

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

DÉBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE INDÍGENA: NOTAS A PARTIR DAS  
CONFERÊNCIAS NACIONAIS E DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE**

Juiz de Fora

2023

DÉBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE INDÍGENA: NOTAS A PARTIR DAS  
CONFERÊNCIAS NACIONAIS E DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPG-CSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Dias da Silva.

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira da Silva, Déborah Crysttina.

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE INDÍGENA:  
NOTAS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS E  
DOS  
CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE / Déborah Crysttina  
Pereira da Silva. -- 2023.  
154 p. : il.

Orientadora: Cristina Dias da Silva  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2023.

1. Saúde Indígena. 2. Participação Popular. 3. Interculturalidade.  
4. Atenção Diferenciada. 5. Dominação. I. Dias da Silva, Cristina,  
orient. II. Título.

**Déborah Crysttina Pereira da Silva****PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE INDÍGENA: NOTAS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS E DOS CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Ciências Sociais. Área de concentração: Cultura, Poder e Instituições.

Aprovada em 26 de Setembro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA****Prof(a) Dr(a) Cristina Dias da Silva - Orientadora**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof(a) Dr(a) Rogéria Campos de Almeida Dutra**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof(a) Dr(a) Rita de Cássia Maria Neves**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Juiz de Fora, 19/01/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Dias da Silva, Professor(a)**, em 19/01/2024, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cassia Maria Neves, Usuário Externo**, em 22/01/2024, às 09:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Rogeria Campos de Almeida Dutra, Professor(a)**, em 22/01/2024, às 19:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1671709** e o código CRC **6E5AEFC8**.

---

Dedico esta dissertação ao povo brasileiro,  
“Norte, Centro e Sul inteiro, onde reinou o  
baião”.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado. Meus pais, José Geraldo e Vanuza, são os primeiros responsáveis por tudo que alcancei na vida. Nunca mediram esforços para minha realização profissional, incentivam meu sonho de ser professora e pesquisadora universitária e se sacrificaram para que a caminhada até aqui fosse viável.

Sou imensamente grata a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina Dias da Silva, pela orientação, paciência e apoio ao longo de todo o processo. Sua experiência, conhecimento e orientações valiosas foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Cristina foi capaz de entender minhas limitações e me impulsionar nos estudos etnográficos, me inspirando e ensinando mais a cada encontro. Aprendi com ela que o rumo do trabalho pode sempre mudar e isso pode ser maravilhoso.

Agradeço também aos membros da banca examinadora, Prof. Doutora Rogéria Campos de Almeida Dutra e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Maria Neves, por dedicarem seu tempo e expertise na avaliação desta dissertação. Suas sugestões e contribuições literárias foram extremamente relevantes para aprimorar a qualidade do trabalho. Obrigada por me darem a oportunidade de defender o trabalho em uma banca exclusivamente feminina, com alguns dos maiores nomes das Ciências Sociais nos estudos dos povos originários, da saúde pública e dos processos sociais e culturais.

Minha gratidão se estende aos colegas e professores do Programa, nas turmas de 2021, 2022 e 2023, que compartilharam conhecimentos, trocaram ideias e proporcionaram um ambiente acadêmico inspirador. São muitos nomes e momentos que me incentivaram e acolheram minhas preocupações e dificuldades. As discussões e conversas de bar foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal e jamais serão esquecidas.

Agradeço também aos amigos e pesquisadores do Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde. Neste espaço eu tive a certeza de que a academia é meu lugar e que a pesquisa pode sim mudar o mundo.

Agradeço a todos os participantes da pesquisa, principalmente os Conselheiros Distritais e assessores dos CONDISI, cuja colaboração e disponibilidade tornaram possível a coleta de dados. Sem a contribuição generosa e engajada de vocês, este trabalho não seria realizado, e principalmente não seria um trabalho coletivo, pensado junto e executado junto, como eu sempre desejei. Este é um trabalho do povo brasileiro, sobre o povo brasileiro e para o povo brasileiro.

Não posso deixar de mencionar minha família e amigos de vida, que sempre me apoiaram incondicionalmente em todas as etapas desta jornada, e sem os quais eu não estaria aqui. Seu amor, incentivo e compreensão foram essenciais para minha perseverança e motivação. Pedro, Sthéffanie,

Axell, Giovani, Giovanna, Silézio, Alexandre, Henrique, Ingrid, Julia, Alice, Roberta, Mariana, Anna, Thomas, Heleno, Paulo Roberto, Poliana, Jean-Claude, Márcia, Daniel, Guido, Alexandra, Dani. Quem tem amigos, tem tudo.

Por fim, expresso minha gratidão à Universidade Federal de Juiz de Fora e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais pela oportunidade de realizar este mestrado. Agradeço pelo suporte financeiro e pela estrutura acadêmica que tornaram possível a realização deste trabalho, além da inspiração para lutar e defender o ensino público de qualidade com coragem e dedicação.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este projeto, o meu mais profundo agradecimento. Sua colaboração foi fundamental para o meu crescimento acadêmico e para o sucesso desta dissertação.

Muito obrigado!

Atenciosamente,

Déborah.



A Espanha, a América, o índio, o negro, o branco, a modernidade e o capital nasceram no mesmo dia.

(Aníbal Quijano. Revista Illa, 1991)

## RESUMO

A participação popular é uma constante a partir da internacionalização dos Direitos Humanos e da redemocratização. Apesar disso e do engajamento das frentes indigenistas, há uma grande tensão entre as políticas estatais e os povos indígenas. O problema de pesquisa que enfrentamos é: qual é a natureza da participação popular indígena, especialmente nos Conselhos Distritais e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, e quais são os principais aspectos correlatos a essa participação para as comunidades indígenas no Brasil, tendo em vista a necessidade de se observar as especificidades étnicas dos povos para garantir a atenção diferenciada? Argumentamos que as Conferências e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena sejam objetos empíricos capazes de fornecer evidências para entender se há um claro diálogo participativo intercultural e/ou se as particularidades dos povos são usadas como escusas para limitar a participação. A pesquisa, de metodologia qualitativa e de tipos descritivo, exploratório e etnográfico, utiliza das técnicas de revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas para coleta de dados.

No primeiro capítulo são explorados aspectos históricos e legislativos, com ênfase nos discursos e documentos oficiais relacionados a esse direito fundamental. O capítulo examina a formação do Estado e a violência sofrida pelos povos indígenas durante o processo de colonização, resultando na repressão de suas expressões culturais. Destaca-se a Constituição de 1988 como marco para reconhecimento dos direitos indígenas, impulsionando políticas públicas que valorizam a diversidade, a autonomia e a interculturalidade, bem como a participação popular através do controle social na gestão da saúde indígena. O capítulo termina com o estudo do SASISUS e da SESAI, que estabeleceram um sistema organizado de serviços de saúde com ênfase na atenção diferenciada, interculturalidade e pluralismo médico, desde os distritos sanitários até os conselhos distritais e conferências nacionais.

No segundo capítulo, coletamos dados para elaborar nossos argumentos em duas etapas: primeiro com a análise dos relatórios das Conferências Nacionais, que forneceram informações sobre as moções, aprovações e temas discutidos, revelando contradições entre discurso e prática e textos burocráticos e superficiais, mesmo que esses eventos sejam considerados de extrema importância; depois, com as entrevistas com os conselheiros distritais, que destacaram categorias como gestão, controle social, atenção diferenciada, interculturalidade, democracia e cidadania para embasar suas demandas.

No último capítulo, os resultados da análise de conteúdo ressaltaram as ambiguidades dos discursos oficiais sobre a participação indígena, destacando a fragilidade da democracia e os desafios da interculturalidade no controle social. Abordamos também a influência da gestão burocrática na agenda neoliberal do Estado, além de discutir os motivos para participar e valorizar a força do movimento popular. Consideramos tanto as táticas de pressão e transgressão cotidiana quanto as reformas estruturais que a participação pode gerar a longo prazo, como o novo constitucionalismo latino-americano.

**Palavras-chave:** Saúde indígena; Participação popular; Interculturalidade. Atenção diferenciada. Dominação.

## ABSTRACT

Popular participation has been constant since the internationalization of human rights and redemocratization. Despite this and the engagement of indigenous fronts, there is great tension between state policies and indigenous peoples. The research problem we face is: what is the nature of popular indigenous participation, especially in District Councils and National Conferences on Indigenous Health, and what are the main aspects related to this participation for indigenous communities in Brazil, in view of need to observe the ethnic specificities of peoples to guarantee differentiated attention? We argue that the Indigenous Health Conferences and District Councils are empirical objects capable of providing evidence to understand whether there is a clear intercultural participatory dialogue and/or whether the particularities of peoples are used as excuses to limit participation. The research, of qualitative methodology and of descriptive, exploratory and ethnographic types, uses the techniques of bibliographic review, document analysis and interviews for data collection.

The first chapter explores historical and legislative aspects, with emphasis on speeches and official documents related to this fundamental right. The chapter examines state formation and the violence suffered by indigenous peoples during the colonization process, resulting in the repression of their cultural expressions. The 1988 Constitution stands out as a milestone for the recognition of indigenous rights, promoting public policies that value diversity, autonomy and interculturality, as well as popular participation through social control in the management of indigenous health. The chapter ends with the study of SASISUS and SESAI, which established an organized system of health services with an emphasis on differentiated care, interculturality and medical pluralism, from health districts to district councils and national conferences.

In the second chapter, we collect data to test our arguments in two stages: first, with the analysis of the reports of the National Conferences, which provided information on the motions, approvals and topics discussed, revealing contradictions between discourse and practice and bureaucratic and superficial texts, even if these events are considered of extreme importance; then, with interviews with district counselors, who highlighted categories such as management, social control, differentiated attention, interculturality, democracy and citizenship to support their demands.

In the last chapter, the results of the content analysis highlighted the ambiguities of official discourses on indigenous participation, highlighting the fragility of democracy and the challenges of interculturality in social control. We also approach the influence of bureaucratic management on the neoliberal agenda of the State, in addition to discussing the reasons for participating and valuing the strength of the popular movement. We consider both the tactics of pressure and everyday transgression and the structural reforms that participation can generate in the long term, such as the new Latin American constitutionalism.

**Key-Words:** Indigenous health; Popular participation; Interculturality. Differentiated attention. Domination.

## RESUMEN

La participación popular ha sido una constante desde la internacionalización de los derechos humanos y la redemocratización. A pesar de esto y del compromiso de los frentes indígenas, existe una gran tensión entre las políticas de Estado y los pueblos indígenas. El problema de investigación que enfrentamos es: cuál es la naturaleza de la participación popular indígena, especialmente en los Consejos Distritales y Conferencias Nacionales de Salud Indígena, y cuáles son los principales aspectos relacionados con esa participación para las comunidades indígenas en Brasil, en vista de la necesidad de observar las especificidades étnicas de los pueblos para garantizar una atención diferenciada? Sostenemos que las Conferencias y Consejos Distritales de Salud Indígena son objetos empíricos capaces de aportar evidencias para comprender si existe un claro diálogo intercultural participativo y/o si las particularidades de los pueblos se utilizan como excusa para limitar la participación. La investigación, de metodología cualitativa y de tipo descriptiva, exploratoria y etnográfica, utiliza las técnicas de revisión bibliográfica, análisis de documentos y entrevistas para la recolección de datos.

El primer capítulo explora aspectos históricos y legislativos, con énfasis en discursos y documentos oficiales relacionados con este derecho fundamental. El capítulo examina la formación del Estado y la violencia sufrida por los pueblos indígenas durante el proceso de colonización, que resultó en la represión de sus expresiones culturales. La Constitución de 1988 se destaca como un hito para el reconocimiento de los derechos indígenas, promoviendo políticas públicas que valoren la diversidad, la autonomía y la interculturalidad, así como la participación popular a través del control social en la gestión de la salud indígena. El capítulo finaliza con el estudio de SASISUS y SESAI, que establecieron un sistema organizado de servicios de salud con énfasis en la atención diferenciada, la interculturalidad y el pluralismo médico, desde distritos de salud hasta consejos distritales y congresos nacionales.

En el segundo capítulo, recolectamos datos para poner a prueba nuestros argumentos en dos etapas: primero, con el análisis de los informes de las Conferencias Nacionales, que brindaron información sobre las mociones, aprobaciones y temas discutidos, revelando contradicciones entre el discurso y la práctica y las normas burocráticas y textos superficiales, incluso si estos eventos se consideran de extrema importancia; luego, con entrevistas a consejeros distritales, quienes destacaron categorías como gestión, control social, atención diferenciada, interculturalidad, democracia y ciudadanía para sustentar sus demandas.

En el último capítulo, los resultados del análisis de contenido destacaron las ambigüedades de los discursos oficiales sobre la participación indígena, destacando la fragilidad de la democracia y los desafíos de la interculturalidad en el control social. También abordamos la influencia de la gestión burocrática en la agenda neoliberal del Estado, además de discutir las razones para participar y valorar la fuerza del movimiento popular. Consideramos tanto las tácticas de presión y transgresión cotidiana como las reformas estructurales que la participación puede generar en el largo plazo, como el nuevo constitucionalismo latinoamericano.

**Palabras clave:** Salud indígena; participación popular; Interculturalidad. Atención diferenciada. Dominación.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AIсан	Agente Indígena de Saneamento
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
Casai	Casa do Índio
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
DSEI	Distritos Sanitário Especial Indígena
Emsi	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FNS/FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UBSI	Unidades Básicas de Saúde Indígena

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Organograma da Secretaria de Saúde Indígena.....38
- Figura 2** – Organização do Distrito Sanitário e modelo assistencial.....40
- Figura 3** – Atenção Diferenciada na PNASPI: Princípios, Estratégias Operacionais e Ações...41

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Desenho de pesquisa.....	29
<b>Tabela 2</b> - Dados das conferências e trechos dos relatórios finais.....	55

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
<b>Anexo 2</b> – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).....	140
<b>Anexo 3</b> – Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).....	143
<b>Anexo 4</b> – Aprovação da Emenda ao projeto inicial pelo CEP – UFJF.....	147
<b>Anexo 5</b> – Aprovação da Emenda ao projeto inicial pela CONEP.....	151



## SUMÁRIO

<b>Um caminho de participações e conselhos .....</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 1 – SAÚDE INDÍGENA: CONJUNTURAS DA POLÍTICA PÚBLICA .....</b>	<b>30</b>
<b>1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA.....</b>	<b>30</b>
<b>1.2 DIREITOS CONSTITUCIONAIS E PARTICIPAÇÃO POPULAR.....</b>	<b>32</b>
<b>1.3 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO 2 – COLETA DE DADOS: ETNOGRAFIA SOBRE OS ESPECTROS DE PARTICIPAÇÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA .....</b>	<b>45</b>
2.2.1 Etnografia dos documentos .....	45
2.2.2 Aspectos substanciais e intersticiais dos relatórios .....	47
<b>2.3 OS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA .....</b>	<b>59</b>
2.3.1 Funções e composição dos CONDIsIs .....	59
2.3.2 Objetivos, critérios de inclusão e desafios das entrevistas .....	61
2.3.3 As vozes que participam .....	63
I. Interior Sul .....	63
II. Alto Rio Negro .....	64
III. Mato Grosso do Sul .....	66
IV. Yanomami e Ye'kuana .....	69
V. Minas Gerais-Espírito Santo .....	71
VI. Pernambuco .....	72
<b>2.4 RESULTADOS E NOVOS QUESTIONAMENTOS .....</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE CONTEÚDO: CATEGORIAS QUE ORBITAM A PARTICIPAÇÃO .....</b>	<b>78</b>
<b>3.1 DEMOCRACIA E INTERCULTURALIDADE (LONGE DAS ALDEIAS) .....</b>	<b>78</b>
3.1.1 Democracia participativa .....	78
3.1.2 Contradições nos manejos da diversidade .....	83
<b>3.2 DOMINAÇÃO E EXCLUSÃO ENTRE ROTINAS E BUROCRACIAS ...</b>	<b>89</b>
3.2.1 Gestão “burocrática-administrativa-operacional” ou, “colorindo os meses” ...	90
3.2.2 Poder e violência .....	97
<b>3.3 POR QUE CONTINUAR PARTICIPANDO? .....</b>	<b>103</b>
3.3.1 Reapropriação do poder e participação “não oficial” .....	105
3.3.2 Novo Constitucionalismo Latino-americano .....	114
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>136</b>

## Um caminho de participações e conselhos<sup>1</sup>

Não há espaço para hipocrisia: a posição social influencia nossas perspectivas e interpretações sobre tudo no mundo, inclusive nossos trabalhos científicos. Ciente de todos os meus muitos privilégios, faço um breve resumo da trajetória que me trouxe aqui e que movimentou as escolhas nessa pesquisa, a fim de que o leitor entenda como os conhecimentos aqui produzidos são perpassados também pela subjetividade.

