


Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena


From participation to social control: reflections based on the indigenous health conferences

Marcela Alves Abrunhosa^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3225-3542>


E-mail: abrunhos@gmail.com

Felipe Rangel de Souza Machado^a

 <https://orcid.org/0000-0002-5028-8888>

E-mail: felipe.machado@focruz.com.br

Ana Lúcia de Moura Pontes^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9162-5345>

E-mail: analupontes64@gmail.com

^aFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Embora a Constituição Federal de 1988 assegure aos povos indígenas o direito às políticas sociais, a saúde permanece um campo de tensão no trato desses povos com o Estado. Muito se tem defendido a necessidade de garantir a diretriz de participação no Sistema Único de Saúde e a inserção dos indígenas nos mecanismos de controle social. Dessa forma, este trabalho busca contribuir com o debate sobre os sentidos da participação e refletir sobre os desafios da sua configuração como controle social no âmbito da saúde indígena. A análise foi feita com base nos relatórios das conferências de saúde, na bibliografia afeita ao tema e em entrevistas realizadas com atores-chave. A pesquisa buscou lançar luz sobre a diversidade dos contextos, dos atores e das pautas das cinco conferências de saúde indígena realizadas. Concluimos que houve um deslocamento na participação nas conferências para uma atuação mais burocrática dentro dos estritos limites estabelecidos pela gestão. Ainda assim, é fundamental valorizarmos a potência contida nos mecanismos do controle social, que não à toa são objetos de combate dos grupos mais conservadores da sociedade. Neste sentido, há que se valorizar tais espaços, ocupá-los e transformá-los.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas; Controle Social; Participação Social; Conferências de Saúde.

Correspondência

Marcela Alves Abrunhosa

Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil, 4.365. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

CEP 21040-360.

Abstract

Even though the Federal Constitution of 1988 guarantees indigenous peoples the right to social policies, health care remains a field of tension in their relationship with the State. The need to ensure a participation guideline for the Brazilian National Health System and the inclusion of indigenous people in mechanisms of social control are widely defended. Thus, this article seeks to discuss the meanings of participation and reflect on the challenges of its configuration as social control within the scope of indigenous health. The analysis was based on health conference reports, bibliography related to the subject, and interviews with key actors. The research sought to shed light on the diversity of contexts, actors, and agendas involved in the five indigenous health conferences. We concluded that there was a shift in the conferences and their participation, which moved towards a more bureaucratic performance within the strict boundaries established by the government. Even so, it is essential to value the power contained in the mechanisms of social control, which not coincidentally are the objects of disputes brought forward by the most conservative groups in society. In this sense, it is necessary to value, occupy, and transform these spaces.

Keywords: Health of Indigenous Populations; Social Control; Social Participation; Health Conferences.

Introdução

A luta contra a ditadura no Brasil revelou-se também uma luta contra as desigualdades sociais, sendo expressa na constitucionalização dos direitos sociais, como a saúde. Como fruto de um consenso possível, a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) expressa certos ideais, tais como universalidade e igualdade. Para os povos indígenas, essa Constituição também representou o reconhecimento de seus direitos socioculturais e territoriais, superando o paradigma integracionista e assimilacionista que prevaleceu na história do Estado brasileiro. Ao mesmo tempo, esse marco legal garantiu à população indígena o direito a políticas sociais, que deveriam ser formuladas e implementadas considerando sua diversidade sociocultural.

Para alcançar esses ideais, contudo, é necessário inserir os cidadãos no processo democrático de condução da coisa pública. Para isso, o desenho proposto no campo da saúde teve por base a diretriz da **participação da comunidade**, reforçada como princípio na Lei nº 8.080/1990 e regulamentada como instância permanente, denominada “controle social”, na Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990a, 1990b). Esses três termos (universalidade, igualdade e participação) são elementos-chave para a análise das políticas de saúde no Brasil.

É importante destacar que “até 1999, a oferta de serviços de atenção à saúde para os povos indígenas ocorria de forma esporádica, desenvolvida por equipes que percorriam terras indígenas realizando assistência médica e outras ações pontuais” (Pontes, 2013, p. 61). A universalidade e igualdade ainda não valiam para os povos originários. Apenas em 1999, com a aprovação da Lei nº 9.836, conhecida como Lei Arouca, é que o Subsistema de Saúde Indígena (Sasi), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), é implementado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

A formulação e implementação do Sasi-SUS caminhou de forma articulada à reforma sanitária brasileira (Pontes et al., 2019), ressaltando as mesmas diretrizes. A pauta da consolidação e ampliação da participação indígena no subsistema vai estar presente em todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Trata-se de uma

conquista da luta dos povos indígenas que procura superar a perspectiva tutelar do Estado brasileiro que nega, ignora e inviabiliza os indígenas como sujeitos na tomada de decisão nos assuntos que lhes referem. Vale ressaltar que a participação e consulta dos povos indígenas é uma diretriz internacional na relação dos Estados com esses povos a partir da convenção nº 169/1989 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1989), promulgada no Brasil apenas em 2004.

