de serviços (na proporção de 25%) e de trabalhadores de saúde (outros 25%), no caso desse Conselho Distrital boa parte do seu conjunto estava diretamente envolvida com a gestão e operacionalização do DSEI. Há ainda que salientar que entre os três

conselheiros representando os trabalhadores (em torno de 8 % do total do CONDISI), dois eram servidores da FUNAI ou da FUNASA, ocupando cargos de chefias administrativas. Portanto, a representação não-indígena estava comprometida, pois sendo a maioria vinculada à gestão e à prestação de serviços no Distrito, tornava-a fiscal de si própria, o que nos faculta questionar a efetividade do Conselho.

Porquanto o DSEI e o CONDISI envolviam quatro Estados, com as várias representações institucionais (Coordenações Regionais da FUNASA, Administrações Regionais da FUNAI e Secretarias de Estado da Saúde), muitas vezes as reuniões eram marcadas por conflitos de competências. No início do funcionamento do DSEI, os embates entre Secretaria de Estado da Saúde (SES) e FUNASA ficaram bastante evidentes, em especial na questão de recursos humanos (Agente Indígena de Saúde *versus* Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros da SES) e na falta de informações sobre saúde (Sistema de Informação em Saúde Indígena/SIASI *versus* Bancos de Dados oficiais do SUS).

O modelo de organização e funcionamento dos CONDISI, que na teoria deve reproduzir os conselhos de saúde não-indígenas, não condiz com a realidade dos povos indígenas, pois conforme Garnelo e col. (2003, p. 80) há “incongruência entre a noção de representatividade genérica demandada pelo sistema de saúde e os modos tradicionais de legitimidade e representatividade de líderes indígenas”. À semelhança do processo de seleção dos AISs, as escolhas dos conselheiros indígenas também se dão com um forte referencial das lideranças e dos processos políticos locais, com impacto semelhante ao que acontece na realidade não indígena (onde influências partidárias determinam as escolhas de representantes): alta rotatividade e dificuldade de capacitação dos conselheiros. Além disso, esta situação, que deveria gerar uma multiplicidade de vozes representativas dos membros das comunidades, acabava na vocalização de interesses particulares. Para exemplificar, um conselheiro indígena questionou a legitimidade do que havia sido dito em reunião anterior por outros conselheiros indígenas da mesma comunidade. Para esse índio, “os conselheiros que falaram na reunião passada não conhecem a realidade e as dificuldades da área”, reportando-se ao fato de que eram infundadas as denúncias feitas sobre problemas gerados pelos gastos excessivos e sem resultados, uso indevido dos carros da saúde e política interna marcada pela interferência das lideranças.

Um conselheiro Kaingang expressou sua frustração com esta burocratização do processo: “Índio tem que respeitar a lei [referindo-se à sociedade não indígena] e o povo sofre. Na prática é diferente.”; para ele, parecia não fazer sentido “ficar atrás da mesa vendo a lei e o povo morrendo”, concluindo que “o índio não pensa amanhã, pensa bem pertinho”.

A dinâmica de funcionamento do CONDISI, portanto, se traduzia em uma representatividade marcada pela institucionalização e burocratização do processo de participação e controle social. Some-se ainda a troca constante de conselheiros indígenas (tanto locais quanto distritais), apontada por um índio como um problema. Se por um lado, a rotatividade de membros dos Conselhos pode traduzir em um maior exercício democrático no âmbito da sociedade, por outro lado no caso indígena são poucos os índios que têm um entendimento e domínio da estrutura burocrático-administrativa e das políticas de saúde. A troca se dava sem que os conselheiros indígenas, de modo geral, tivessem a possibilidade de apreender o seu papel e conhecer a dinâmica da política e das ações em saúde.

A institucionalização e a burocratização apontadas acima refletiam em centralização dos processos decisórios, alijando os conselheiros, em especial os indígenas, dos mesmos. A exemplo, o CONDISI manifestou-se contra uma orientação dos coordenadores regionais da FUNASA (orientação com o aval do Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA/Brasília), que dizia não existir vínculo hierárquico com a chefia do distrito sediado em Florianópolis. Segundo os conselheiros, “isto repercute em decisões centralizadas dos próprios coordenadores sem prévia consulta aos conselhos locais e distritais”.

Outro aspecto que enfatizava a centralização era a falta de interlocução entre o Conselho Distrital e os Conselhos Locais, citada tanto por conselheiros indígenas quanto não-indígenas. Além da não articulação entre o CONDISI e os Conselhos Locais, a falta de interlocução com a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), e por consequência com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), também foi observada. Embora a CISI tenha como atribuições a análise de demandas e estratégias políticas para as ações em saúde indígena, bem como o subsídio ao CNS na tomada de decisões, a estrutura do fluxo de controle social (ver Garnelo e col., 2003, p.79) não contempla uma comunicação direta das deliberações dos Conselhos Distritais com a CISI e vice-versa. Some-se a isto o fato de que o sul do país nunca contou com representante indígena na CISI, explicando em parte, as dificuldades de fazer chegar ao nível central solicitações e decisões do CONDISI Insul.

A centralização também dizia respeito ao local das reuniões, sempre em Florianópolis. Mais de uma vez foi solicitado que as reuniões do CONDISI fossem realizadas em municípios do DSEI que têm índios, visando aproximar os gestores municipais e melhorar o controle social; porém, o revezamento dos locais nunca foi respeitado pela FUNASA e chefia do DSEI.

As visitas dos conselheiros distritais às áreas indígenas e a aproximação com as lideranças indígenas (vistas como maneiras de descentralizar o poder) foram

reivindicadas por conselheiros indígenas como forma de conhecer melhor a realidade e sensibilizar para o papel do Conselho Distrital e do controle social; contudo, isso não aconteceu.