Estudei quase sempre em colégio particular, fiz a graduação em Direito em uma instituição privada com o auxílio de Financiamento Estudantil e soube no primeiro dia que meu caminho era acadêmico. Meu sonho era dar aula, então usei – mais uma vez – dos meus privilégios e me orientei por projetos de extensão, monitoria, iniciação científica, Pós-graduações Lato Sensu em Direito Constitucional e Direitos Humanos e o Mestrado em Ciências Sociais.

Sempre estive na classe média, sou uma mulher jovem branca, tive oportunidades que me possibilitaram seguir um dos primeiros *conselhos* que recebi na vida: fazer o que me deixasse feliz. Na faculdade que escolhi, voltei meu olhar para o Direito Público e questões sociais, buscando entender como o ordenamento jurídico olhava para os mais variados sujeitos, sobretudo o “vulnerabilizado” – posicionado assim por culpa do próprio sistema.

Um dia tive a oportunidade de *participar* de um encontro com indígenas Fulni-ô que conversariam sobre tradição e Medicina Sagrada. Ao final daquele dia ocorreu a Consagração da Jurema, e nessa ocasião fiz amizade com um líder indígena, morador de Águas Belas-PE, que até hoje é meu amigo. Ele me ofereceu aquela bebida “da Jurema”, mas não bebi por medo. Nesse momento, meu amigo deu o *conselho* que mobilizou o projeto para ingressar no Mestrado: “medo você tem que ter de remédio e vacina que ninguém te conta o que tem dentro.”

Na época, já estava lendo muito sobre Justiça de Transição e a ditadura para os indígenas, era o que eu queria pesquisar e aprender, até ouvir essa frase e ficar dias me perguntando o que será que vinha nos meus remédios. E o universo de dúvidas só se expandia, comecei a me questionar sobre os remédios que ele tomava e se tomava vacinas. Uma coisa foi levando a outra e percebi que eu não sabia nada sobre a saúde indígena.

---

<sup>1</sup> Inspirado na Autocartografia de Teresa Harari Alves de Araujo (2022) e na Apresentação de Diogo Neves Pereira (2012).

Essa foi minha primeira questão problema. Obviamente o assunto é infinito e não havia recorte algum, mas comecei a ler sobre o Subsistema, as diretrizes do SUS, a interculturalidade, a atenção diferenciada e o controle social, e decidi que ia pesquisar na abordagem da *participação* popular, por ter afinidade com estudos sobre a democracia participativa. O projeto era esse: a participação popular dos Fulni-ô; como eles participam dessa política e qual a qualidade dessa participação.

O maior problema era a pandemia e a dificuldade de realizar a pesquisa em campo sem recursos. Minha orientadora me explicou sobre etnografias virtuais, análise documental e entrevistas. Me indicou alguns dos melhores artigos que já li, me iniciou na própria Antropologia. Percebi que mais coisas além do *Conselho* Distrital do Distrito Sanitário de Pernambuco me enchiam os olhos. Me deparei com as Conferências Nacionais de Saúde Indígena e as falas dos *conselheiros* nos relatórios finais. Gente do Brasil todo, de várias etnias, demandando *participar* mais, fazer mais, receber mais.

Decidimos que eu pesquisaria a *participação* popular indígena na saúde, com enfoque nos *Conselhos* Distritais Indígenas e nas Conferências Nacionais de Saúde, e que a pergunta seria descritiva. Eu queria aprender o “como” ocorre essa participação e o que os próprios *participantes* acham dela. Nesse ponto eu já sabia que entrevistaria *conselheiros* de vários lugares – sem me esquecer do Pernambuco, é claro.

Novos desafios: o Comitê de Ética precisa aprovar meu pedido de entrevistas. Que entrevistas? Estávamos em um governo abertamente anti-indígena, ninguém queria falar e ser perseguido depois, ainda mais falar sobre *participação*, política, saúde precarizada. Pesquisava contatos das secretarias dos Distritos e dos *Conselhos*, enviava e-mails, ligava e quase nunca tinha retorno. Comecei um caderno de campo em que eu colocava nomes dos *conselheiros*, assessores, secretários, e em seguida os contatos, regiões, tempos de mandato. Enviei mais de 40 mensagens em poucos dias e tive uma aceitação, seguida de algumas respostas pedindo para que eu ligasse, mandasse cópia dos meus documentos, cópia da aprovação do Comitê de Ética, e até mesmo fizesse vídeo chamada para comprovar que eu era a pesquisadora da UFJF que afirmava ser.

Após garantir anonimato e explicar todos os contornos do trabalho, comecei uma longa jornada de versões e mais versões a serem reprovadas pelo CEP e pela CONEP. Eram muitos ajustes, questionamentos como a necessidade ou não de tradutor para perguntar em línguas indígenas, ou se eu teria que utilizar algum espaço público para entrevistar, mesmo explicitando que faria as intervenções da minha casa, com

conselheiros falantes do português. O projeto foi aprovado depois de 5 versões – em torno de 7 meses – e pude fazer as três primeiras entrevistas.

As primeiras conversas com *conselheiros* do Amazonas e de Santa Catarina foram suficientes para perceber o que minha orientadora já tentara me *aconselhar*: “não se preocupe tanto com embasamento teórico de tudo agora, a pesquisa sempre muda de rumo depois do trabalho de campo”. Apareceram categorias que eu nem havia imaginado trabalhar, casos divertidos, casos tristes, problemas novos. Precisava insistir com outros possíveis entrevistados e dar ainda mais variedade para a pesquisa.

Consegui mais três *participantes* e as cinco regiões do país estariam representadas. Entrei com um pedido de Emenda ao projeto junto ao CEP e à CONEP e tive aprovação imediata. A fase de transcrição foi demorada, muitas horas de gravação que geravam mil ideias, mil novos subtópicos.

A partir daí, tentei organizar os objetivos e métodos, estruturei o trabalho já com as novas questões, alterei o que me fora *aconselhado* pelas – brilhantes – professoras que participaram da minha banca de qualificação e apresentei alguns resultados e percepções aos meus colegas de Laboratório e à orientadora.

Gosto de muitas coisas sobre esse processo e todas serviram de aprendizado para as próximas pesquisas. Esse texto é resultado de um trabalho conjunto de lugares e participações.

Algumas considerações sobre as escolhas traçadas no texto são necessárias: (I) nunca quis que o trabalho fosse sobre “dar voz” a grupo nenhum, e muito menos colocar os povos indígenas como vítimas ou incapazes de usar as próprias vozes. Como mencionei, é um trabalho descritivo, em que se buscou compreender um pouco de como ocorre a *participação* popular na saúde em conjunto com as pessoas que diariamente participam e fazer inferências sobre algumas categorias que orbitam essa atuação; (II) em consequência do ponto anterior, espero ter conseguido me afastar de métodos acadêmicos que reforçam e reproduzem estruturas de opressão e a hierarquias civilizatórias do colonizador, inclusive tratando os indígenas como “objeto de estudo” e não como autoridades nos assuntos que lhes dizem respeito; (III) a intenção foi adotar uma postura relacional e declaradamente comprometida com as causas indígenas. Tentei não forçar generalizações para não correr o risco de invisibilizar especificidades e histórias; (IV) a dissertação não revela ao final “o que é” ou “como se dá” a participação indígena nos espaços analisados de forma irrefutável e generalizada. Ao contrário, tentei mostrar as particularidades de cada fala, principalmente em relação as diferenças geográficas e

impressões sobre os distritos; (V) além das seções iniciais – inclusive essa – e do tópico que trata das entrevistas, utilizo a primeira pessoa do plural, por reconhecer que as argumentações foram construídas a partir de vários diálogos e fontes, apesar da responsabilidade sobre o texto ser minha.

Esses foram alguns dos detalhes, *conselhos* e escolhas que *participaram* do processo até aqui. Outros ficaram na minha memória ou em fragmentos de textos não utilizados, como os trechos das entrevistas em que aprendi sobre vida, morte, raízes ou espinhela quebrada e seus sintomas.

Concluo esse mapeamento do caminho com um *conselho* que recebi ao final de uma das entrevistas e gostaria de compartilhar:

Esse trabalho que você faz, espero que você tenha mesmo uma visão, de tudo que você viu até hoje, que você recolheu, dos parentes que já falaram, que são diferentes falas, olhares. Vocês que moram na cidade, que tem esse convívio com pessoas não indígenas, eu sempre falo da importância de a gente viver em paz né, na nossa cultura, na nossa riqueza assim. Que vocês tenham isso em mente, carreguem para vocês, para os seus filhos, sabe? Para que vocês somem com os povos indígenas.

Muitos não dão importância para a gente, só procuram a gente quando é para fazer um estudo, fazer algo que vai acrescentar no currículo. E gente que depois tem contato, avisa que passou, está trabalhando... Isso pra gente é gratificante. É triste quando alguém se forma e não interessa mais. Então não leva isso com você. O sentimento mais bonito da gente é a gratidão.

A gente, sendo um povo nativo vivendo nessa terrinha aqui, vive de poucas coisas, né? Não preciso dizer que precisa de dinheiro para viver bem. Viver aqui é estar em paz. Então que vocês que estudam, levem isso da gente. Mas não leva no papel não, leva no peito dentro do coração. E nós precisamos que esse olhar para nós, seja um olhar para o respeito, para nós existirmos, que defenda nossa causa, o que a gente quer.

Reitero aqui o meu compromisso com esse Sr. *Conselheiro*. Esses *conselhos* eu prometo nunca esquecer.

## INTRODUÇÃO

O estudo dos direitos dos povos originários deixa claro que as legislações no Brasil desde as invasões europeias foram voltadas para a integração e o assistencialismo, retratando os períodos em que foram escritos estes diplomas normativos e a postura do país em relação a certos grupos sociais. A história mostra como sempre houve uma forte dose de intervencionismo, não obstante os movimentos sociais e as reivindicações populares por dignidade e autonomia, e é a partir da Constituição de 1988 que se imaginou um novo tipo de relação do Estado com os povos originários.

Junto com as questões territoriais, talvez a saúde seja a área em que mais se visualiza uma tensão com as políticas estatais. O caso da saúde indígena é emblemático pelo fato de que suas peculiaridades tradicionais precisam ser observadas, ou seja, trata-se de um direito que deve ser prestado em atenção às especificidades socioculturais e geográficas das etnias.

A partir de análises antropológicas da saúde e da política, o objetivo principal da presente pesquisa é traçar relações entre a participação popular dos povos indígenas – tanto aquela prevista na lei e nos discursos oficiais, quanto a participação que realmente vem ocorrendo, de acordo com os próprios participantes – com possíveis tecnologias estatais de violência e exclusão, argumentando que o controle social e algumas categorias que orbitam o seu exercício sejam propositalmente confusas e inconsistentes, colocando em xeque a boa prestação de um direito fundamental e o apagamento dos povos originários. Nosso problema de pesquisa, portanto, se apresenta da seguinte forma: como vem ocorrendo a participação popular indígena – principalmente nos Conselhos Distritais e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena – e o que os aspectos correlatos a essa participação podem representar para os povos indígenas no Brasil?

Propõe-se o uso do seguinte referencial teórico, sem prejuízo de outros autores também mencionados ao longo do texto: Luiza Garnelo (2012 e 2014), Ana Lúcia Pontes (2014 e 2015), Carla Costa Teixeira (2013, 2014, 2018, 2019), Esther Jean Langdon (2004, 2015), Cristina Dias da Silva (2010, 2019 e 2020), Aníbal Quijano (2009), Lucas Freire (2019), Rita de Cássia Neves (2017), Luciane Ferreira Ouriques (2010 e 2015), Gersem Baniwa (2004, 2006 2007), Antônio Carlos de Souza Lima (1995, 2002, 2012, 2014), Catherine Walsh (2008) e Foucault (2005, 2008, 2010).

Existe um amplo arcabouço normativo – composto pela Constituição Federal, Tratados Internacionais de Direitos Humanos e outros instrumentos legais – que dispõe

acerca da participação enquanto uma das diretrizes do sistema de saúde adotado no país. Portanto, mais do que uma especificidade da saúde indígena, o paradigma participativo é uma constante na estrutura delineada a partir da redemocratização e foi referendado em variados instrumentos e instâncias.

Mesmo com tantos mecanismos formais e engajamento por parte das frentes indigenistas, muitos são os problemas ainda visualizados na área da saúde – como o alto índice de mortalidade infantil, unidades de saúde sem equipamentos e medicamentos, a falta de profissionais qualificados – o que nos conduz a certas hipóteses. A primeira delas é a existência de um descompasso entre as previsões de categorias como atenção diferenciada, interculturalidade e gestão participativa com uma participação considerada eficiente pelos povos originários, tanto formal quanto substancialmente. Ainda, nos questionamos se uma participação simbólica ou insuficiente poderia representar parte de um projeto maior de dominação e exclusão, guiado pela necrogovernança, no sentido de manejar as particularidades étnicas e culturais até mesmo como escusas limitantes da participação e da representatividade indígenas.

É nítida, ao menos na teoria, a relação entre o chamado Estado Democrático de Direito – baseado na participação de todos – com a concretização dos direitos humanos e fundamentais, pois em um espaço normativo de inclusão, as políticas públicas são essencialmente voltadas para garantir a participação e a conseqüente justiça social. Assim, nos chama atenção o fato de a legislação ter estabelecido a criação de espaços de participação para as organizações e comunidades indígenas quando, ao mesmo tempo, institucionaliza esses espaços com base em pressupostos que diferem dos modos indígenas de organização social e política. Desse modo, não resta clara a real dimensão do exercício pleno e autônomo dos povos indígenas na garantia de seus direitos.

Para existir uma efetividade máxima, o processo de participação dos povos indígenas deveria possibilitar a discussão dos seus direitos e garantias. Entretanto, o que se percebe em um recorte preliminar da Política de Atenção à Saúde Indígena, é que parece existir justamente a ocorrência de uma participação de “fachada”, pois se considerarmos que o processo envolve tomar parte, discutir, decidir e fiscalizar, a participação implicaria na concretização de ações e demandas na sociedade, e não em um possível sistema de exclusão e opressão política. Por outro lado, não podemos desconsiderar que o simbólico é extremamente político, e ainda que a participação nos moldes atuais não resolva os principais problemas na saúde indígena, é um campo de possibilidades que deve ser valorizado e reestruturado, até porque, formas oficiais e não

oficiais (ou não institucionalizadas) de participação, podem também representar o poder e serem transformadoras.

Argumentamos que dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), as Conferências e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs) sejam bons exemplos de esferas públicas de debates, além de espaços participativos em potencial, visto que são compostos tanto de agentes do Estado quanto agentes das comunidades indígenas. Contudo, deve haver uma análise aprofundada para se atestar a qualidade da participação, bem como seus conceitos para os próprios indígenas, já que muitas das demandas e problemas são constantemente reafirmados.

A pesquisa etnográfica entra justamente como o estudo dos valores e práticas participativas dos grupos originários, partindo da premissa de que só poderemos compreender e retratar a real participação indígena na saúde a partir de suas falas, histórias e própria autonomia.

Ante todo o exposto, os objetivos específicos desse estudo são: compreender, a partir do Direito e outros discursos oficiais, o que se entende por participação popular na política de saúde indígena brasileira; analisar o direito à saúde a partir do exame histórico dos diplomas normativos pertinentes; realizar uma revisão sistemática de trabalhos científicos que abordem a questão da participação indígena, com enfoque na área da saúde; identificar, por meio da etnografia, como se dá a participação indígena nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena e nos Conselhos Distritais, e como ela se relaciona com a promoção da diversidade cultural; compreender o que os participantes da saúde indígena entendem por controle social e outras categorias correlatas; investigar se e como os problemas apurados nos dados se relacionam com processos civilizatórios de dominação, exclusão e violência e; apresentar a participação popular como tática cotidiana e simbólica de resistência.