Assim, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) propõe a “participação das nações indígenas” (Brasil, 1986, p. 2). A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas recomenda a estruturação de “controle social da rede distrital exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena” (Brasil, 1993, p. 3). Um dos resultados deste processo foi a Lei nº 9.836/1999, que, incluindo o artigo 19-H na Lei nº 8.080/1990, prevê que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso”. Dois anos após a implantação do Sasi-SUS, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) reafirma a pertinência da participação social na saúde, recomendando a implantação de conselhos locais e distritais de saúde indígena (Brasil, 2001). Na 4ª e 5ª CNSI, o termo “participação” aparece em várias propostas com diversos sentidos, e reforçam-se as instâncias do controle social indígena (Brasil, 2006, 2013).

A estrutura desse controle se consolida com a Portaria nº 755/2012, do Ministério da Saúde, que estabelece os Conselhos Locais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Brasil, 2012). O Fórum é uma estrutura que surge em 2006 por demanda das lideranças indígenas, sendo fortalecido pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), em 2010.

A literatura sobre o tema tem demonstrado que a participação indígena é aspecto fundamental para a consolidação do modelo de atenção, pois “os diversos povos tiveram que se organizar na forma

de Conselhos de Saúde para o exercício do controle social” (Langdon; Diehl, 2007, p. 21). Ao mesmo tempo, a participação indígena nos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde é ainda um desafio para o controle social no SUS.

Assim, mesmo tendo alcançado significativo corpo legal, temos observado recentemente profundos ataques às instâncias de participação nas políticas públicas e no controle social indígena. O Decreto nº 9.759/2019 (Brasil, 2019a) extinguiu centenas de colegiados que não foram criados por lei e estabeleceu regras e limitações para instâncias colegiadas diversas, restringindo gravemente a participação da sociedade na gestão das políticas sociais. Entre os órgãos extintos está o Fórum de Presidentes de Condisi, que vinha tendo encontros regulares e estava à frente da organização da 6ª CNSI, que seria realizada em maio de 2019. Essa Conferência foi duas vezes adiada, e, neste contexto de pandemia, encontra-se sem nova data prevista. Além disso, o controle social indígena também foi fragilizado pelas medidas de contingenciamento de gastos da Sesai, que para 2020 previa somente duas reuniões dos Condisi (Brasil, 2019b).

Tal tarefa dialoga com uma necessidade já apontada em diferentes estudos, como o de Teixeira (2017), para quem o tema da participação indígena é central. Souza Lima (2015, p. 441) afirma que “desde o texto constitucional o princípio da participação social tornou-se, por diversos canais, um elemento-chave na cena política, expressão sem dúvida dos movimentos sociais atuantes nos quadros do processo constituinte.” Além disso, esse autor pondera que a possibilidade de participação indígena “coloca desafios variados, tem limitações”, mas ao mesmo tempo “oferece oportunidades [...] e uma crescente autonomia ao menos em relação aos poderes locais” (Souza Lima, 2015, p. 451). Esse, na verdade, constitui um duplo aspecto da participação colocado para toda a realidade do SUS, pois implica num primeiro momento em uma “entrada no campo”, para utilizar um termo do Bourdieu (2000), o que possibilita, num segundo momento, acessar direitos antes indisponíveis. Contudo, como nos alerta o sociólogo, essa entrada no campo pressupõe que as respostas possíveis

aos problemas sejam previamente balizadas pelo próprio campo, sendo improvável o surgimento de propostas inovadoras e diferenciadas por parte do Estado (Bourdieu, 2000). É também por conta desta constatação que

há por parte de vários [indígenas] a compreensão de que a participação social é importante, mas que requer uma outra ação que a complementa: a luta por fora das instâncias estatais mobilizada pelas associações e articulações indígenas, expressando assim uma confiança desconfiada [...] das possibilidades políticas da participação social. (Teixeira, 2017, p. 726)

Dessa forma, este trabalho busca contribuir com o debate sobre os sentidos da participação e refletir sobre os desafios da sua configuração como controle social no âmbito da saúde indígena. Faz parte da pesquisa Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Perspectivas Históricas, Socioculturais e Políticas (CAAE 61230416.6.0000.5240), que pretende, partindo de uma abordagem histórico-antropológica, investigar a trajetória dos atores e os contextos atuais das políticas de saúde voltadas para os povos indígenas. Neste artigo, nos baseamos nos relatórios das conferências de saúde, na bibliografia afeita ao tema e em entrevistas com atores-chave realizadas a partir de roteiro semiestruturado entre março de 2018 e setembro de 2019. Esses atores, indígenas e não indígenas, participaram ativamente na realização das conferências de saúde indígena e outras instâncias de controle social entre o final da década de 1980 e início dos anos 2000.

Os trechos das falas citados neste texto foram editados para melhor compreensão do leitor e os nomes dos participantes foram omitidos. Os entrevistados serão identificados conforme seu papel social, como liderança indígena, antropólogo, profissional de saúde e gestor. Focamos em uma análise de conteúdo que permita explorar o contexto, os atores e as propostas em debate na realização das conferências, evidenciando também as relações entre as conferências de saúde indígena e demais instâncias do controle social do SUS.

As conferências de saúde indígena

Embora narremos as Conferências de forma sequencial, é fundamental ressaltar que se trata de eventos absolutamente distintos. A pesquisa buscou lançar luz sobre tal distinção, evidenciando os diferentes contextos, atores e pautas. Dessa forma, o contexto político mais geral nos ajuda a compreender os dilemas da participação indígena no âmbito da saúde no decorrer das Conferências. Também observamos as permanentes articulações entre instâncias do controle social indígena e do restante do SUS.