O tema capacitação de conselheiros foi motivo de debates e solicitação em mais de uma reunião do CONDISI. Como prioridade na capacitação, o “conhecimento das leis para não perder o controle”. Segundo um índio, “para ser conselheiro tem que ser político.” Isso nos leva a sugerir que a visão dos índios sobre a participação e o controle social é muito mais o exercício da política do que a realização de intervenções que influenciem a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nossos dados indicam que de fato a situação estrutural não mudou. A operacionalização das ações em saúde e a condução das reuniões dos Conselhos são caracterizadas por processos burocrático-administrativos. Tais processos são pautados por hierarquização de papéis e hegemonias tradicionais. Os índios ocupando espaço nos Conselhos e sendo empregados pelas instituições envolvidas, têm papéis ambíguos entre interesses da comunidade e interesses de seus empregadores. Como notamos, frequentemente as reuniões dos Conselhos pareciam mais uma reunião de trabalho dos funcionários das instituições gestoras e executoras, e não de um grupo com uma postura crítica que seria mais adequada para os fins do controle social. Há problemas sérios de representatividade no Conselho, já que nem todas as etnias tinham representação no mesmo, as demandas e queixas tinham um caráter individualizado e não de interesses coletivos e parte significativa dos conselheiros (índios ou não) eram funcionários das instituições encarregadas das ações e serviços de saúde. Some-se ainda a escassa ou inexistente participação de indígenas nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, instâncias que desde 2007 devem referendar o Termo de Pactuação para as ações e serviços em saúde indígena.

A realidade indica que os profissionais e outros não-indígenas envolvidos nesse processo continuam operando com uma práxis caracterizada por uma forte centralização e burocracia, sob a hegemonia do modelo biomédico, enquanto aos índios restam suas interpretações do que seja necessário para adequar suas ações e aproveitar as novas oportunidades oferecidas pelo sistema.

Apesar das considerações apontadas acima, a paridade de representação nos Conselhos deve ser vista como importante no processo de implantação do modelo de atenção à saúde indígena. Os conselheiros indígenas fazem parte da reivindicação central das organizações indígenas na constituição da política de saúde indígena,

visando mais participação nos serviços de saúde, seja no planejamento, gestão e avaliação. Porém, há a necessidade de um olhar crítico sobre a operacionalização do Subsistema e a organização burocrática e hierarquizada que permeia todas as relações existentes nos Conselhos de saúde indígena.

Para finalizar, trazemos a fala de um indígena, à época representante na CISI, durante participação na IV Oficina de Saúde Indígena, realizada em 2005 no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Florianópolis, SC:

“Atualmente o movimento indígena reivindica DSEI autônomos; realização das capacitações; seleção dos profissionais de saúde pelos conselheiros; controle dos recursos repassados e dos incentivos hospitalares; que o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais seja responsável pela capacitação dos conselheiros, visando autonomia do Controle Social. O controle social é a base da participação indígena, mas há aparente contradição entre institucionalização do controle social e sua liberdade de atuação, fato que resulta em menor poder de controle indígena sobre a gestão da saúde. Que capacitação é oferecida para os Conselheiros Locais? Com base em que necessidades? Como se ensina protagonismo, já que protagonismo é luta política, que está fora das capacitações? Atualmente se ensina a percorrer a burocracia, mas não se ensina a questioná-la. Enquanto o movimento indígena não tomar para si a responsabilidade pela capacitação dos Conselheiros, não haverá controle social”.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 01 outubro 2008.

BRASIL. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, 28 de agosto de 1999a, Seção 1, p. 37.

BRASIL. Lei n. 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, 24 de setembro de 1999b, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333**, de 04 de novembro de 2003. Brasília: MS, 2005 [2003].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 644**, de 27 de março de 2006. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 2006a. Disponível em:  
<[http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias\\_m/pm\\_644\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_644_2006.pdf)>  
. Acesso em: 12 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.810**, de 03 de agosto de 2006. Define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI), 2006b. Disponível em:  
<[http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias\\_m/pm\\_1810\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1810_2006.pdf)>  
>. Acesso em: 29 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.656, de 17 de outubro de 2007**. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 201, de 18 de outubro de 2007. p. 31-35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.962, de 9 de dezembro de 2008**. 2008a. Revoga a Portaria n. 1.810/GM/2006. Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2008. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.034, de 17 de dezembro de 2008**. 2008b. Brasília. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 246, de 18 de dezembro de 2008. p. 98.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. **A Saúde Indígena e a polêmica Portaria 2656/2007**. Disponível em:  
<<http://www.cimi.org.br/?system=news&action=read&id=3055&eid=243>>. Acesso em: 18 junho 2008.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 09-18, 2003.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 280 p.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Cartilha do Controle Social**. Brasília: FUNASA/Projeto VIGISUS, 2008. 34 p.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Ações e atividades da saúde indígena**. 2009a. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/acoesAtividades.asp>>. Acesso em: 18 setembro 2009a.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **O orçamento do Controle Social**. 2009b. Disponível em:  
<<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/controleSocialOrçamento.pdf>>. Acesso em: 18 setembro 2009b.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003. 120 p.

JACKSON, J.E.; WARREN, K.B. Indigenous movements in Latin America, 1992-2004: controversies, ironies, new directions. **Annual Review of Anthropology**, v. 34, p. 549-573, 2005.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. **Convenção n. 169 sobre povos indígenas e tribais em países independentes e Resolução referente à ação da OIT sobre povos indígenas e tribais.** 2 ed. Brasília: OIT, 2005. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=131>>. Acesso em: 01 outubro 2008.

WHO – World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata** – International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 21 setembro 2009.