A pesquisa foi inicialmente realizada através de uma revisão bibliográfica sobre os conceitos principais, a história e a legislação correlatos ao tema. As fontes para esse levantamento teórico foram livros, revistas e artigos científicos, revistas informativas, jornais e sítios da internet. Para a coleta de dados e evidências foram feitas entrevistas com conselheiros distritais indígenas e análise documental dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

O primeiro capítulo fala sobre a relação dos povos indígenas com o Estado brasileiro no que diz respeito à saúde, através de uma abordagem histórica e legislativa, principalmente pautada nos discursos e documentos oficiais relacionados a esse direito



fundamental. No primeiro tópico, buscamos entender como a formação do Estado foi marcada pelo massacre e expulsão dos povos indígenas à medida que a colonização avançava e isso levou os povos indígenas a reprimir muitas de suas expressões culturais.

Já no segundo ponto deste mesmo capítulo, é possível perceber como, até o início do século XX, praticamente ainda não havia preocupação governamental com a proteção da saúde indígena, e só depois de vários órgãos, instituições e movimentos, chegamos ao recorte principal do trabalho – pós 88. A “Constituição Cidadã” reconheceu a diversidade do Brasil e garantiu os direitos dos povos indígenas, o que impulsionou políticas públicas com enfoque na pluralidade, autonomia e interculturalidade. A participação indígena passa a ser valorizada e referendada nacional e internacionalmente, e o controle social passa a desempenhar papel importante na gestão da saúde indígena. Por fim, no último tópico, mostramos que a partir da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para gerir o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), temos todo um sistema de organização dos serviços de saúde pautado na atenção diferenciada – que valoriza a interculturalidade e o pluralismo médico, desde os distritos sanitários aos conselhos distritais e a conferências nacionais.

No segundo capítulo fazemos o levantamento dos dados para elaborar nossos argumentos e organizamos essa coleta em dois momentos. Inicialmente, trabalhamos com um breve histórico das Conferências Nacionais de Saúde, principalmente em relação a 8ª Conferência, além de abordar aspectos formais dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI).

É relevante esclarecer que até o momento da conclusão dessa pesquisa, existem cinco relatórios das CNSI, todos disponíveis na íntegra na Internet. A contribuição desses documentos se dá pelo fato de que eles compilam as moções, aprovações e eixos temáticos que foram discutidos por usuários e profissionais da saúde indígena de todo o Brasil, e os quesitos finais são a sistematização das falas de conselheiros distritais que participam das conferências regionais anteriores a Conferência Nacional. A análise documental, tanto quanto técnica principal, quanto meio de triangulação de métodos, pode revelar contradições e desencontros entre teorias, práticas e sujeitos, além de apontar novos questionamentos e hipóteses. A escrita e os documentos em geral são tecnologias e artefatos centrais tanto para os próprios espaços institucionais quanto para os sujeitos e movimentos com os quais dialogam – como é o caso da nossa pesquisa.

Basicamente, com a leitura, a sistematização e a consequente análise dos relatórios, inevitavelmente estaremos investigando como, para quê e porque estes

documentos foram produzidos e mobilizados nos diversos contextos dessas reuniões. O tópico termina com algumas análises a respeito das conferências, evidenciando aspectos como burocracia, repetição, morosidade e ineficácia em potencial.

Na segunda parte do capítulo abordamos os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), desde a composição até suas funções e outras particularidades. Em relação as entrevistas com os conselheiros, a escuta participante é uma conhecida técnica empregada por etnógrafos e um dos principais objetivos é exatamente fornecer uma descrição detalhada e profunda da vida cotidiana e da prática. Mantendo uma escuta engajada, é possível formar um estudo voltado para a compreensão e explicação do contexto cultural da experiência vivida.

Para que todas as cinco regiões do Brasil estivessem representadas, visto que as diferenças sociogeográficas são relevantes para se entender as facilidades ou obstáculos da participação, foram feitas entrevistas com conselheiros de Conselhos Distritais variados, totalizando 6 participantes. O único critério de inclusão era que o entrevistado fosse indígena, preferencialmente com experiência em conferências, órgãos públicos ou o Sistema de Saúde.

As entrevistas revelaram que os participantes utilizam dispositivos legais e categorias como gestão, controle social, atenção diferenciada, interculturalidade, democracia e cidadania para embasar seus argumentos e demandas, mas destacam sempre a diferença entre os discursos oficiais e a prática. As Conferências Nacionais foram consideradas por eles como um dos momentos mais importante de participação e controle, porém as deliberações muitas vezes resultam em relatórios burocráticos e superficiais. A pesquisa se questionava, nesse momento, até que ponto a diversidade estaria sendo enquadrada em mecanismos de poder, nos quais o controle social pode ser apenas uma abstração sem potência política de mudança. A gestão foi mobilizada de formas questionáveis nas respostas, com poucos indígenas ocupando cargos de autoridade, e a interculturalidade enfrenta desafios diante da burocracia e hierarquias civilizatórias visualizadas no cotidiano.

No último capítulo, procuramos retomar os principais conceitos e apontamentos do primeiro capítulo, argumentando que os discursos oficiais podem ser intencionalmente ambíguos e inconsistentes no que diz respeito a participação popular indígena. A análise dos dados sugeriu uma abordagem antropológica da política, e dividimos o resultados em três tópicos: no primeiro, tratou-se da fragilidade da questão democrática e dos manejos contraditórios da diversidade cultural, questionando se a interculturalidade no controle

social se sustentam no cotidiano dos indígenas; no segundo, fazemos inferências sobre a gestão e a burocracia – categorias muito presentes nos relatórios e nas falas dos conselheiros – argumentando que as assimetrias sejam infinitamente negociadas e renegociadas para amparar a agenda neoliberal de dominação e violência do Estado; no terceiro e último tópico, buscando não incorrer em maniqueísmos e advogar somente no sentido negativo da participação, apresentamos alguns motivos para participar e valorizando a força do popular, tanto através de táticas de barulho, pressão e transgressão do cotidiano, quanto por reformas estruturais que a participação pode produzir a longo prazo – a exemplo do novo constitucionalismo latino-americano.

## **METODOLOGIA**

Alguns aspectos metodológicos da pesquisa já foram mencionados ao longo da introdução e nesse tópico são sistematizados, sem prejuízo de outras menções no decorrer do texto. A pesquisa adota uma abordagem metodológica qualitativa, enquadrando-se nos tipos descritivo, exploratório e etnográfico. A intenção central é compreender as dinâmicas das relações entre o controle social na área da saúde indígena e os espaços de participação institucionalizados, bem como explorar as percepções e desafios enfrentados nesse contexto. A pesquisa se baseia em diversos métodos, incluindo revisão bibliográfica e legislativa, entrevistas e análise documental.

Os instrumentos de coleta de dados, a exemplo dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde indígena, podem oferecer um panorama da evolução das políticas e diretrizes nesse domínio. Além disso, as transcrições das entrevistas semiestruturadas realizadas com conselheiros distritais constituem uma fonte valiosa de insights qualitativos, permitindo a exploração das perspectivas individuais e coletivas dos atores envolvidos.

A análise dos dados coletados é conduzida através da técnica de análise de conteúdo, que possibilita identificar padrões, categorias recorrentes e novas agendas de pesquisa. A perspectiva temporal adotada abrange o período pós Constituição Federal de 1988, desde a criação dos Conselhos de Saúde indígena em 1999 até as cinco Conferências Nacionais subsequentes, fornecendo um arcabouço histórico essencial para entender a evolução e problemas desse contexto participativo.

As dimensões de análise abordadas nesta pesquisa são multifacetadas. Uma das mais relevantes é a análise dos problemas de saúde enfrentados pelas comunidades indígenas e a avaliação da promoção (ou não) da interculturalidade nos processos de tomada de decisão. Isso envolve examinar como as perspectivas e abordagens tradicionais são incorporadas ou não nas políticas de saúde, e como essa dinâmica afeta os resultados para as comunidades indígenas.

Ao longo dos capítulos 2 e 3, os instrumentos de coleta e a técnica de análise dos dados são mais bem conceituados e contextualizados com o objeto do estudo, além de serem apontadas algumas das vantagens e dificuldades encontradas no trabalho de campo. Por ora, recorreremos ao quadro abaixo para apresentar de forma objetiva a caracterização e organização da pesquisa:

Tabela 1 – Desenho de pesquisa

<b>Caracterização da pesquisa</b>	
<b>Metodologia</b>	Qualitativa
<b>Tipo de pesquisa</b>	Descritiva, exploratória e etnográfica
<b>Métodos</b>	Revisão bibliográfica e legislativa; Entrevistas; Análise documental.
<b>Instrumentos de coleta</b>	Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde indígena; Transcrição de entrevistas semiestruturadas com conselheiros distritais.
<b>Análise dos dados</b>	Análise de conteúdo
<b>Perspectiva temporal</b>	Desde a criação dos Conselhos (1999); as 5 Conferências Nacionais.
<b>Organização da pesquisa</b>	
<b>Objeto empírico</b>	Conselhos Distritais; Conferências Nacionais.
<b>Dimensões de análise</b>	Relações do controle social com os espaços de participação institucionalizados; Percepções sobre as arenas (conselhos e conferências), dificuldades e obstáculos; Problemas enfrentados na saúde e a promoção ou não da interculturalidade.

Elaborado pela autora.

## **CAPÍTULO 1 – SAÚDE INDÍGENA: CONJUNTURAS DA POLÍTICA PÚBLICA**

### **1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA**

Para as informações nesse tópico fazemos uso, principalmente, dos ensinamentos de OLIVEIRA; FREIRE (2006) em *A Presença Indígena na Formação do Brasil*. No Capítulo do livro intitulado “O Regime Tutelar” [1910 a 1988], aprendemos que na maior parte da história da relação dos povos indígenas com o Estado brasileiro, estes povos contaram com seus próprios esforços e recursos no enfrentamento de doenças que vinham do contato com o homem branco. E assim foi até o início do século XX, em que não parecia haver preocupação governamental alguma com a proteção indígena no âmbito da saúde, já que a primeira iniciativa pública foi a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910.

Para o recorte temporal da pesquisa e para evitar revisões históricas fadigasas, começamos com a menção à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, que foi um divisor de águas para a reformulação da Política Nacional de Saúde, já que aprovou diretrizes básicas que implementariam o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse evento, realizou-se em também a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), e nela foi recomendado que a saúde indígena fosse coordenada pelo Ministério da Saúde, tendo suas ações operacionalizadas por meio de um subsistema de serviços vinculado ao SUS.

Se até então as ações direcionadas aos povos indígenas eram responsabilidade da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), em 1991 a coordenação da saúde indígena é transferida para a Fundação Nacional de Saúde (FNS/Ministério da Saúde), através do Decreto nº 23, e este movimento instaura um clima de tensões entre Funai e FNS.

Com a 9ª CNS em 1992, aprovou-se que a saúde indígena seguiria um modelo diferenciado de atenção à saúde, a partir de Distritos Sanitários, o que gerou certa preocupação com os discursos municipalistas de reforma sanitária, e as frentes indigenistas se articularam para reforçar que a saúde deveria se organizar de acordo com as especificidades étnicas e geográficas dos povos, sob coordenação da gestão federal. A respeito das Conferências, elas serão abordadas com mais detalhes em tópico específico.

A Funai retomou o controle das ações relativas à saúde indígena em 1994, através do Decreto nº 1.141. Surgiu certo impasse entre as instituições, e no mesmo ano a FNS passou a ter responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos, enquanto a Funai tinha por atribuição as ações de assistência médico-sanitária. Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou que a permanência da coordenação da saúde indígena ao Ministério da Justiça, ao qual se vinculava a Funai, era inconstitucional.

Essa disputa entre instituições só “termina” com a aprovação da famosa Lei Arouca (nº 9.836/1999), que alterou a Lei Orgânica da Saúde e estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), contemplado pelos artigos 19A ao 19H, e é nesse momento que a Fundação Nacional de Saúde (agora Funasa) assumiu a gestão do Subsistema.

Diversos autores não indígenas e indígenas (KRENAK, 1999; BANIWA, 2006) abordaram a história dos primeiros séculos de formação do Estado brasileiro, revelando um período marcado pelo massacre e expulsão dos povos nativos à medida que as frentes colonizadoras avançavam. Luciano Baniwa (2006) esclareceu que a colonização portuguesa traçou um ambicioso projeto de dominação política, cultural e econômica, através de disputas civilizatórias completamente inédita aos indígenas que só haviam vivido conflitos territoriais interétnicos ou interlocais.

Todo esse processo de séculos fez com que os povos reprimissem suas formas de organização e expressão culturais, pois ou eram fisicamente exterminados ou extintos no processo integracionista da nação. Essa lógica orientou a política indigenista inclusive no século XX, através de legislações, órgãos e programas que proviam direitos àqueles que não tinha capacidade de atuar e nem mesmo participar da comunidade política, devendo integrar-se à sociedade “civilizada” (BANIWA, 2006).

Os anos 2000 foram marcados pela publicação de várias portarias que objetivavam regulamentar pontos específicos do atual modelo de atenção à saúde indígena. Um dos destaques é a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002, que detalha o SasiSUS e tem por principais diretrizes: a) organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; b) preparação dos recursos humanos para atuação em contexto intercultural; c) monitoramento das ações de saúde; d) articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; e) promoção do uso adequado e racional de medicamentos; f) promoção de ações

específicas em situações especiais; g) promoção da ética nas pesquisas e nas ações de saúde envolvendo comunidades indígenas; h) promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena e; i) o controle social – que envolve a participação popular, tema deste estudo.

A partir de 2008 algumas reformas visando a gestão do SasiSUS começaram a ocorrer, o que levou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em 2010, atual gestora do Subsistema de Saúde Indígena. A SESAI é fruto de importantes reivindicações e mobilizações dos povos indígenas, principalmente a partir da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do índio, que já buscava uma secretaria ligada ao Ministério da Saúde, como veremos a diante.

## **1.2 DIREITOS CONSTITUCIONAIS E PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Para entendermos algumas características na formulação das políticas de saúde direcionadas aos povos indígenas, bem como a abrangência da questão participativa, precisamos brevemente relembrar como o Estado brasileiro se relaciona com essas populações na perspectiva dos direitos, desde a primeira lei contra o cativo indígena em 1570 até a criação da FUNAI em 1967. Em resumo, as Constituições do Império e da República não mencionaram os indígenas, enquanto a Constituição de 1934 estabeleceu a proteção da posse de terras pelos silvícolas. A FUNAI substituiu o SPI na administração das questões indígenas e o Estatuto do Índio de 1973 submeteu os indígenas à tutela do poder estatal com o objetivo de integrá-los progressivamente à sociedade.

Para estudiosos do tema, como Manuela Carneiro (2018), a segunda metade da década de setenta representou o surgimento e a intensificação dos movimentos sociais e organizações indígenas, que além de dar visibilidade construiu uma rede de apoio junto à sociedade civil, dando início as agitações que seriam cruciais para a constituinte.

Assim, depois da Ditadura Militar que provocou um massacre silencioso de centenas de vítimas por governantes, militares, madeireiros, fazendeiros e tantos outros, por intermédio das frentes indigenistas, a “Constituição Cidadã” veio como uma proposta de renovação da esperança, assegurando aos povos indígenas o direito a suas culturas, organizações próprias e, em resumo, um modelo não mais pautado na ótica integracionista e meramente assistencialista, como previa o Estatuto do índio de 1973. Para Carlos Frederico Marés (2013, página 2149):



Embora farta, toda legislação indigenista brasileira, desde o descobrimento até a Constituição de 1988, é voltada para a integração, retratada ao modo da época em que foi escrita. [...] A Lei brasileira sempre deu comandos com forma protetora, mas com forte dose de intervencionismo, isto é, protegia-se para integrar, com a ideia de que integração era o bem maior que se oferecia ao gentio.

[...]

A partir de 1988 fica estabelecida uma nova relação do Estado Nacional com os povos indígenas habitantes de seu território.