Os entrevistados ressaltaram que a 1ª CNPSI, marco inicial da criação do Sasi-SUS (Cardoso et al., 2012; Garnelo, 2014), foi negociada e articulada durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) entre as lideranças indígenas e a coordenação daquele evento, particularmente com Sergio Arouca - o qual proferiu a fala de abertura na conferência indígena. Dessa forma, a 1ª CNPSI é uma conferência temática da 8ª CNS, que visava reconhecer “que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e [...] que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas” (Garnelo; Pontes, 2012, p. 24).

De acordo com um dos entrevistados,

quando o grupo com o qual eu estava mais próximo foi chamado a participar da 8ª Conferência Nacional da Saúde, eu tive a compreensão de que aquele esboço não podia simplesmente capturar a nossa ideia do que era cuidado. A nossa ideia do cuidado como saúde não podia ser capturada por aquele desenho do SUS universal, que tinha que ter um subsistema. Foi aí que reivindiquei que fosse chamada uma conferência da saúde “indígena”. (Liderança Indígena 1)

Sergio Arouca, em depoimento para o *Programa de índio*, da rádio USP, destaca que o objetivo da 1ª CNPSI era contribuir com a perspectiva indígena na reforma sanitária, o que evidencia uma estreita articulação entre essa reforma e os debates sobre uma nova política de saúde para os povos indígenas (Pontes et al., 2019). Segundo Arouca (1986, 5min40s):

A oitava conferência partiu dum conceito de saúde ampliado em que saúde quase que se equivale a nível de vida [...] e me parece que a conferência do índio, então, deve assumir qual o conceito de saúde que as nações indígenas estão assumindo e, em função disso, que eles [coloquem] quais as propostas que eles têm de organização dos serviços de saúde para que essas propostas sejam incluídas, então, na reforma sanitária.

Cruz e Coelho (2012, p. 197) ressaltam que, embora o SUS vise a universalidade, “a inserção dos povos indígenas nesse sistema ocorreu de forma tensa, tendo em vista a necessidade de adaptar a estrutura universal do SUS às suas especificidades”. A relação entre poder e direitos se faz pela tensão entre homogeneização e especificidades. A fim de discutir tal tensão, Garnelo (2014, p. 113) resgata a ideia de “discriminação positiva” para “beneficiar grupos prejudicados por políticas sociais de caráter homogeneizante”. Além disso, a autora imporia uma necessária “revisão do conceito de igualdade simples, em favor de uma noção de ‘igualdade complexa’, em que diferenças de gênero, raça, etnia e outras devem ser tratadas como singularidades que demandam tratamento especial nas políticas sociais de caráter universalizante” (Garnelo, 2014, p. 113).

A construção na 1ª CNPSI dos marcos para uma política de saúde que garantisse as especificidades dos povos originários no novo sistema de saúde foi possível pelo protagonismo indígena nesse evento, cujo relatório final está baseado nas proposições da União das Nações Indígenas (UNI) (Pontes et al., 2019). Ailton Krenak (1986, 1min20s), liderança da UNI presente na 1ª CNPSI, relata no *Programa de índio* de 30 de novembro de 1986 que

Quando nós fomos consultados pelo Ministério da Saúde com a iniciativa de realizar essa conferência sobre saúde indígena, a primeira questão que nós apontamos é que não era possível discutir e montar um programa ou definir diretrizes, mesmo que gerais, pra questão da saúde alheio ao que estava ocorrendo no cotidiano das aldeias. Era necessário viabilizar uma participação indígena na conferência.

Tal conferência parte de uma análise de indígenas e indigenistas de que a Fundação Nacional do Índio (Funai) não estava dando conta das necessidades de saúde da população indígena, além de reproduzir um modelo medicalizante e curativista de atenção (Pontes et al., 2019). As proposições dos indígenas (UNI, 1988) e seus parceiros (CIMI, 1988) ressaltavam que saúde para os povos indígenas envolvia a garantia dos direitos constitucionais, como a demarcação territorial, e o reconhecimento de suas especificidades socioculturais em saúde.

O relatório final da 1ª CNPSI propõe um sistema de atenção à saúde do índio que integraria o Ministério da Saúde, com efetiva participação indígena em “todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação” (Brasil, 1986, p. 2). Outro aspecto geral foi o reconhecimento da necessidade de se pensar a política de saúde indígena com base nas propostas de atenção primária.

Em 1991, num processo de reformulação do Conselho Nacional de Saúde, criaram-se as comissões interinstitucionais para assessoramento técnico, sendo constituída a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), com representação indígena e de entidades acadêmicas, governamentais e não governamentais (Cardoso et al., 2012). A convocação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, foi um sinal de alerta para indígenas e parceiros, pois trouxe a municipalização como diretriz para a organização do SUS. Historicamente, o nível municipal é reconhecido como a instância com os principais conflitos de interesse (Cunha, 2018), de modo que a proposição para a saúde indígena era manter a gestão federal e sua organização a partir de Distritos, proposta decorrente das discussões de Sistemas Locais de Saúde, que tinham grande legitimidade no âmbito da reforma sanitária (Pontes et al., 2019).

a questão da municipalização em relação à saúde indígena era vista de uma forma muito crítica, então o próprio movimento indígena gerou [na 9ª CNS] sua própria consigna, que era “A municipalização não é o caminho pra saúde indígena” [...] Então as discussões se voltaram para a proposta mais ventilada, que era dos Sistemas Locais de Saúde. (Antropóloga 1)

A força desta mobilização indígena conseguiu inscrever no relatório final da 9ª CNS que, no âmbito do SUS, a atenção à saúde dos povos indígenas seria organizada por meio dos Dsei, e que fosse recomendada a realização de outra conferência temática de saúde indígena (Brasil, 1993). Então, no âmbito da Cisi ocorre a articulação para a convocação da segunda conferência de saúde indígena:

tinha reunião da Cisi, a gente estava querendo fazer a Conferência Nacional, a segunda. Nós estávamos maduros, os índios e toda a militância ali na saúde indígena; estava na hora de fazer uma conferência nacional pra gente colocar no papel, nos moldes que fizemos na oitava conferência pro SUS, para o que que vai ser o subsistema de saúde indígena. (Profissional de Saúde 1)

Assim, em 1993, portanto sete anos após a primeira conferência indígena e um ano após a 9ª CNS, acontece a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Esta conferência buscou definir princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao SUS, por meio dos distritos sanitários especiais indígenas (Brasil, 2006). Pode-se dizer que o relatório de 1986 concentrou-se naquilo que chamamos de “princípios doutrinários”, ou seja, os valores que embasariam o futuro da atenção à saúde indígena. O relatório de 1993, por outro lado, avança na proposição de estratégias para a implantação de tal sistema de saúde.

Segundo os entrevistados, desde sua preparação a 2ª Conferência foi marcada por um intenso processo participativo da Cisi, no âmbito da comissão organizadora, e pela realização de conferências regionais.

[N]as reuniões da Cisi, eu aproveitava para juntar militantes do movimento indígena que estivessem em Brasília, naquele momento, e a gente ampliava a discussão. A gente criou uma comissão organizadora paritária e por macrorregião. (Profissional de Saúde 2)

E nessa 2ª Conferência teve a maior discussão. Nós já estávamos organizados aqui [em Roraima],

nós já tínhamos dividido esse estado em regiões. (Liderança Indígena 2)

foi a [conferência] de Luziânia com uma participação indígena enorme, uma conferência que saiu da ponta, da base mesmo, e que se rediscutiu, quer dizer, no velho e bom modelo indígena [...] Se discutia nas bases, fazia as conferências estaduais, as macrorregionais e se tivesse que rediscutir tudo, a gente rediscutia tudo de novo. Porque é assim, para criar o consenso, para criar o conhecimento. (Profissional de Saúde 1)

Essa conferência cumpre seu papel de consolidar a proposição do modelo para a política de saúde indígena no âmbito do SUS, particularmente da estrutura de Dsei (Cardoso et al., 2012).

o tema dos Distritos Sanitários já era uma coisa amadurecida na cabeça dos profissionais de saúde que trabalhavam com comunidades indígenas. E a Conferência foi o processo de esmiuçamento disso com as lideranças indígenas. (Profissional de Saúde 2)

A 2ª Conferência também propõe um método para criação dos Distritos, por meio dos Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (Nisi). No entanto, essa estratégia não é adotada pelo órgão gestor, conforme ressalta o organizador da conferência:

A Segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena definiu uma metodologia. Nos estados que não tivessem ainda os Distritos definidos, se criavam núcleos [Nisi]. Esses núcleos faziam uma negociação pública, ampla, para definir os Distritos. Não era em uma oficina em Brasília. [...] [A ideia do Nisi] surgiu, basicamente, das articulações que a gente fazia com o pessoal da Cisi [...] Mas não. Se opta pela via do sistema “perito”, sistema peritos. (Profissional de Saúde 2)

O fortalecimento da representação indígena no Conselho Nacional de Saúde também é pauta ressaltada pelas lideranças indígenas na 2ª Conferência, reforçando a importância da participação:

a ideia [era] colocar um representante indígena no Conselho Nacional de Saúde [...]. A Cisi era uma comissão pequena, de recomendação. Então o Conselho

Nacional de Saúde era uma instância maior [e] poderia dar mais segurança para nós ter um representante indígena no conselho. (Liderança Indígena 3)

Mas o período também é marcado por disputas, particularmente quanto à gestão do subsistema, entre Funai e Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Garnelo, 2006), gerando tensionamentos entre os indígenas.