Luciane Ouriques Ferreira (2015) ensina que a partir de 1988 houve o reconhecimento oficial da pluralidade social no Brasil, visto que as mais de 230 etnias contribuem significativamente para a diversidade sociocultural do país. A superação da tutela sobre os indígenas estaria pautada no discurso estatal de diversidade, protagonismo, autonomia e interculturalidade, com a criação de políticas públicas destinadas a garantir efetivamente os direitos diferenciados desses cidadãos.

Assim dispõe o Capítulo VIII da Constituição Federal de 1988<sup>2</sup>:

Art. 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.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, "ad referendum" do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que

---

<sup>2</sup> Importante mencionar também o art. 215, da seção relativa à Cultura que faz previsão das manifestações indígenas: "Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais. § 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional."

dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa fé.

§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, § 3º e § 4º.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Essa diversidade que é fundamento e princípio do ordenamento, também acarreta responsabilidades ao mesmo, e os direitos sociais devem se adequar, de forma heterogênea, às práticas culturais dos diversos grupos, prestando “serviços públicos apropriados para atender às demandas da coletividade, ao mesmo tempo em que devem respeitar a multiplicidade de identidades culturais, tanto no plano individual quanto no coletivo” (SOUZA LIMA, 201, p. 137).

Devemos destacar que existem alguns dispositivos relacionados aos povos indígenas também no cenário internacional. Os principais são: (a) a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, adotada pela Conferência Geral da OIT em 1989 e; (b) a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2007.<sup>3</sup> Os dois instrumentos abordam a questão da participação popular e da consulta prévia.

As disposições da referida Convenção nº 169 são de cumprimento obrigatório para os países que a ratificaram. Logo, compete a eles a adaptação da legislação nacional para desenvolver o documento, e isto implica a revogação das regras que são contrárias a ele, bem como a adoção das medidas necessárias para implementá-lo, inclusive por políticas públicas específicas.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas foi um passo histórico para o reconhecimento dos direitos dos povos originários, por dispor em âmbito universal sobre questões as mínimas na garantia da sobrevivência, da dignidade, do bem-estar e do respeito aos índios. Tecnicamente, a Declaração não vincula os

---

<sup>3</sup> Manual de Manual Para Defender os Direitos dos Povos Indígenas. O artigo 25.2 da convenção nº 169 da OIT dispõe: Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais. E o artigo 24 da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas prevê: Os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico. As pessoas indígenas têm também direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde; os indígenas têm o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que forem necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito.

Estados, mas o consenso amplo adotado é de que desse instrumento deriva a força política necessária para ser utilizado pelos Estados, Tribunais nacionais e internacionais, pelos povos em geral, até que possivelmente seja convertido em dispositivo juridicamente vinculante.

Em relação a saúde, especificamente, a Constituição de 1988 a prevê como direito de todos e dever do Estado (art. 196), salientando que será assegurado mediante políticas sociais e econômicas para a garantia do acesso universal e igualitário. No artigo 198 fica estabelecido o sistema único e no inciso III a participação da comunidade é apontada como uma das diretrizes desse sistema. Como preleciona Carla Costa Teixeira (2018):

A reforma sanitária que transformou a saúde em direito de todos os cidadãos e dever do Estado em 1988, com a nova constituição, tinha como desafio melhorar as condições de saúde, mas também democratizar a própria política de saúde. Nesse sentido, para a saúde indígena foi organizado um subsistema voltado à atenção básica de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 90. Esse subsistema, contudo, só foi possível no processo de redemocratização que marcou o final do século XX graças à articulação entre o movimento indígena e o movimento pela universalização do sistema de saúde que buscou traduzir a bandeira abrangente, que afirmava a saúde como dever do Estado, para uma agenda voltada para as singularidades dos povos indígenas.

Portanto, mais do que uma especificidade da saúde indígena, o paradigma participativo é uma constante na estrutura delineada a partir da internacionalização dos direitos humanos e da redemocratização brasileira, além de ter sido referendada pelas diretrizes e estrutura do Sistema de Saúde. E não só isso, a participação indígena e as reivindicações são bem anteriores a esses marcos jurídicos, tendo sido responsáveis pelas mais significativas rupturas em nossa história.

A efetivação de direitos de cidadania para povos indígenas pressupõe o reconhecimento de sua autonomia, enquanto coletividades diferenciadas. O ordenamento brasileiro traz a questão da participação dos povos indígenas como a “participação, monitoramento e controle social de políticas com interfaces com políticas indigenistas, ou seja, que afetam, ou interessam ou contemplam povos e terras indígenas”.<sup>4</sup> Muitos dos espaços de participação social replicam-se em âmbito estadual e municipal e devem igualmente prever a participação indígena para garantir que os modos de vida indígenas

---

<sup>4</sup> Definição da Funai, replicada em outros órgãos e diplomas normativos.

sejam reconhecidos, respeitados, valorizados e considerados pelas políticas públicas que se desenvolvem em todas as esferas.

A inclusão da sociedade em geral nas políticas de saúde, reconhecendo esse direito como inerente à cidadania, foi regulamentada pela Lei 8.142/1990, a qual determinou que os usuários participassem em todas as fases de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um controle externo exercido pelos próprios cidadãos, através dos conselhos de saúde. Essa forma de gestão compartilhada do SUS passou a ser conhecida como controle social. Os conselhos de saúde foram estabelecidos em todos os níveis governamentais, ou seja, nas esferas federal, estadual e municipal, e atualmente desempenham suas funções de maneira regular em todo o país.

Esses conselhos são regulados por lei, compostos por representantes da sociedade e do poder público, com a função de ajudar na formulação das políticas sociais. Eles são obrigatórios e têm atribuições consultivas, deliberativas e de controle, e podem ser voltados para programas governamentais ou para políticas setoriais universais.<sup>5</sup>

O controle social representaria uma forma diferenciada de captar as necessidades dos usuários de um sistema de saúde. Além disso, permite a participação no planejamento, tomada de decisões e avaliação das ações de saúde realizadas tanto nas unidades de saúde quanto nos níveis mais elevados do processo de gestão. No caso dos povos indígenas seria ainda mais relevante, uma vez que o SUS não teria condições próprias de garantir as adaptações necessárias nas práticas de saúde para grupos culturalmente diversos.

É uma forma de controle – dentre outras, como o controle por concorrência administrada ou por resultados – ascendente, em que a sociedade tem o direito de exigir a prestação de contas, influenciar e fiscalizar as políticas públicas, além de outras prerrogativas. A intenção é aumentar a eficiência e eficácia das políticas públicas, melhorar a responsabilização do governo e fortalecer a democracia, tudo isso por meio da atuação popular.

Para existir uma efetividade máxima, o processo de participação nas políticas públicas em si deve possibilitar a discussão, execução e fiscalização dos seus direitos e

---

<sup>5</sup> Os conselhos estão desafiados a se tornar um espaço democrático que atenda a três objetivos principais: 1) promover a cidadania e a educação política; 2) identificar e captar as preferências da sociedade quanto aos fins e às políticas públicas, incluindo as intensidades destas preferências; 3) controlar as políticas públicas, incluindo a responsabilidade às demandas da sociedade e a responsabilização dos governantes. Se os conselhos forem bem-sucedidos em atender a estes objetivos, eles podem contribuir para uma democracia mais ampla e para uma alocação mais eficiente dos recursos públicos.

garantias, e para isso foram criados alguns mecanismos oficiais ou “autorizados”<sup>6</sup>. São exemplos de espaços de participação gerais ou específicos para tratar da temática indígena os Conselhos Nacionais de Saúde Indígena, de Segurança Alimentar, de Política Cultural, as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, entre outros.<sup>7</sup>

A ocupação desses lugares, as marchas e assembleias, as denúncias públicas e demonstrações artísticas são a concretização de um repertório do exercício de poder popular que muitas vezes é reprimido. Espaços públicos ocupados podem se transformar em verdadeiras arenas dialógicas para a tomada de decisões coletivas, nas quais uma visão comunitária e alheia as lideranças individualistas é capaz de renovar os preceitos de inclusão, ainda que suas estruturas sejam essencialmente assimétricas.

A questão que nos move em relação a esses espaços institucionalizados é entender se há um esforço para incentivar a participação da população, porém limitando-a a comportamentos que respaldem as autoridades vigentes, enquanto outras formas de participação parecem ser desencorajadas, o que pode ocorrer mais facilmente em contextos sócio-políticos com pouca tradição de engajamento da sociedade civil de forma autônoma e ativa.

### 1.3 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

No início desse capítulo, comentamos que um Decreto de 2010 formalizou a decisão governamental de transferir a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que assumiu as atribuições anteriormente desempenhadas pela FUNASA. A SESAI hoje é responsável “por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>8</sup>.

Observamos que vários dos diplomas normativos, conceituações e gráficos relacionados ao SasiSUS trazem a palavra “gestão” seguida de termos como operacionalização, monitoramento, gerência, coordenação, execução, planejamento

---

<sup>6</sup> Os espaços não criados por leis, não institucionalizados ou que representam estratégias participativas não autorizadas são mencionados no último capítulo da dissertação. O termo é de autoria de COELHO e CRUZ, 2012.

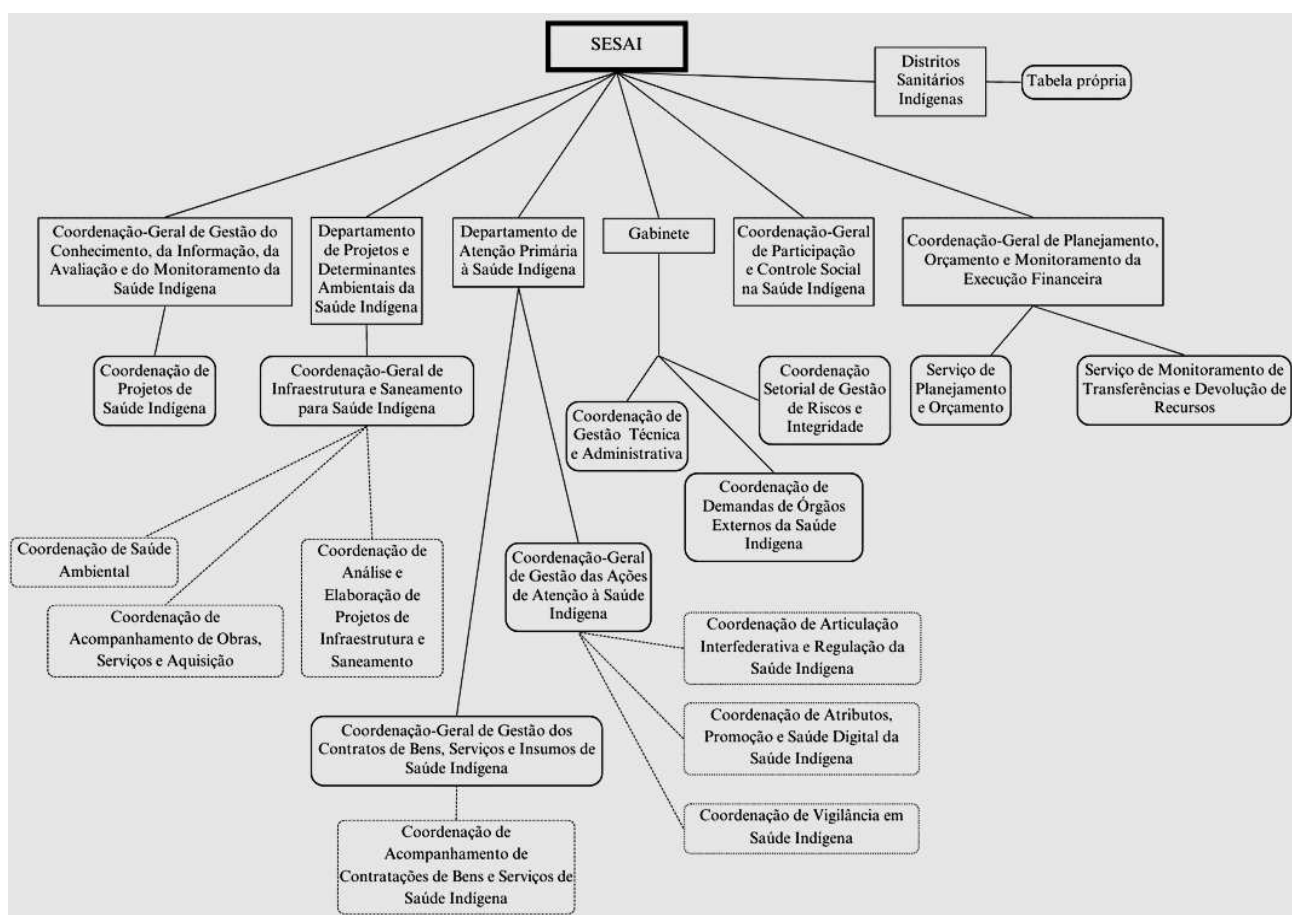
<sup>7</sup> FUNAI - Participação Indígena na construção de políticas públicas.

<sup>8</sup> **Secretaria de Saúde Indígena**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>>.

técnico ou político, no sentido de definir um modelo que gere todas as ações relacionadas a saúde, organizando as interações entre os órgãos e os destinatários.

O que mais nos interessa aqui é o estudo dos Distritos e dos espaços de controle social, que compõem apenas um segmento na imensa estrutura dessa Secretaria. Entretanto, o fluxograma abaixo foi feito para que a dimensão da gestão seja mais bem visualizada, visto que estes setores e órgãos influenciam direta e indiretamente na participação popular e serão retomados nos próximos capítulos.

**Figura 1 – Organograma da Secretaria de Saúde Indígena**



Ainda em relação a estrutura da saúde, o Subsistema possui vários princípios norteadores e órgãos, sendo composto principalmente pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)<sup>9</sup>, uma rede de serviços que visa atender a população nas terras

<sup>9</sup> Por definição do Ministério da Saúde e da PNASPI: “O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de 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. Promove a reordenação da rede de saúde e das

indígenas com base em critérios geográficos, demográficos, culturais e outros, como explicam Luiza Garnelo e Ana Lúcia Pontes (2012).

Instituídos em 1999, os DSEIs têm vistas a garantir a especificidade exigida para os povos. Pontes e Garnelo (2012) esclarecem que a organização dos DSEIs compreende as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AIsan). Existem ainda os Polos-Base, unidades de maior complexidade com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e a Casa do Índio (Casai) que sustenta o atendimento de média a alta complexidade e que de forma habitual são sediados em espaços urbanos.

O Polo-Base é a primeira referência para as EMSIs<sup>10</sup> que atuam nas aldeias. Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e os 34 DSEIs no Brasil abrigam 361 polos-base. o Polo-Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. Além das atividades previstas para as UBIs, esse tipo de estabelecimento realizará também as seguintes atividades: capacitação, reciclagem e supervisão dos AIS e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e outras atividades compatíveis com o estabelecimento.

Já o Polo-Base Tipo II localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à equipe multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do SUS no município de referência, sendo as seguintes: armazenamento de medicamentos; armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas; comunicação via rádio; investigação epidemiológica; informações de doenças; elaboração de relatórios de campo e sistema de informação; coleta, análise e sistematização de dados; planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência; organização do processo de vacinação na área de abrangência e; administração.

Ainda para Pontes e Garnelo (2012), segundo orientação da Funasa as aldeias devem ter um posto de saúde que conte com agentes indígenas de saúde, cujas atribuições

---

práticas sanitárias e desenvolve atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social.”. Disponíveis em: PNASPI, 2002, p. 13; < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>>.

<sup>10</sup> As EMSIs são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde e técnicos em enfermagem.

compreendem: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da população infantil; acompanhamento de gestantes; atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhamento de pacientes crônicos; primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhamento da vacinação; acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração.

Para melhor visualização, a figura a seguir mostra a organização do DSEI em relação aos serviços de saúde prestados aos indígenas<sup>11</sup>.