Teve divergência, mas porque o pessoal da Funai articulou com o pessoal do sul e sudeste. (Liderança Indígena 3)

tinha muito aquele tempo o Fla-Flu que era entre Funasa e Funai. [...] E isso era muito complicado, porque Xavantes, o Centro-Oeste todo queria a Funai. O Nordeste não sabia muito o que queria porque não tinha nada. O Sul queria também a Funai, não tinha nada, mas [...] tinha a relação com a Funai, não sabia quem era a Funasa, a Funasa não existia no Sul, não existia no Nordeste. Então pra Amazônia, que não tinha uma presença grande da Funai, a Funasa aparecia com papel importante. [...] Isso era uma coisa também que desgastava bastante o movimento. (Profissional de Saúde 3)

Esse impasse é resolvido com a promulgação da Lei Arouca (Brasil, 1999) - assim conhecida pois foi apresentada por Sergio Arouca em 1994 -, que criou o atual Sasi-SUS (Cardoso et al., 2012; Garnelo, 2006). Segundo vários entrevistados, o projeto de lei é encaminhamento da 2ª Conferência e foi baseada no seu relatório:

a nossa proposta foi concretizada na [2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas]. O relatório final relatava toda essa realidade de saúde dos povos indígenas. Então foi muito determinante para demonstrar que o SUS existe, mas precisava um “comprimento” do SUS, que era o subsistema de saúde indígena que ia até as comunidades de difícil acesso. Aí [...], o dr. Sérgio Arouca pegou, na época que ele era deputado federal, ele pegou esse relatório e transformou numa proposta de lei da saúde indígena. (Liderança Indígena 3)

Quase 10 anos após a 2ª Conferência, acontece em 2001 a 3ª CNSI. Esta conferência está ligada ao começo da implantação dos Dsei, a partir da aprovação da Lei Arouca em 1999, e concentrou-se em realizar uma avaliação - mais nos moldes da ideia de controle social - da implantação dos distritos.

Na terceira foi uma conferência assim, “vamos avaliar”, e a avaliação era positiva, porque as coisas estavam andando; tinha problema, mas estavam andando. (Profissional de Saúde 1)

A terceira foi no início desse processo de implantação, estava uma efervescência, todo mundo queria participar, queria vir e veio uma multidão [...]. Então a terceira teve esse papel de ratificar a política. [...] a cobrança era muito nesse sentido, que estava muito devagar e que precisa andar. (Gestor 1)

Como avanço da 3ª CNSI podemos apontar a efetivação da demanda por representação indígena no Conselho Nacional de Saúde:

E foi feito vários pedidos através da Cisi e aí na 3ª Conferência Nacional de Saúde [Indígena] articulamos todas as bases. Aí foi feito a eleição, e eu fui eleito. (Liderança Indígena 3)

Em 2006, três anos após a 12ª CNS, ocorre a 4ª CNSI. Tal conferência foi fruto dos esforços realizados em função da recomendação da 12ª CNS para que a conferência indígena continuasse a acontecer. Foi a primeira conferência no âmbito de um governo federal progressista, e havia, portanto, muitas expectativas de avanço e consolidação das questões tratadas historicamente pelo setor. Participaram desta conferência 1.228 representantes de mais de 100 etnias, dos 34 Dsei. Entretanto, houve nesse momento uma mudança geral na metodologia das conferências temáticas, e as formas de participação e controle social ganharam diferentes contornos em relação às conferências anteriores:

Na quarta houve uma mudança nas conferências temáticas, o conselho votou todo um regramento para as conferências temáticas. [...] [A Conferência de Saúde Indígena] passa a ser enquadrada com

uma conferência temática, e, como tal, você não discute mais, na nacional, o que veio das locais e tal. (Profissional de Saúde 1)

A 4ª CNSI ocorre num período de muitas críticas à atuação da Funasa e aos problemas enfrentados pelas organizações indígenas na execução dos serviços (Garnelo; Sampaio, 2003). O relatório final dessa Conferência reitera sistematicamente o lugar da Funasa, apontando essa conjuntura. Ademais, ocorreu uma divergência entre os participantes que levou à elaboração de um relatório paralelo, conforme relatado a seguir:

[Na] Quarta Conferência de Saúde [Indígena] foi feita uma avaliação, [e teve] uma briga danada, que tinha que tirar a Funasa, criar uma secretaria. Teve uma confusão e foi à votação, mas depois não chegou a uma conclusão. Aí foi feito um protesto lá, um pessoal daqui do Norte, da Coiab [Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira], do Cimi [Conselho Indigenista Missionário], nós protestamos contra essa situação, que no relatório [...] a Funasa podia ficar na gestão da saúde indígena mediante algum critério, se melhorasse o atendimento então eles iriam continuar, se não melhorasse eles iam ser avaliado e pra sair fora. (Liderança Indígena 2)

Agora, a quarta conferência foi uma coisa tão rachada que, assim que acabou a plenária final, o grupo do Norte, Centro-Oeste e parte do Sul e Sudeste se juntaram e fizeram um documento negando a conferência, dizendo “esta conferência não nos representa”. [...] isso acabou não sendo muito divulgado. (Profissional de Saúde 1)

A 5ª CNSI ocorreu em 2013, sete anos após a última conferência indígena e dois anos após a 14ª CNS, e foi a primeira realizada pela Sesai, criada em 2010. Essa conferência contou com 1.952 participantes e aprovou 446 propostas das 36 etapas distritais e 306 etapas locais, as quais deveriam servir de subsídio para a elaboração de diretrizes na reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A distância temporal em relação à conferência anterior mais uma vez marca a fragilidade da

participação indígena institucionalizada na saúde. A 5ª CNSI herda a mudança na metodologia de realização das conferências temáticas, com menos espaço para debates e sem espaço para novas proposições, em que os parâmetros estatísticos preponderaram sobre a necessidade do aprofundamento do debate. Diferentemente das outras conferências, em que havia uma plenária final de debates muito ampla, na 5ª a plenária final durou menos de duas horas, sendo revistos principalmente os pontos articulados pelos gestores.

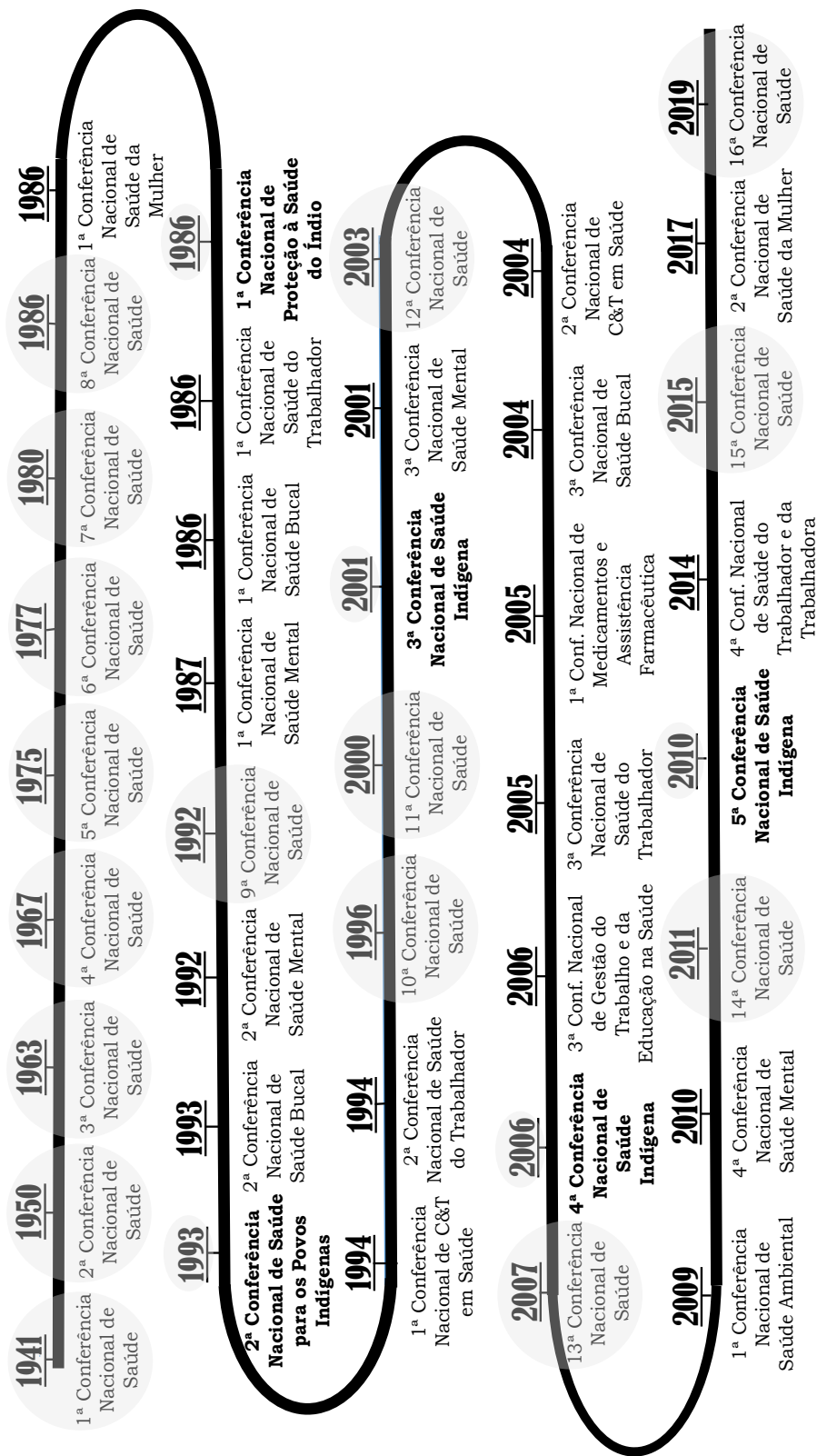
É, a quinta foi assim e vai ser assim, porque este é o regramento. Acontece que o movimento indígena, os índios, de uma forma geral, não estão habituados a essa discussão e a essa forma de representatividade. Então, assim, você discutiu lá, mas eu quero discutir de novo, eu tenho que discutir de novo! E se depois de duas vezes eu quiser discutir de novo, eu tenho que discutir de novo! E essa lógica não ser permitida, quebra. (Profissional de Saúde 1)

O relatório final demora dois anos para ser publicado. Seguindo o projeto gráfico anterior, é composto de 383 páginas permeadas de imagens e muitas fotos. A burocracia e a normatização foram as marcas desta conferência, que fez obscurecer os enfoques de participação e controle social, muito presentes em outras conferências.

Da participação ao controle social

O setor da saúde tem se constituído em um importante locus de participação social. A participação comunitária é um dos princípios filosóficos que balizaram a construção do SUS e expressavam os anseios por direitos e democracia. Embora a 8ª CNS seja a mais importante em termos de propostas ousadas, a primeira experiência de realização de conferência de saúde data de 1941 (Figura 1). Naquele momento, no entanto, a conferência de saúde era um fórum consultivo convocado pelo governo. Não havia participação da sociedade nem obrigatoriedade de sua realização, conquistas da legislação pós-Constituição Federal, mais especificamente a Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b).