**Figura 2 – Organização do Distrito Sanitário e modelo assistencial**



Conforme informações dispostas no portal eletrônico do Ministério da Saúde<sup>12</sup>, estes são os números relativos à estrutura do subsistema de saúde indígena atualmente: 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas; 775.995 indígenas; 795 etnias; 6.556 aldeias;

<sup>11</sup> Destacamos que a figura representa apenas organização dos serviços de saúde que chegam a população, pois os Distritos Sanitários também se estruturam em níveis administrativos, logísticos, orçamentários e afins. Entre eles: Serviço de Recursos Logísticos (SELOG), Serviço de Orçamento e Finanças (SEOFI), Serviço de edificações e Saneamento Indígena (SESANI)

<sup>12</sup> Disponível no site do Ministério da Saúde, “**Panorama dos Povos Indígenas no país**” [Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena – quadriênio 2020 – 2023].



68 Casas de Apoio a Saúde Indígena; 374 Polos-base e; 928 Unidades Básicas de Saúde Indígena.

A PNASPI – já mencionada no tópico sobre a história da saúde indígena, tem como propósito geral:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, **contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura [...].**  
(Grifos nossos.)

Assim, a rede do Subsistema possui uma dimensão específica, a chamada Atenção Diferenciada, que objetiva destacar a interculturalidade e o pluralismo médico. Esther Jean Langdon (2004, p. 42) ressalta que a atenção diferenciada “é mais bem conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como articulação entre estes e as práticas de autoatenção existentes nas comunidades”. É também imprescindível que os profissionais de saúde atuantes nesse sistema estejam preparados para o trabalho multicultural, com práticas de diagnóstico, tratamento e curas distintas, sendo relevante o diálogo com as famílias e especialistas tradicionais, a exemplos de pajés, rezadores, raizeiros, parteiras e outros membros da comunidade que sejam conhecedores da cultura e praticantes dos cuidados com a saúde.

A atenção diferenciada tem como princípios, estratégias operacionais e alguns dos exemplos de ações locais<sup>13</sup>:

### **Figura 3 – Atenção Diferenciada na PNASPI: Princípios, Estratégias Operacionais e Ações**



<sup>13</sup> Figura elaborada pela autora, com base na síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídos ao modelo de atenção diferenciada identificados na PNASPI (2002) e na literatura por Ana Lucia de Moura Pontes, Sergio Rego e Luiza Garnelo (2015).

Considerar especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais;	Desenvolver tecnologias adequadas aos contextos locais	Agente Indígena de Saúde (AIS) responsável pelas adequações das ações de saúde
Participação popular ou controle social	Conselhos e Conferências Locais, Distritais e Nacionais	AIS como membro indígena da equipe
Considerar as representações, valores e práticas indígenas em saúde	Preparar profissionais para contexto intercultural; Articulação com sistemas tradicionais de cuidado.	Formação do AIS na área biomédica; AIS como articulador entre sistemas médicos.

Observa-se a presença do termo “interculturalidade” no estudo da atenção diferenciada, e a conceituação se faz necessária. Estaríamos diante do intercâmbio igualitário de comunicação entre grupos culturais, visando estimular a interação, compreensão e o respeito entre as diferentes etnias. Essa comunicação pode ser de conhecimentos, códigos, padrões e valores entre diferentes culturas, entendendo que existe igualdade entre assuntos independentemente de sua posição no sistema.

Como os saberes e as práticas dos cuidados em saúde indígena são plurais e dependem da cosmologia, dos mitos e das tradições de cada aldeia e etnia, a interculturalidade acaba sendo um processo de negociação (Langdon, 2015), em que as interrelações precisam ter capacidade para aportar, a partir da diferença, a construção de novas compreensões, convivências, colaborações e solidariedades. A ideia é justamente que o “outro” possa ser considerado um sujeito com identidade, diferença e agência, com capacidade de atuar.

Para Catherine Walsh (2008), a interculturalidade ainda não existe e é algo que precisa ser construído. Vai muito além do respeito, tolerância e valorização da diversidade. O “intercultural” sinaliza e sustenta um processo e um projeto político-social voltado para a construção de novas e diferentes sociedades, relações e condições de vida. Está relacionado com a cosmologia da vida em geral, incluindo conhecimento e conhecimento, memória ancestral, relação com a mãe natureza e espiritualidade. Entretanto, mesmo representando mais um ponto de chegada que de partida, estudiosos consideram que a categoria ainda está muito pouco evidenciada no cotidiano dos serviços de saúde, por envolver uma visão radical nas relações de dominação do poder, como veremos nos próximos capítulos.

De acordo com os princípios do SUS, o Subsistema tem a participação indígena como premissa para melhor controlar e planejar os serviços dispostos, além de ser uma

forma de reforçar a autodeterminação e a autonomia dos povos através do diálogo intercultural. Assim dispõem os artigos:

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 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.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. 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.

Portanto, a implementação do subsistema adotou uma abordagem de controle social similar àquela adotada para a saúde no geral, e isso inclui a criação de Conselhos Distritais de Saúde que, pela PNASPI, devem ter representação equitativa de membros e etnias atendidas no DSEI e das instituições de prestação de serviços. Além deles, existem também os Conselhos Locais, que agrupariam comunidades de diferentes aldeias, buscando uma maior proximidade com as formas de organização política indígena, e o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais (FPCONDISI), com a função de aconselhar os níveis centrais de gestão da Sesai.

Em razão de serem alterações recentes, ressaltamos que um Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019 alterou as atribuições da Secretaria Especial de Saúde Indígena e foi alvo de duras críticas pelas lideranças indígenas. Em 2022 houve sua revogação pelo Decreto nº 11.098 de 2022, que por sua vez, foi revogado em 1º de janeiro de 2023, pelo Decreto nº 11.358, que dispõe acerca da Sesai:

Art. 46. À Secretaria de Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em articulação com as demais Secretarias do Ministério;

III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS;

V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, com as práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS;

XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;

XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e

XV - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

## **CAPÍTULO 2 – COLETA DE DADOS: ETNOGRAFIA SOBRE OS ESPECTROS DE PARTICIPAÇÃO**

### **2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A primeira parte do trabalho dá enfoque ao histórico da saúde e aos direitos fundamentais indígenas, além da estrutura da saúde pública e de um panorama geral do paradigma participativo.

Para entender a participação, por estarmos diante de povos historicamente silenciados e com cosmovisões ancestrais completamente distintas daquelas que formam o pensamento hegemônico eurocentrado, argumentamos que a melhor estratégia para os fins que a pesquisa objetiva seja avaliar, através do trabalho de campo, dois espectros práticos de participação popular em saúde. Por entender que as Conferências Nacionais – compostas por indígenas trabalhadores e usuários da saúde, além de conselheiros distritais também indígenas que deliberam e votam os quesitos finais dos relatórios – possam ser espaços de participação direta em potencial, em primeiro momento foi feito um estudo dos relatórios de cinco das seis conferências já realizadas, a fim de buscar o que os indígenas consideraram importante em relação a gestão participativa, além de entender o que culturalmente a participação representa. Faremos uma análise sistemática das diretrizes, aprovações e moções de cada conferência, com enfoque no eixo temático da participação, tendo em vista que as conferências são extensas e tratam dos mais variados temas.

Em segundo momento, foram realizadas entrevistas com conselheiros distritais, considerando que, mais importante que saber o que a lei entende como participação popular ou o que o aporte doutrinário e teórico entende como democracia, é entender o que os próprios indígenas entendem do controle social. Se os povos originários têm conceitos e visões diferentes sobre adoecimento, cura, morte e a própria vida, por que não teriam sobre a saúde e as formas de intervir nela?

### **2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA**

#### **2.2.1 Etnografia dos documentos**

Já mencionamos que no âmbito do SUS a Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação das comunidades na sua gestão, a partir dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que estruturam o controle social no Brasil. E tendo em mente esse espaço participativo em potencial, este que diz respeito a uma cultura e um grupo específicos, esse tópico se dedica a análise dos relatórios produzidos ao final dessas Conferências Nacionais. Para explicarmos os motivos por trás do método, faz-se necessária uma breve digressão a respeito do papel da etnografia para a antropologia, bem como da etnografia dos documentos.

Mariza Peirano, em seu renomado artigo *Etnografia não é método*, de 2014 (p. 380), traz a seguinte perspectiva:

A etnografia é a ideia mãe da antropologia, ou seja, não há antropologia sem pesquisa empírica. A empiria – eventos, acontecimentos, palavras, textos, cheiros, sabores, tudo que nos afeta os sentidos –, é o material que analisamos e que, para nós, não são apenas dados coletados, mas questionamentos, fonte de renovação. Não são “fatos sociais”, mas “fatos etnográficos”, como nos alertou Evans Pritchard em 1950. Essa empiria que nos caracteriza, aos olhos de alguns cientistas sociais pode ser uma desvantagem, se não uma impropriedade; penso, especialmente, nos sociólogos de ontem (e talvez nos de hoje também). Para os antropólogos, no entanto, é nosso chão.

É certo que a principal preocupação da etnografia é com os significados que as ações, eventos, símbolos, rituais ou linguagem possuem para os diferentes grupos estudados, e que a pesquisa qualitativa etnográfica se referia, primordialmente, às observações *in loco* ou observações participantes. Contudo, com o passar do tempo os estudos etnográficos continuaram investigando as experiências humanas durante a pesquisa com foco no contexto, na escuta do outro, nos lugares, na convivência com o próximo, ainda que outras fossem as formas de participação do pesquisador.

De certo modo, todo antropólogo está constantemente reinventando a antropologia; cada pesquisador, repensa a disciplina a cada nova pesquisa. Hoje, encontramos um “mundo” etnográfico composto pela clássica e necessária observação participante; pelas entrevistas intensivas e as análises de documentos; a ênfase no processo e não nos resultados; e as clássicas preocupações com o significado e a descrição.

E o que a análise dos relatórios, ou seja, dos documentos finais oriundos das Conferências Nacionais de Saúde Indígena pode nos proporcionar em termos de pesquisa? A análise documental pode revelar contradições e desencontros entre teorias, práticas e sujeitos, além de apontar novos questionamentos e hipóteses.

Letícia Ferreira e Laura Lowernkron (2020) destacam que os encontros etnográficos com os papéis são comuns no dia a dia de antropólogos que tiveram suas pesquisas atravessadas com as mais variadas modalidades de registros burocráticos, e que no âmbito ou em torno de organizações estatais, a escrita e os documentos são tecnologias e artefatos centrais tanto para os próprios espaços institucionais quanto para os sujeitos e movimentos com os quais dialogam – como é o caso da nossa pesquisa.

Basicamente, com a leitura, a sistematização e a conseqüente análise dos relatórios seguintes, inevitavelmente investigaremos como, para quê e porque estes documentos foram produzidos e mobilizados nos seus mais diversos contextos, e mais do que isso, é também importante rastrear a relação dos documentos com a realidade. O que se quer dizer com isso é que nas Ciências Sociais já temos bem trabalhada a ideia de que a realidade resulta de construções e a antropologia com a análise documental vem cumprindo um importante papel, por meio das etnografias, de demonstrar como as certidões, relatórios, ofícios e tantos outros não necessariamente refletem, descrevem ou sequer representam as realidades diante dos nossos olhos. Os documentos possuem força social própria e conseqüentemente produzem mundos sociais distintos, portanto devemos nos atentar a eles.

De certo modo, já fizemos menções a outros documentos no capítulo anterior com os decretos e legislações, mas aqui a abordagem, além de diversa, é mais específica e focada nos aspectos da participação pelos próprios indígenas.

### 2.2.2 Aspectos substanciais e intersticiais dos relatórios

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) surgiram dos mais distintos contextos políticos a partir da necessidade do diálogo constante entre Estado e movimentos sociais. A Constituição de 1891 instituiu as ações de saúde como dever e política do Estado e a partir da gestão de Getúlio Vargas em 1930, começaram a surgir justificativas para a criação de órgãos e espaços que promovessem o entendimento entre os entes federativos e a sociedade. As primeiras conferências ocorreram entre 1941 e 1963, debatendo ordem sanitária, municipalização e descentralização. Durante a ditadura militar de 1964, as conferências tornaram-se mais técnicas e os atos governamentais provocaram movimentos reivindicatórios.

Por volta de 1985, o curso da redemocratização fez com que o movimento sanitaria assumisse posições estratégicas nas instituições públicas e, não por outra razão,

foram instituídos nesse momento o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

Foi neste cenário democrático que a 8ª CNS aconteceu e deu um novo rumo para as futuras conferências: o espaço agora conta ativamente com a participação da sociedade civil nas deliberações sobre as políticas públicas de saúde. Essa conferência histórica marcou a ideia da Reforma Sanitária, conhecida por ampliar o conceito de saúde para abarcar a promoção, a proteção e a recuperação, além de aprovar a criação do SUS, diversas vezes já mencionado neste estudo. Dois anos após a “Constituição Cidadã”, as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram a participação da comunidade na gestão do SUS e instituíram as Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas.

As cinco conferências subsequentes focaram na consolidação e no aprimoramento do SUS, e o motivo pelo qual damos maior enfoque na 8ª CNS é porque dela saiu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que abordaremos a seguir. Em resumo, as CNS surgiram para garantir o controle das instâncias entre os entes federativos, mas com o tempo se tornaram verdadeiros espaços de mobilização social e promoveram relevantes conquistas no campo da saúde pública nacional.

Os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI) são documentos oficiais que sistematizam as discussões e deliberações realizadas durante esses eventos. Esses relatórios têm como objetivo consolidar as propostas e as demandas apresentadas pelos participantes das conferências e orientar a formulação de políticas e ações voltadas para a saúde indígena no país.

Seguindo a ordem natural, a Conferência Nacional de Saúde Indígena é convocada por Portaria Ministerial publicada em Diário Oficial da União com temática definida, antecedida pelas conferências locais – nas aldeias – e em seguida pelas conferências distritais. Na etapa nacional chegam propostas resultantes das etapas anteriores que serão ou não aprovadas e sistematizadas em relatórios encaminhados aos órgãos pertinentes, entre Ministério e Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público e Secretarias de Saúde.

A Conferência Nacional e seu consequente relatório são responsabilidade da Comissão Organizadora, e a Comissão geral de Relatoria fixa os relatores gerais, adjuntos e afins. Os relatórios das três primeiras Conferências contam com pouca ou quase nenhuma informação de elaboração, números e outros dados relevantes sobre esses documentos, ao contrário dos relatórios das 4ª e 5ª Conferências, que apresentam ficha catalográfica, relação das etnias presentes nas reuniões, anexos das etapas anteriores,



nome dos organizadores e outras informações. Como exemplos marcantes, mencionamos o texto final da 4ª CNSI que apresenta um capítulo de avaliação das lideranças com pontos negativos e positivos do evento e anexos com demonstrativos de custos, relação do número de delegados e etnias do Brasil e a listagem das comissões especiais. Já o relatório da 5ª Conferência tem por anexos a programação completa da conferência, a trajetória das conferências anteriores, atos normativos correlatos e modelos de relatórios com perguntas e critérios para preenchimento dos participantes – com espaço para moções, sugestões de temas e propostas, entre outros.

Em resumo, a elaboração dos relatórios das CNSI é realizada por uma equipe designada pelo Ministério da Saúde e conta com a participação de representantes do governo e da sociedade civil, incluindo lideranças indígenas e representantes de organizações não governamentais que atuam na área de saúde indígena. São elaborados por etapas: após a realização das conferências estaduais e regionais, são elaborados os relatórios correspondentes a cada uma dessas etapas; ao final da conferência nacional, é elaborado o relatório final, que sistematiza as discussões e deliberações realizadas ao longo do processo. Esses documentos também são utilizados para prestar contas à sociedade sobre as ações e os investimentos realizados na área de saúde indígena, e a seguir falaremos sobre cada uma das conferências com base nos próprios textos e na bibliografia.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio ocorreu em Brasília, em 1986, como uma decorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde.<sup>14</sup> Nessa oportunidade ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena.

O texto aprovado pela Plenária tem pontos interessantes, como: a previsão de que a cidadania plena, a partir dos direitos constitucionais, deveria ser reconhecida como determinante do estado de saúde; a necessidade da participação indígena na saúde, respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica; e necessidade também de se garantir a participação das nações indígenas através de seus representantes,

---

<sup>14</sup> Para a análise dos relatórios utilizamos de dados da Fiocruz, que disponibilizou todos eles, na íntegra, em portal na internet. Destacamos que os próprios arquivos das CNSI mais recentes nos ajuntaram a coletar informações das conferências anteriores, já que elas fazem históricos com a trajetória da saúde indígena no Brasil e a participação.

na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde.