Figura 1 – Linha do tempo das conferências de saúde



C&T: Ciência e Tecnologia.

Fonte: adaptado de Conselho Nacional de Saúde¹

1. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2020]. Disponível em: <<https://bit.ly/36zTKsM>>. Acesso em: 6 out. 2020.

Cabe destacar que, estranhamente, mesmo que os três marcos legais (Brasil, 1988, 1990a, 1990b) façam referência à **participação da comunidade**, o termo se transmutou em “controle social”. Não é objetivo deste artigo analisar a história conceitual desta modificação, mas essa mudança trouxe repercussões na prática participativa no âmbito da saúde, a ponto de a ideia de participação (que envolve, entre outras coisas, refletir sobre soluções para os problemas materiais) estar limitada à capacidade técnica e burocrática de acompanhar as ações do Estado. Esta redução no sentido de participação coroa os propósitos mais conservadores do pensamento neoliberal ao transformar cada cidadão numa espécie de gestor da coisa pública. Guizardi et al. (2004, p. 19) já apontaram essa diferença conceitual, observando que “a participação da população é apresentada como sendo mais ampla do que o controle, na medida em que envolve todo o processo, a partir da formulação da intervenção no campo”. Carvalho (2014, p. 15) ressalta que participação é “o engajamento através da ação, é o desafio da proposição”. Por outro lado, o controle social seria um dos aspectos da participação muito ligado aos processos de gestão, avaliação e controle da execução da política (Carvalho, 2014). O controle acaba funcionando como a “essência da participação do cidadão” (Carvalho, 2014, p. 50), mesmo que o termo não conste na legislação geral ou do SUS, na qual encontramos somente “participação da comunidade” e “participação popular”.

Outra consideração importante sobre esse fenômeno conceitual é o fato de a ideia de controle social ensejar necessariamente uma atuação por dentro das vias institucionais, eliminando outras possibilidades de luta ou pressão. A ideia de participação, ao contrário, guarda em si uma potência de atuação mais ampla que permite conciliar diferentes estratégias. Fundamentalmente, é preciso dizer, a participação é um ato político que olha para o futuro, e o controle social é um ato jurídico que olha para o passado.

Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde [...]. O controle social emerge, então, como efeito da participação, na medida em

que esta se caracteriza pela organização e pelo acesso às decisões. (Guizardi et al., 2004, p. 20)

Numa linha semelhante de análise, Cruz e Coelho (2012) apontam para a existência de duas formas de participação indígena, que denominam como sendo “autorizada” ou “não autorizada”: “Quando nos referimos à ‘autorizada’ tratamos da participação indígena oficial, ou seja, a que estabelece um ‘lugar’ específico para os índios nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde e como ‘usuários’” (Cruz e Coelho, 2012, p. 190). Já as estratégias não autorizadas dizem respeito às ações de ocupação, bloqueio, “retenção de não-índios nas aldeias” (Cruz e Coelho, 2012, p. 195), entre outras. Pode-se dizer que estamos diante de duas formas possíveis de participação: uma **participação institucionalizada**, que opera nos espaços previstos em lei; e outra **participação instituinte**, que busca ampliar por vias não tradicionais a possibilidade de “arrancar do Estado”, para utilizar a famosa expressão do Bobbio (1992), seus direitos.

No que diz respeito à participação institucionalizada, cabe discutir seus limites, ao que Souza Lima (2015, p. 448) aponta “alguns dos problemas concretos e bastante comezinhos” que estão presentes e constituem importantes barreiras para a entrada no campo. Cruz e Coelho (2012, p. 192) veem uma “imposição de formas de participação que se inspiram em critérios ocidentais que estão muito distantes das formas construídas no âmbito das organizações políticas indígenas, constituindo lógicas culturais distintas”. Além disso, Langdon e Diehl (2007, p. 30) sugerem “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”.

Garnelo, Macedo e Brandão (2003 p. 80), nesta mesma linha de raciocínio, afirmam que há “incongruência entre a noção de representatividade genérica demandada pelo sistema de saúde e os modos tradicionais de legitimidade e representatividade de líderes indígenas”. Não à toa, há

certo consenso entre os indígenas, por um lado, sobre a baixa efetivação das decisões aí tomadas e, por outro, num aparente paradoxo,

sobre a relevância política do controle social e a necessidade de aprimora-lo - seja por sua função pedagógica na atuação política, seja pelo projeto de assunção da gestão do subsistema pelos próprios indígenas ou pela sua potência para garantir direitos diferenciadas. (Teixeira, 2017, p. 724)

Esta autora chama atenção para o reconhecimento por parte dos indígenas da necessidade de entrada e domínio do “campo”. É neste sentido que André Fernando Baniwa destaca a necessidade de que os representantes indígenas contem “com alguns parceiros estratégicos, que sejam técnicos que conhecem como as coisas do governo funcionam” (Baniwa; Karipuna, 2012, p. 219). Além disso, a participação implica ter conhecimento e acesso às informações necessárias para auxiliar tomada de decisões.