No geral, o texto faz menções tímidas a políticas sobre recursos humanos, sistema de informações e a qualidade e execução de serviços, mas sobre o recorte do trabalho – qual seja a participação, as alusões são ainda mais raras, e o texto todo em geral é bastante sintético.

Já a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, parte integrante da 9ª CNS, ocorreu em Luziânia-Goiás em 1993, e contou com a participação de 200 delegados<sup>15</sup>, entre indígenas e não indígenas. Esta Conferência já contou com um tema específico – a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas – e os debates propostos refletiram na aprovação da já mencionada Lei Arouca, na instituição do SasiSUS e na criação dos DSEIs.

O relatório desta conferência, em consequência da organização do próprio evento, contou com uma estruturação completamente diferente do anterior, com a divisão dos assuntos em tópicos, rol de princípios gerais, diretrizes específicas e moções. O tópico IV é o mais relevante para o estudo, intitulado de “Controle de ingestão e participação indígena”, entretanto aborda somente a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI) e os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena, prevendo que estes fossem implantados em todo o país com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços de saúde.

O que mais se destacou em nossa leitura foi uma das moções aprovada na Plenária final da 2ª CNS-PI. Os participantes da conferência manifestaram seu repúdio a uma medida do então Ministro de Estado da Saúde, Henrique Santillo, que de forma “autoritária e discriminatória quis impedir a participação na Conferência de observadores eleitos nos estados e recomendou o corte de metade do número de delegados eleitos, prejudicando a representatividade dos estados e pondo em risco a viabilidade do evento”. Destacamos esta moção não por representar a participação popular, e sim por conceber um cerceamento desta.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), também realizada em Luziânia, em 2001, teve por tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social”. A finalidade foi a análise dos

---

<sup>15</sup> Foi seguida a recomendação de que os usuários constituíssem 50% dos delegados do evento. Os delegados foram eleitos no processo de conferência estaduais e regionais, segundo os critérios populacionais de concentração dos povos indígenas no país, nas suas diferentes regiões.

obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEISs e propor diretrizes para melhorias, com enfoque no fortalecimento do controle social.

Observamos que nessa CNSI o cenário muda bastante e pela primeira vez aparecem ações mais práticas, medidas para o dia a dia dos conselhos, aparentemente com menos abstração na participação. O texto é cheio e conta com eixos temáticos complexos, mais de 150 propostas para a saúde indígena, sendo 23 delas para o fortalecimento do controle social, no qual destacamos medidas de informação sobre custeio e capacitação dos conselheiros; participação de agentes indígenas e professores inclusive através de cartilhas bilíngues; demanda por representação indígena no Conselho Nacional de Saúde; periodicidade das CNSI de quatro em quatro anos; maior participação das mulheres indígenas e promoção geral da participação indígena em todas as etapas das políticas públicas de saúde, em defesa da cidadania e da qualidade de vida dos povos.

A 4ª CNSI, realizada em Rio Quente-Goiás em 2006, teve como tema: “Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Participaram 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço e a efetividade do controle social foi abordada juntamente com questões relativas à integração da medicina tradicional.

Entretanto, ao que nos parece, este foi o relatório com a maior intervenção da estética burocrática nacional, no sentido da reprodução de diretrizes extremamente fadigas sobre planos distritais e questões logísticas, mesmo que a importância das mesmas não nos sejam questionáveis. O Eixo temático 2 – “Controle Social e gestão participativa” foi dividido em 4 subtópicos: a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena; b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal; c) Capacitação continuada de conselheiros; e d) Modelos de gestão participativa.

São no total 136 disposições nesse eixo e o texto como um todo é bastante extenso, com muitas medidas pleiteadas nos debates, ações para o dia a dia descritas com detalhes, o que não significa que foram colocadas em prática, já que muitas delas são novamente demandas no relatório seguinte.

A 5ª CNSI ocorreu em Brasília em 2013, sob a gestão da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Essa conferência de destacou por reunir 1.226 delegados nacionais, representando 305 povos indígenas do Brasil. Foi precedida por 306 Conferências Locais, e 34 Distritais envolvendo mais de 23 mil participantes em todo esse processo.

O tema foi o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, e os principais diálogos foram sobre os avanços e desafios na atenção básica, atenção de média e alta complexidade, recursos humanos, financiamento, gestão do subsistema de atenção à saúde indígena, controle social e a gestão participativa no subsistema de atenção à saúde indígena, etnodesenvolvimento e a segurança alimentar e nutricional para os povos indígena e saneamento e edificações de saúde.

Observamos que, novamente, muitas demandas orçamentárias foram propostas dentro do eixo temático do controle social e gestão participativa, mas de um novo modo, o que demonstra o pleno conhecimento de que a execução das políticas públicas perpassa pelo âmbito dos recursos públicos – que vêm sistematicamente sendo enxugados, de acordo com as entrevistas. Além disso, palavras como “Direitos”, “Democracia”, “democrático”, “cidadania” e expressões como “espaços de gestão” e “espaços participativos” aparecem com frequência. Há menção expressa à Constituição de 1988, a Tratados Internacionais, Decretos e Leis, aludindo a obrigação do cumprimento e não alteração abusiva/ilegal de tais normais. Destacamos também o compromisso com a promoção participativa, buscando a inclusão de mulheres, jovens e indígenas não aldeados, além de maior preocupação com a fiscalização nos pós conferências.

Do texto em si, destacamos o trecho a seguir, porque conta com disposições que pedem o acompanhamento das demandas aprovadas pós-conferências, além da reivindicação de que não haja quaisquer interferências políticas na saúde indígena:

Proporcionar o estabelecimento de um Conselho Nacional de Saúde Indígena, com caráter deliberativo e consultivo, a fim de evitar que as necessidades de saúde indígena sejam negligenciadas no Conselho Distrital.  
Estabelecer um grupo de trabalho nacional, após as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, com representação equitativa, para monitorar e acompanhar a implementação das resoluções aprovadas. A SESAI/Ministério da Saúde deve fornecer as condições necessárias para esse processo de implementação.  
Garantir que não haja indicações políticas na área da Saúde Indígena. Assegurar a participação do Controle Social/Condisi nas entrevistas para contratação e avaliação dos profissionais que atuarão na SESAI e no DSEL, assim como na nomeação e demissão de cargos de confiança. Somente representantes locais, escolhidos pela comunidade de cada microárea, devem ser eleitos, sem a interferência de partidos políticos, coordenadores distritais ou chefes de CASAI. No caso dos Polos-Base e CASAI, garantir a participação do Presidente do Conselho Local.

Com o objetivo de elencar alguns dos trechos mais relevantes dos relatórios, ao final deste tópico é apresentada uma tabela que resume os principais dados das Conferências e alguns desses trechos. Essas passagens foram selecionadas com base em

suas conexões com os recortes da participação, com os dados obtidos nas entrevistas e nas hipóteses teóricas relacionadas aos espaços participativos institucionalizados. Destacamos que outros segmentos importantes constam nos textos e podem ter sido omitidos na seleção, até por serem muito extensos, e por isso eles são citados indiretamente nas análises feitas a seguir.

Ao estudar as conferências é possível perceber a diversidade dos atores, contextos e pautas, e parece existir uma transposição na questão da participação para uma atuação mais burocrática, mais normativamente encaixada nos limites da "gestão participativa". Cada vez mais a presença de órgãos responsáveis por repasses, fiscalização e criação de instâncias participativas, e menos do que comumente poderia ser esperado do imperativo intercultural e da autonomia indígena.

Não se trata de desvalorizar a potência dos mecanismos de controle legalmente criados, que devem ser ocupados e transformados. A literatura vem demonstrando que a participação indígena é crucial para que um modelo de atenção diferenciado se consolide, mas mesmo nos conselhos municipais, estaduais e nacionais, a participação continua um desafio para o controle social no SUS (PONTES et al., 2020).

Tomemos por exemplo a 4ª CNSI, realizada em um período de muitas tensões e críticas a Funasa, e não por outra razão, praticamente todos os dispositivos do eixo temático 2 sistematicamente reitera as obrigações e "lugares" que a fundação deveria ocupar, mas isso não significa que melhorias ocorreram. Passados sete anos, lapso que também marca a fragilidade da participação institucionalizada, a 5ª CNSI tem alterações metodológicas e menos espaço para debates amplos na plenária final, que durou poucas horas, contando somente com a revisão dos pontos articulados pelos gestores. O relatório final demorou dois anos para ser publicado e para Ana Lúcia Pontes (*et al.*, p. 8, 2020): "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."

Apesar de ser o relatório mais curto e com menos menções específicas à questão da participação popular, talvez o relatório da 1ª conferência tenha sido o que apresentou maior potencial de transformação radical e possibilidade "transgressora" de se pensar a saúde. As regras, órgãos e questões burocráticas dos anos seguintes serviram mais para garantir o bom funcionamento do espaço participativo do que garantir a participação efetiva em si, com o reconhecimento pleno da presença indígena, considerando o que constitui cada povo e seu bem viver.

Colacionamos um trecho da análise de Carla Costa Teixeira (2018, p. 724-725) a respeito das conferências e a da participação nesses espaços, esclarecendo que a ênfase por essas vias de atuação se sustentaria na importância da multiplicação das arenas de participação e seus efeitos políticos, que efetivamente ocorrem. Por um lado, existe certo consenso entre os indígenas sobre a baixa efetivação das decisões aí tomadas, e por outro, há consenso sobre a relevância política do controle social e a necessidade de aprimorá-lo – tanto por sua função pedagógica na atuação política, quanto pelo projeto de tomada da gestão do subsistema pelos próprios indígenas:

Em que pese as diferentes perspectivas sobre as conferências e as relações entre o controle social, os representantes estatais e o movimento indígena que serão retomadas adiante, **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 aprimorá-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 diferenciados.**

Há que destacar que tal aposta na democracia participativa no Brasil tem se dado não apenas na saúde indígena.

Observamos a organização de conselhos e conferências em distintas estruturas de governo com avaliações similares e, por vezes, mais críticas ainda quando os conselheiros afirmam ser baixa a influência do controle social nas políticas de governo (IPEA 2013; 2013a) – autoimagem que o controle social na saúde e em especial os indígenas não compartilham. Neste sentido, parece que a escolha e a ênfase nessa via de atuação se sustentaria na importância da multiplicação das arenas de participação e seus efeitos políticos, que efetivamente ocorreram, e não pela confiança de que suas decisões sejam efetivadas. Daí a sensação manifesta pelos indígenas de que a mudança no cotidiano da saúde tem se dado de forma lenta e que suas decisões em geral não saíam do papel para a realidade nas aldeias. Assim, tratar-se-ia de uma perspectiva de democracia que parece enfatizar mais os procedimentos e menos os resultados. Embora na saúde indígena tenham sido muitos os avanços conquistados na construção de políticas de governo, pouco se tem obtido como melhoria das condições de saúde dos povos indígenas por meio da participação. (Grifos nossos).

Para finalizar esse tópico, ressaltamos que ao tempo da conclusão desse trabalho a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em novembro de 2022, ainda não tem relatório finalizado e divulgado. De toda forma, destacamos que o encontro reuniu aproximadamente 2 mil participantes, principalmente indígenas, representando os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, e teve como objetivo discutir propostas para a PNASPI, enfatizando aspectos como fortalecimento do controle social e garantia de orçamento para a Agenda da Saúde Indígena. Antes dessa etapa, foram realizadas 302 conferências locais e 34 conferências distritais em 2018, como parte do processo de construção das propostas. A versão final do texto, contendo 258 propostas e 64 moções

aprovadas, será enviada ao Ministério da Saúde para análise e servirá de subsídio para a 17ª Conferência Nacional de Saúde.

**Tabela 2** – Dados das conferências e trechos dos relatórios finais

<p><b>1ª CNPSI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1986 – Brasília;</li> <li>• Previsão de cidadania plena, a partir de direitos constitucionais;</li> <li>• Necessidade de participação, com respeito às especificidades etnoculturais;</li> <li>• Trechos relevantes: Os participantes desta Conferência, reconhecendo a importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação, recomendam como princípio geral que esta participação deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, tais como na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação; Que a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde”;</li> </ul> <p>Da organização dos serviços: garantir a participação das nações indígenas através de seus representantes, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto tímido e curto, mas em contexto de potência.</li> </ul>
<p><b>2ª CNPSI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1993 – Goiás;</li> <li>• 200 delegados;</li> <li>• Mais sistematizada, dividida em tópicos;</li> <li>• Eixo de controle de ingestão e participação indígena;</li> <li>• Trechos relevantes: Dos princípios gerais: Para que sejam garantidas as diretrizes de descentralização, universalização, equidade e participação comunitária, como princípios do SUS, e para que os povos indígenas do país sejam atendidos de acordo com suas especificidades socioculturais e sanitárias, é imperativo que se definam políticas públicas setoriais também específicas; A descentralização é fundamental para garantir a tomada de decisão com participação indígena;</li> </ul>
<p><b>3ª CNSI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2001 – Goiás;</li> <li>• Foram identificadas barreiras participativas no plano teórico do SUS; Aparecem ações mais cotidianas;</li> <li>• Necessidade de representação indígena e participação para defesa da cidadania.</li> <li>• Trechos relevantes: Fortalecimento do controle social: Garantir a disponibilidade de informação sobre custo e benefício das ações de saúde do sistema de saúde indígena aos Conselhos Distritais;</li> </ul>

	<p>Garantir a capacitação continuada para conselheiros indígenas e não indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo;</p> <p>Produzir, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, cartilhas bilíngues que informem os conselheiros locais sobre políticas e leis de saúde, bem como informações sobre doenças e agravos de maior incidência para o fortalecimento do controle social;</p> <p>Promover, através do Conselho Nacional de Saúde, modificações nas leis que instituem os conselhos de saúde (municipal/estadual/nacional) de modo a garantir a inclusão de representantes indígenas nestes conselhos;</p> <p>Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde;</p> <p>Garantir que as deliberações dos conselhos distritais sejam respeitadas e implementadas de imediato;</p> <p>Promover em cada estado reunião do Conselho Distrital com os Deputados Federais para garantir a aprovação dos recursos necessários para a promoção da saúde indígena no orçamento da FUNASA/MS;</p> <p>Garantir a participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais;</p> <p>Os Conselhos Locais e Distritais devem desenvolver formas de fiscalização e monitoramento de ações de atenção aos usuários indígenas desempenhadas nos Distritos e Sistema Único de Saúde – SUS;</p> <p>Devem ser discutidas nos Conselhos Distritais políticas e ações intersetoriais que visem a qualidade de vida das populações indígenas;</p> <p>Os Distritos deverão promover encontros periódicos com as comunidades para esclarecimento sobre a finalidade do Conselho Local de Saúde, convidando lideranças de outras regiões que já compreendem o processo de controle social; Articular um fórum em defesa da cidadania e da qualidade de vida para as populações indígenas, ribeirinhos e outros, que ainda não têm acesso a saúde e educação;</p> <p>Os Delegados da III Conferência Nacional de Saúde Indígena assinados propõem que: seja garantida a participação na Conferência Nacional de Saúde dos representantes indígenas de cada Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Presidente ou Vice-presidente do Conselho Distrital de Saúde) e que estes sejam capacitados em autogestão em saúde pelos órgãos competentes – MS/FUNASA.</p>
<p><b>4<sup>a</sup></b> <b>CNSI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006 – Goiás;</li> <li>• 1.228 pessoas de 125 etnias; 800 delegados;</li> <li>• Efetividade do controle social aparelhada com a integração da medicina tradicional;</li> <li>• Relatório esteticamente burocrático, reprodução de diretrizes e questões logísticas;</li> <li>• Trechos relevantes:</li> </ul> <p>Eixo temático 1 - Direito à saúde</p> <p>a) Avaliação do subsistema de saúde indígena</p> <p>a.2 A Funasa permanecerá como órgão gestor da saúde Indígena, sem municipalizar ou estadualizar, transformando os distritos sanitários</p>



especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de trabalho paritário pelo Ministério da Saúde para discutir e implementar a estrutura organizacional de assistência à Saúde Indígena, acelerando sua desburocratização, garantindo a participação indígena, pelo Controle Social

a.5 A Funasa transformará os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e administrativa, extensiva aos pólos-base, garantindo, em sua estrutura organizacional, a participação de representantes indicados pelos povos indígenas, submetidos ao controle social.