O risco, no entanto, permanece sendo o de cair nas garras da burocracia, o que engessaria a participação. Souza Lima (2015, p. 444) destaca que se inicialmente tal participação tinha um “cunho eminentemente político e marcado pela busca de autonomia no diálogo com as agências de governo”, eventualmente foi adquirindo “caráter mais técnico, burocrático e por vezes figurativo, uma peça a mais na encenação da vida democrática”, muito em função das “formas autoritárias de exercício do poder de Estado”.

Tais considerações são importantes porque nos exigem um olhar diferenciado para os espaços institucionais de participação. O que está em jogo é a capacidade dos povos indígenas de se autodeterminar em sua relação com o governo.

Considerações finais

Neste trabalho observamos um deslocamento no sentido da participação para uma atuação mais burocrática dentro dos estritos limites estabelecidos pela gestão. Se o relatório da 1ª Conferência guardava consigo uma potência de transformação radical na forma de se pensar a saúde indígena, com o passar dos anos (e das conferências) essa possibilidade

transgressora foi sendo limitada pela burocratização. Esta, ao longo das últimas décadas, foi permeando as formas de participação na saúde (indígena e não indígena) e, em certa medida, a própria concepção sobre participação no campo da saúde. Pode-se dizer que o conjunto de regras estabelecidas para o “bom funcionamento” das conferências serve ao mesmo tempo como camisa de força e antolho, que homogeneiza e pasteuriza todos os anseios sociais em demandas insípidas. Não se pode ignorar que esta tenha sido uma resposta vigorosa da gestão que, incapaz de responder às demandas sociais, optou por neutralizá-las. Ainda assim, é fundamental valorizarmos a potência contida nos mecanismos do controle social, que não à toa são objetos de combate dos grupos mais conservadores da sociedade. Neste sentido, há que se valorizar tais espaços, ocupá-los e transformá-los.

A participação indígena permanece como uma questão importante, necessitando de mais estudos, especialmente no que diz respeito às formas de superação dos desafios inerentes à “entrada no campo” da participação institucionalizada. O Estado brasileiro tem uma dívida histórica com os povos indígenas e fomentar/garantir sua participação na formulação, condução e avaliação das políticas de saúde é apenas um passo no sentido de superar o histórico autoritário e a perspectiva tutelar típicos de nossas instituições.

Mas a luta política dos indígenas não se restringe ao reconhecimento de sua presença e à marcação de um espaço, mas, conforme expresso na fala de Sandra Benites,² “é necessário que seja considerado o que constitui cada povo, respeitando-se o seu bem viver - os elementos e referências que constituem cada povo”.

Referências

AROUCA, S. Saúde. *Programa de índio*. São Paulo, 30 nov. 1986. Disponível em: <<https://bit.ly/3cHvq9q>>. Acesso em: 30 set. 2020.

BANIWA, A. F.; KARIPUNA, K. Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: Ministério da Educação: Unesco, 2012. p. 216-241.

2 BENITES, S. *Fala proferida durante o debate Demarcação Já: Debate sobre os Retrocessos nos Direitos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, maio 2017. Mimeografado.

- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- BOBBIO, N. *A teoria do ordenamento jurídico*. São Paulo: UnB, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*: relatório final. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas*: relatório final. Brasília, DF, 1993.
- BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Indígena*: relatório final. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*: relatório final. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *V Conferência Nacional de Saúde Indígena*: relatório final. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 abr. 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. *Ofício circular nº 14/2019/Sesai/CGPO/Sesai/MS*. Brasília, DF, 31 out. 2019b.
- CARDOSO, A. M. et al. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 911-932.
- CARVALHO, G. C. M. *Participação da comunidade na saúde*. Campinas: Saberes, 2014.
- CIMI - CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Saúde: especificidades do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 10-11, 1988. Número especial.
- CRUZ, K. R.; COELHO, E. M. B. A saúde indígenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 185-198, 2012. Suplemento 1.
- CUNHA, M. C. Índios na Constituição. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 429-443, 2018.
- GARNELO, L. Políticas de saúde indígena na Amazônia: gestão e contradições. In: SCHERER, E.; OLIVEIRA, J. A. (Org.). *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. v. 1, p. 133-160.
- GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: 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: Editora Fiocruz, 2014. p. 107-142.

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

GARNELO, L.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: Ministério da Educação: Unesco, 2012.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

KRENAK, A. Saúde. *Programa de índio*. São Paulo, 30 nov. 1986. Disponível em: <https://bit.ly/3jn4UVi>. Acesso em: 30 set. 2020.

LANGDON, E. J.; DIEHL, 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.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção nº 169 da OIT sobre*

povos indígenas e tribais. Genebra: Conselho Administrativo da Repartição Internacional do Trabalho, 7 jun. 1989.

PONTES, A. L. M. *Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PONTES, A. L. M. et al. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 146-159, 2019. Número especial 8.

SOUZA LIMA, A. C. Sobre a 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.

TEIXEIRA, C. L. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? *Amazônica: Revista de Antropologia*, Belém, v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017.

UNI - UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 8-9, 1988. Número especial.

Contribuição dos autores

Abrunhosa e Machado executaram a revisão bibliográfica. Pontes realizou as entrevistas. Todos os autores conceberam o artigo, analisaram os dados e redigiram o artigo.

Recebido: 08/09/2020

Aprovado: 29/09/2020