4.2 Eixo temático 2 - Controle social e gestão participativa

b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal

b.21 Os Condisis e demais instâncias do controle social devem valorizar a participação das conselheiras e lideranças femininas, respeitando as diferenças entre homens e mulheres indígenas. Deverão ser tratados os temas de saúde da mulher e outros de seu interesse.

d) Modelos de gestão participativa

d.1 A Funasa deverá assegurar a participação dos CLSIs e Condisis na elaboração, execução e avaliação do Plano Distrital e seu cumprimento pelos gestores, devendo ser o principal instrumento de gestão.

Pontos positivos

- Realização das conferências locais, distritais e nacional.
- Participação dos indígenas na discussão e realização de todo o processo da Conferência.
- A paridade dos segmentos, nas discussões e votações nas conferências distritais e nacional.
- Acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde.
- Participação do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais.
- Participação de representantes indígenas na Comissão Organizadora e demais comissões
- Descentralização de recursos em tempo hábil.
- Participação dos Técnicos da Funasa e do Conselho Nacional de Saúde.
- Localizações dos eventos da 4ª Conferência Nacional de Saúde, Local e Distrital.
- Participação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena Cisi.
- A Integração entre os povos indígenas.
- A Sala de Soluções.
- O empenho dos presidentes de conselho e lideranças indígenas nas etapas locais e distritais.
- Apoio Logístico.
- Alimentação e hospedagem.
- Empenho do Vigisus/Funasa na descentralização dos recursos.

Pontos negativos

- Ausência de pessoas muito importantes durante o processo de organização.
- Não participação da Funai.
- Não disponibilização, em tempo hábil, dos materiais necessários para o acompanhamento das conferências distritais.
- Complexidade do Programa de Relatoria do Datasus.
- Falta de comunicação entre as comissões.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não participação de alguns chefes de distritos sanitários indígenas e coordenadores regionais</li> <li>- Falta de compromisso dos gestores municipais e estaduais na realização da Conferência.</li> <li>- Os presidentes dos conselhos distritais não terem sido delegados natos da Conferência Nacional.</li> <li>- Participação de pessoas convidadas pela Funasa que não tinham comprometimento com a saúde indígena nem com a Conferência.</li> <li>- A Funai encaminhou alguns Índios para a Conferência sem respeitar o processo de construção das etapas da Conferência, causando constrangimento para a Comissão Organizadora e para os povos indígenas.</li> <li>- Falta de compromisso do Ministério da Cultura em honrar o prometido para às atividades culturais da Conferência.</li> <li>- Espaço inadequado para discussão em grupo e plenária final.</li> <li>- Assistência Médica precária para os participantes da Conferência.</li> </ul>
<p><b>5ª</b> <b>CNSI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2013 – Brasília;</li> <li>• 1.226 delegados; 148 etnias;</li> <li>• Sob a gestão da Sesai;</li> <li>• Retorno ao básico: Direito, Acesso, Atenção Diferenciada, Democracia, cidadania, espaços participativos;</li> <li>• Trechos relevantes:</li> </ul> <p>II Eixo temático – controle social e gestão participativa:</p> <p>2.1 Subeixo: Avanços e Desafios para o Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena</p> <p>Garantir, por meio do Ministério da Saúde/SESAI, espaço e ampliação das vagas para participação dos integrantes do Condisi nas diferentes esferas do governo, nas organizações das ações, serviços de saúde e criação de políticas públicas, assegurando, por lei, o direito de participação diferenciada e igualitária, bem como a efetivação e a ampliação de vagas para representação do DSEI e do Condisi, no CNS e CIT; Ministério da Saúde/SESAI/DSEI deve considerar as decisões de grande relevância, que são resolvidas de forma isolada pela SESAÍ e pelo DSEI, devendo respeitar, na prática, o controle social e gestão participativa, com a discussão prévia de normas e regimes para trabalho das Conferências de Saúde Indígena, que atendam às necessidades e às especificidades dos povos indígenas no encaminhamento de suas demandas, não se aplicando o descrito no regimento da Conferência de Saúde, elaborado pelo CNS, nas etapas locais e distritais, e que sejam realizadas em áreas indígenas, de acordo com encaminhamento de cada conselho;</p> <p>Garantir a inclusão de representantes indígenas, conselheiros de Saúde Indígena de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores) nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, estabelecendo mecanismo de escolha para titulares, bem como representatividade dos DSEIs na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Regional (CIR);</p> <p>Articular a aprovação do novo Estatuto do Índio que se encontra paralisado no Congresso Nacional;</p> <p>Acrescentar, na Carta dos Usuários do SUS, os direitos e os deveres dos povos indígenas, bem como os direitos e os deveres individuais, com as</p>

	<p>especificidades antropológicas, culturais, formas de organização, costumes, crenças, tradições, com atenção diferenciada, acolhimento e atendimento humanizado à população indígena em todos os contextos de inclusão e acesso ao SUS;</p> <p>Garantir a difusão do poder e atribuições da ouvidoria do SUS para que atenda às especificidades dos povos indígenas;</p> <p>Considerar e garantir que as deliberações (recomendações e resoluções) do controle social, encaminhadas pelos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena, sirvam de subsídio aos mecanismos de execução das ações planejadas;</p> <p>Garantir a participação de representantes indígenas (caciques, lideranças e conselheiros locais) na seleção, no acompanhamento e na avaliação dos profissionais das Emsis e dos Polos-Base, e na escolha dos gestores da SESAI e dos DSEIs, bem como assegurar a participação de indígenas nas equipes de gestão dos DSEIs;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burocrática, mas logicamente compatível com os retrocessos.</li> </ul>
--	---

Tabela elaborada pela autora

## 2.3 OS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

### 2.3.1 Funções e composição dos CONDISIS

Já mencionamos que além das Conferências, o controle é exercido também através de Conselhos, sejam os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIS) ou os Conselhos Locais de Saúde Indígena. Os CONDISIS têm caráter deliberativo e sua composição é paritária de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Suas atribuições, como veremos a seguir, são basicamente (a) aprovar o plano distrital; (b) avaliar a execução das ações de saúde, e (c) apreciar a prestação de contas dos órgãos executores.

Para tratarmos da estrutura e das pertinências mais específicas dos Conselhos Distritais faremos uso da própria legislação vigente que esclarece tais pontos. Trata-se da Portaria nº 3.021 de 04 de novembro de 2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o controle social no SasiSUS, entre outras providências. Colacionamos a seguir os artigos que fazem menção aos conselhos:

**Art. 9º Os CONDISIS, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com o objetivo de acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais,**

serão instituídos no âmbito de cada DSEI e terão a seguinte composição paritária:

- I - 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários; e**
- II - 50% (cinquenta por cento) de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos, assim divididos:**
  - a) 25% (vinte e cinco por cento) de representantes que compõem a força de trabalho que atuam na atenção à saúde indígena nos DSEIs; e**
  - b) 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada DSEI, indicados oficialmente pelos dirigentes dos órgãos que representam.**

Art. 10. A presidência e a vice-presidência serão exercidas por conselheiros eleitos dentre os membros dos CONDISI.

§ 1º O mandato do presidente e vice-presidente dos CONDISI será de 02 (dois) anos, permitida uma única recondução, por igual período.

§ 2º Deverá ser observado interstício mínimo de 02 (dois) anos para que os membros do CONDISI possam concorrer a outro pleito para as funções de Presidência ou Vice-Presidência.

**Art. 11. Os CONDISI são determinados geograficamente a partir de cada DSEI e sua respectiva área de abrangência.**

**§ 1º Cada Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena terá um CONDISI.**

§ 2º O CONDISI definirá o número de seus membros, que não poderá ser superior ao quantitativo dos membros previstos nos respectivos Conselhos na data de publicação do Decreto nº 9.759, de 2019.

**Art. 12. Compete aos CONDISI:**

- I - apresentar propostas para elaboração do PDSI;**
- II - elaborar e aprovar o Plano Distrital de Saúde Indígena;**
- III - acompanhar e monitorar a execução do PDSI e do plano de trabalho do DSEI;**
- IV - acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais;**
- V - acompanhar a execução financeira dos DSEIs; e**
- VI - elaborar e aprovar seus regimentos internos, os quais serão homologados pelo titular da SESAI/MS e publicado no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde.**

Parágrafo único. As proposições dos CONDISI serão homologadas pelo dirigente titular do respectivo DSEI, mediante análise prévia do titular da SESAI/MS.

Art. 16. O CONDISI encaminhará à SESAI/MS e ao respectivo DSEI relatórios trimestrais correspondentes às atividades desenvolvidas, contendo os resultados alcançados em atenção ao planejamento de atividades estabelecidas no PDSI e plano de trabalho do DSEI referente às ações do controle social.

(Grifos nossos).

Convém destacar que os chamados Conselhos Locais têm caráter consultivo e são compostos unicamente por representantes indígenas que vivem nas áreas de abrangência dos polos base. Eles têm como atribuições principais (a) avaliar as ações e os serviços de saúde; (b) indicar conselheiros para outras instâncias de controle social e (c) atuar junto aos gestores locais para viabilizar a assistência à saúde.

Por fim, mencionamos que a partir do ano de 2006, por meio da Portaria nº 644/GM/MS de 27 de março de 2006, foi instituído o Fórum Permanente de Presidentes

dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde. Sua instância é de caráter consultivo, propositivo e analítico e assessorava o órgão gestor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Contudo, o Fórum foi destituído pelo Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019 e ficou em processo de retomada pela Sesai, após pressões dos movimentos indígenas, voltando apenas no final de 2022.

### 2.3.2 Objetivos, critérios de inclusão e desafios das entrevistas

As entrevistas são um bom caminho para entendermos o que os próprios conselheiros distritais têm a dizer sobre a participação na saúde, principalmente em uma perspectiva cotidiana, para além da abstração das leis e dos conceitos. Ademais, essa interlocução possibilita a leitura dos documentos – mormente os relatórios – sob uma outra ótica, com maior atenção aos interstícios e até ao que não é documentado. Já reforçamos que as questões culturais são a chave do Subsistema de Saúde Indígena, e buscar essas peculiaridades no dia a dia de um espaço de institucionalizado de participação pode redirecionar a pesquisa como um todo.

Já foram elaboradas nesse capítulo algumas questões sobre o antropólogo, suas observações e a descrição de realidades. Martin Forsey (2010) nos ensina que, na prática, a escuta participante é uma das mais importantes técnicas empregadas por etnógrafos no mundo das pesquisas, principalmente para nós que vivemos em uma “sociedade de entrevistas”.

Ainda para o autor, um dos propósitos da entrevista é justamente fornecer uma descrição detalhada e profunda da vida cotidiana e da prática, de forma que, mantendo uma escuta engajada, é possível formar um estudo voltado para a compreensão e explicação do contexto cultural da experiência vivida. Portanto, trata-se de ouvir profundamente e fazer perguntas além das preocupações imediatas da pesquisa.

Por fim, Forsey destaca que a escuta engajada traz resultados qualitativos a respeito das realidades vividas: “Focusing on the purpose of ethnography can also allow us to judge the outcomes of ethnographic research by the quality of the representation of the lived reality” (2010, p. 569).

Inicialmente, um dos critérios considerados era entrevistar conselheiros distritais que fossem lideranças indígenas e estivessem atuando nos Distritos Sanitários mais

afetados pela expansão do Coronavírus<sup>16</sup>, para que pudéssemos conversar sobre a participação inclusive durante esse período intenso. De acordo com Boletim Epidemiológico da Sesai<sup>17</sup>, atualizado em 10/06/2022 as 17h, os estados mais afetados foram Amazonas, Mato Grosso do Sul, Pará, Roraima, Maranhão, Rondônia e Santa Catarina.

Entretanto, em razão de diversas dificuldades, não foi possível seguir à risca este critério e realizar contato ou ter aceitação de conselheiros desses locais em específico. Foram cerca de 4 meses trocando e-mails, mensagens e telefonemas com os contatos disponíveis na Internet, além de perfis em redes sociais e indicações dadas por outros pesquisadores e profissionais atuantes na saúde indígena. Todos os pedidos, negativos e aceites foram documentados, bem como alguns relatos pessoais envolvendo as experiências desses trâmites conhecidos como “etapas preliminares” pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Seria inviável entrevistar conselheiros de todos os distritos sanitários do Brasil, além de não ter tido respostas de alguns deles e negativas de outros. Muitos conselheiros preferiam não participar, ora por medo, ora por acreditarem que o CONDISI não aprovaria a participação em um estudo como esse.<sup>18</sup> Após esse momento de buscas e conversas, diante das dificuldades e dos longos processos junto ao Comitê de Ética e a CONEP, optamos pela realização de no máximo seis entrevistas, com objetivo de abranger o maior número de etnias possível no curto tempo disponível, e ainda o diálogo com grupos que foram muito impactos ou que tiveram estratégias e abordagens específicas diante da pandemia. A partir disso, houve mais facilidade em contatar tanto as secretarias dos Conselhos quanto os conselheiros, visto que muitos contatos foram atualizados e divulgados nos sites oficiais da SESAI e do Ministério da Saúde.

Para que todas as cinco regiões do Brasil estivessem representadas, visto que as diferenças socio-geográficas são relevantes para se entender as facilidades ou obstáculos da participação, foram feitas entrevistas com dois conselheiros do Norte (Amazonas),

---

<sup>16</sup> Inclusive, diante da inércia e da falta de respostas do governo durante o período de disseminação do vírus nas aldeias, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil associou-se à diversos grupos para combater a omissão do governo federal no combate à pandemia e cobrar providências quanto ao risco de genocídio de diversas etnias. A ação foi um dos motivos pelos quais escolhemos o tema da participação popular e do diálogo intercultural.

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

<sup>18</sup> Um dos convidados informou que o momento da pesquisa naquele DSEI era péssimo, pois estavam tentando exonerar o “gestor da saúde” e, antes que isso ocorresse, dificilmente um trabalho sobre participação seria autorizado.

uma com um conselheiro do Sul (Santa Catarina), uma no Sudeste (Espírito Santo), uma no Centro-oeste (Mato Grosso do Sul) e uma no Nordeste (Pernambuco). O único critério de inclusão era que o conselheiro entrevistado fosse indígena, preferencialmente com experiência nas instituições participativas, conferências, órgãos públicos ou o Sistema de Saúde em si.

### 2.3.3 As vozes que participam

A partir da transcrição das entrevistas que foram realizadas e gravadas em canais digitais, os dados foram organizados de acordo com as perguntas e respostas diretamente ligadas a participação popular, ao trabalho dos conselheiros, as conferências e os avanços e/ou dificuldades da atuação no Subsistema de Saúde Indígena.

(I) A primeira entrevista foi feita com um conselheiro do **Distrito Sanitário Interior Sul**, que tem população de 42.518 pessoas, 16 etnias, 193 aldeias, 65 unidades básicas de saúde indígena, 12 polos-base e nenhuma casa de saúde indígena. A conversa correu bem, mas por ter sido minha primeira experiência com entrevistas, confesso que durante a transcrição notei alguns momentos em que poderia ter aprofundado mais alguns assuntos.

O conselheiro distrital participante informou que o CONDISI Interior Sul conta atualmente com 72 conselheiros, indicados através dos Conselhos Locais de Saúde Indígena de cada polo. Ao ser perguntado sobre o seu dia a dia, suas funções e atividades mais comuns, ele respondeu que trabalha recentemente:

[...]é na verdade mais na parte burocrática, de fazer a prestação de contas, fazer reuniões, solicitação de diárias, passagens...Responder algum questionamento da Funai, das comunidades, do Distrito Federal. Essa é a minha função.

Perguntado sobre a importância da participação na saúde, respondeu que saúde é do corpo, do espírito e do coletivo da população, portanto é importante para sobreviver. Além disso, participar é uma forma de levar conhecimento sobre os povos e suas visões.

O CONDISI seria um expoente que possibilita resolver questões através de planos e reivindicações junto à comunidade e ao conselheiro local. O conselho local é a base para encaminhar as questões para o CONDISI e, em seguida, para Brasília. No entanto, a questão se torna complicada devido aos retrocessos, principalmente relacionados ao enxugamento dos recursos.

Para o entrevistado, a gestão deve fornecer mecanismos para que as coisas aconteçam nas comunidades. É necessário mudar o diálogo e conversar mais com as

lideranças locais para saber o que as pessoas precisam, já que a gestão nem sempre pode ir até as aldeias. É preciso ter uma aproximação maior com as comunidades e ter mais participação dos povos indígenas na gestão, inclusive trabalhando em equipe médica, o que pode ser transformador se houver um médico indígena.

Quando falamos sobre as Conferências Nacionais, ele disse que não participou de nenhuma ainda, somente das Conferências Regionais, mas acredita que são eventos “onde todas as populações indígenas participam, levam suas reivindicações porque é só lá em Brasília que a gente consegue alguma coisa,”. Isso porque, a participação forte, com reivindicação, audiências, seria a solução para atender as especificidades e necessidades dos mais de 300 povos diferentes no Brasil, e nessas conferências, busca-se levar alguns projetos para as aldeias, por exemplo, postinho de saúde, medicamentos, transporte e afins.

Ao ser questionado sobre alguma demanda reivindicada em Conferência que ele tenha conhecimento da consequente efetivação, afirmou que poucas coisas, como criação de um polo-base e da chegada de alguns medicamentos, mas que o postinho de saúde para a aldeia dele – pedido em diversas ocasiões diferentes – ainda não tinha chegado.

Quando o tema da interculturalidade foi abordado, o conselheiro informou que essa dimensão da atenção diferenciada seria melhor exercida se existissem mais indígenas na gestão da saúde, pessoas que realmente entendessem das dificuldades das aldeias para participar da formulação e da execução da política:

[...] e até na coordenação, por exemplo, eu trabalhando sou diferente de um não indígena lá dentro, porque eu sei como funciona nas aldeias. Quando algum parente não sabe falar, eu entendo, eu posso fazer, conseguir aprender melhor do que um não indígena lá dentro.

Ao final, fazendo um balanço da saúde indígena no geral, o conselheiro distrital considerou que o ponto positivo da participação no subsistema seria justamente o CONDISI, porque “dentro do CONDISI tem os próprios indígenas. Mas negativa é quase o geral, não funciona, a gente não consegue ser atendido muitas vezes pelo coordenador, então é muito complicado.” A entrevista terminou sem que o participante quisesse acrescentar alguma outra informação ou casos que o marcaram em relação ao tema da pesquisa.

(II) A segunda entrevista foi realizada com um conselheiro distrital do **DSEI Alto Rio Negro**, que de acordo com os dados do Ministério da Saúde, tem uma população total



de 28.857 pessoas, conta com 54 etnias, 677 aldeias, 14 unidades básicas de saúde indígena, 25 polos-base e 1 casa de saúde indígena.

O diálogo começou com o pedido de que o participante contasse do seu dia a dia no CONDISI, suas atividades de rotina e as especificidades da função. Assim ele respondeu:

A gente tem uma área continental de abrangência, então passa pelo CONDISI tudo que acontece no território, seja de problemas interpessoais da equipe multidisciplinar, de interculturalidade com um profissional que não sabe lidar com nossa população, que muitas vezes tem preconceito ou se apropria de muitos termos técnicos e não conseguem transmitir aquilo para a nossa população, principalmente as de recente contato. Então, fora a representatividade que tem o conselho distrital, onde nós somos solicitados a estar nas reuniões, existem muitos encontros de medicina tradicional promovidos por outras instituições. O dia a dia é esse, além de fiscalizar, acompanhar, fortalecer – como está no regimento interno – promover nossa cultura, a gente aqui cuida de 23 povos então não podemos cometer o etnocentrismo de cuidar somente de uma população.

Ao falar sobre a ocupação dos cargos no Conselho, ele explica que os cargos mencionados na verdade são assentos, e não cargos propriamente ditos. Esses assentos são destinados a gestores, trabalhadores e usuários, além de órgãos e instituições diretamente ou indiretamente relacionados à saúde indígena, como a Secretaria Municipal e a FUNAI. Outro exemplo dado foi o Instituto Federal do Amazonas, que embora não esteja envolvido diretamente na prestação de serviços de saúde, desempenha um papel importante ao qualificar futuros profissionais da área, como tecnólogos e graduados, para contribuir com a implementação de projetos no território, e por isso possui um assento no CONDISI. Havia também um assento destinado às igrejas, apesar de alguns membros da comunidade indígena não terem uma opinião favorável em relação às igrejas evangélicas. Uma determinada igreja local promovia ações de saúde, seguindo as diretrizes do SUS e participava do território por meio de voluntariado e parcerias com instituições, possuindo também um assento.

Ainda sobre o processo de participação no dia a dia, o conselheiro explicou que com base nas demandas da comunidade, é publicado um boletim de serviços que é encaminhado ao coordenador por meio de um sistema eletrônico de informações. O coordenador homologa os pedidos para a SESAI e são desenvolvidos planos de trabalho. Na teoria, todas as proposições para a saúde nas aldeias devem passar pelo conselho local e posteriormente o distrital. A convocação das reuniões em que os projetos são discutidos gera muitos custos e bastante tempo de planejamento para a alimentação dos presentes, impressão de material didático e outros fatores que exigem padronização.

A questão da interculturalidade encontra como obstáculo o foco que os profissionais da saúde têm por dados e indicadores, sendo comum encontrar trabalhadores “angustiados, cheios de folha de papel, que muitas vezes não tem fidelidade”, já que a inserção de dados tem 30 dias de retardo para os sistemas. E sobre outros entraves participativos, ele esclareceu que:

[...] o desafio maior não é do povo indígena entender a saúde, não. É do gestor. De tudo que eu já participei aqui, é o gestor que não consegue entender o controle social. Muitas vezes ele fica com medo. Não consegue se abrir para o diálogo, se fecha, ou então ele pode ser técnico demais, acha que vai produzir alguma coisa sozinho e perde tempo. Porque muitas vezes a indicação do coordenador aqui é política, não é do distrito, e aí ele acha que ninguém o tira, ninguém o manda, e ele se perde na gestão.

Questionado sobre o que ele mudaria na gestão, afirmou que o papel do controle social é recomendar, por isso ele não quer fazer gestão, mas ser consultado e convidado para participar da discussão dessa gestão, com o conhecimento da realidade e do contexto pluriétnico que os indígenas têm. Esse papel também comporta a fiscalização e a denúncia de desvio de função ou finalidade que eventualmente podem ocorrer por parte dos gestores.

Sobre as conferências, considera que representam a instância máxima do controle social indígena, onde é possível adequar aquilo que precisa ser adequado, principalmente na parte de logística, que é o desafio da região Norte. Além da demora na realização dessas reuniões, criticou o fato de que as ações sugeridas são apenas cópia de programas para populações urbanas com a palavra “indígena” na frente, como o caso da “Saúde da Mulher Indígena” ou da “Saúde da Criança Indígena”, pois a terminologia sugere que as políticas serão específicas, mas na prática não “serve de nada”.

Por fim, o participante considera que, legalmente, a participação já é garantida, mas a gestão se trava dentro dela mesma, e a maior necessidade no momento é a atualização da PNASPI e o entendimento de “quem fica em cima legislando”, para que entendam a região Amazônica Norte 1 e Norte 2.

(III) A terceira entrevista foi feita com conselheiro do **DSEI Mato Grosso do Sul**, com população de 79.092 habitantes, 8 etnias, 103 aldeias, 75 unidades básicas de saúde indígena, 15 polos-base e 3 casas de saúde indígena. O entrevistado apontou que ser conselheiro é ser proativo e pensar no coletivo, e que acredita estar fazendo bem sua função nesse controle social.

Pontuou que o DSEI-MS representa em média 80.000 indígenas, 8 populações, 8 etnias, que estão em áreas geográficas um pouco distantes da capital de Mato Grosso do

Sul. É um trabalho árduo, que te faz brigar com o sistema, com outros órgãos: “ser conselheiro de saúde, principalmente na saúde indígena, vou dizer no português claro: é doído”.

A respeito do interesse dos usuários do Subsistema e dos indígenas em geral em participar ou não das políticas públicas, apontou que o ser humano em geral se acomoda, principalmente pela visão negativa envolta na politicagem e nos setores do governo. As pessoas não querem saber ou não gostam de política, mas o conselho é uma forma de ouvir a população, através dos representantes nas aldeias e do debate das demandas em conjunto com as comunidades.

Participação popular é não tomar decisões monocráticas, em respeito as diretrizes da administração Pública, principalmente a impessoalidade. Entender isso e estar no meio da população discutindo as demandas a fim de melhorar o caminho é muito bom. Para isso, o povo não pode se acomodar e deve entender o poder que tem:

Outra coisa que eu sempre digo no meio do meu povo, que eu vejo no conselho de saúde, eu sempre digo para eles que nós somos o parlamento da saúde indígena. A gente discute as demandas na comunidade, depois vem para esse ambiente o voto, o PDSI da saúde indígena, como se fosse o PPA do município, estado e governo federal, e para nós tem o PDSI.

Sobre o Coronavírus, apesar de ser um inimigo invisível, a vulnerabilidade do povo indígena ficou mais visível do que nunca, e o governo deixou de investir e se preocupar não só com essa população, mas com os quilombolas e outros povos. Teria sido uma oportunidade de demonstrar a força do SUS e a necessidade de valorização do sistema, mas o único ponto positivo para ele foi o resgate de alguns costumes e da medicina tradicional:

A palavra vulnerável é, quer dizer, o que eu não tenho muita das vezes é o banheiro adequado, uma casa normalmente adequada. Eu não tenho mais florestas para viver minha vida. E o lado positivo foi de que a gente conseguiu resgatar as medicinas tradicionais. A pandemia mostrou para nós que o Subsistema é forte, o SUS é forte, mas a gente realmente precisa valorizar, né?

Em relação as conferências, segundo o conselheiro não há memória sobre as discussões e ações tomadas durante a quinta reunião que tenham sido realizadas pelo governo. O descumprimento da própria Lei nº 8080, que estabelece a realização da conferência de saúde a cada 4 anos, é citado como um exemplo disso. A falta de cumprimento das obrigações por parte dos governos é destacada a todo tempo, e sugere-se que se cada governo desempenhasse seu papel, haveria uma melhoria mínima na

qualidade de vida da população brasileira. Até o momento, não foram observadas ações efetivas provenientes das conferências que ele participou, o que leva o povo indígena do MS a recorrer ao Ministério Público Federal e outras instâncias de fiscalização:

A conferência é a maior instância de participação popular, né? Só que, até hoje, o governo nenhum, não é nem esse governo que está aí, não foi o outro que estava, que ouve nossas demandas e façam. A gente sabe, ser índio nesse país, governo nenhum, nunca, nunca chegou um presidente assim e falou “está aqui para você, para o seu povo esses recursos, esse benefício para vocês terem uma saúde minimamente de qualidade”. Não tem.

O CONDISI é capaz de engajar a comunidade nesse processo de participação popular, é reconhecido como a entidade que possui o poder de deliberação, e muitas vezes os gestores que não têm experiência ou entendimento sobre conselhos acabam questionando, mas participação é sinônimo de “poder de ação”:

O CONDISI consegue ligar a comunidade nesta forma de participação popular. Primeiro a comunidade, depois o CONDISI e depois Brasília, né? Eu entendo que o CONDISI, realmente ele é a força, ele é ele que tem o poder de deliberação. Essa palavra, muita das vezes, chega um gestor que nunca participou, nunca, não entende de conselho, ele bate em cima dessa palavra. E eu por entender de conselho, eu defendo essa palavra. Poder de decisão. Poder de ação.

Pontuou que o lado negativo da SESAI é a burocracia extrema e a dificuldade em se entender o que é interculturalidade e especificidade no diálogo com os indígenas:

Esse diálogo, muitas das vezes, a gente não consegue entender essa palavra especificidade. Por exemplo, tem profissional aí que nunca viu um índio na vida. E quando a gente fala em participação popular é aí que entra a questão. Se você, por exemplo, trabalha um órgão que atende o indígena e você não entender do indígena, é impossível você trabalhar. A ferramenta que existe para você minimamente entender de índio, é conselho. Então, realmente, o conselho tem esse poder de muitas das vezes, a gente chega a brigar, né? O meu coordenador não consegue entender essa palavra, entra em conflito, né? Então assim eu consigo chegar a Brasília com essa população, mas eu consigo chegar lá de uma forma que eu não queria, né? Eu chego lá “olha, você não atende minha população, você não consegue atender minimamente ao Mato Grosso do Sul, né?” Então a gente vai lá realmente para discutir, não é para passear, é para discutir aquilo que não está sendo cumprido.

De acordo com o relato, ao chegar no controle social, possuía pouco conhecimento sobre saúde, considerando-a algo presente apenas se houvesse disponibilidade. No entanto, ao iniciar a leitura sobre legislação e os direitos e deveres do cidadão, percebeu a importância de se envolver ativamente nessa área, e sugere esse interesse a todos os membros de sua comunidade:

Então assim, essa ferramenta, chamada controle social é muito importante para nós fazer com que a população realmente tem esse espaço, né? É que entenda desse espaço, essa instância de discussão, de procuração, né? De fiscalização. Então assim, é dessa forma.

Encerramos a conversa ponderando sobre os pontos positivos dos espaços de participação, e o conselheiro argumentou que os avanços podem parecer mínimos em relação a alguns dos problemas, mas que são sim, muito significativos:

Desde a época de Cabral a gente vem sendo olhado dessa forma. O Subsistema não foi o governo que colocou, houve perda de vida dos meus antepassados, das pessoas que viveram a constituinte, para que isso fosse inserido, o SASISUS no SUS. Então esse lado, é graças àquela época, né? É para que fosse criado um atendimento de saúde à população indígena diferenciada, houve avanço.

É, e isso já vai fazer 22 anos mês que vem da criação do SASISU, houve avanço? Houve. Antigamente nós éramos atendidos de 6 em 6 meses por um profissional distante. O avanço hoje o que que é? Cada aldeia tem sido agente de saúde, não é? Cada aldeia tem seu postinho de saúde, não é cada nós temos aí hoje as viaturas para tirar o paciente e levar pro hospital de referência de referência, né? Então esses avanços minimamente aconteceram.

(IV) A quarta entrevista foi com um conselheiro do **Distrito Sanitário Yanomami** (onde tem-se o CONDISI Yanomami e Ye'kuana), que tem população de 28.141 habitantes, 19 etnias, 371 aldeias, 38 unidades básicas de saúde indígena, 37 polos-base e 1 casa de saúde indígena. Em um espaço livre, sem perguntas muito específicas, o conselheiro deu um panorama geral sobre a questão participativa, apontando para a falta de compromisso do país com as causas indígenas:

É de super importância, mas é praticamente nossas vozes, o que que a gente recomenda, não são ouvidos, né? A gente faz o trabalho, a gente recomenda, a gente fala, a gente retifica esse trabalho, mas não são ouvidos. O que a gente coloca nos planos, o que está acontecendo e como a gente quer a saúde na comunidade, mas os não indígenas na atualidade do Brasil não ouvem. Eles fazem do jeito deles. E esse jeito deles sempre não dá certo, eles fazem o meio, e não completa o serviço de saúde, e por isso sempre falta a assistência nas comunidades, material. É falta de gestão e organização.

Em relação aos desafios logísticos e orçamentários da região Norte, ponderou que é a gestão que não tem compromisso e planejamento, e os problemas se acumulam, fazendo com que nem o atendimento primário nem o de média e alta complexidade são bem executados, ainda que os padrões epidemiológicos, o garimpo e outras queixas sejam reiterados há mais de 30 anos:

O recurso da saúde indígena tem. O que está faltando é falta de compromisso, falta de gestão, planejamento. Se não tiver planejamento...Esses problemas

empurram na barriga, não é? Esses problemas se acumulam. Então por isso, a população indígena sofre muito, né?

Não considera que o problema seja a ausência da participação em si, mas sua qualidade. Existem aqueles interessados em participar, que coletam demandas e debatem planos para reestruturar o sistema, mas em sua maioria são indígenas sem capacitação que ignoram a potência desse cargo:

Os conselheiros locais e distritais participam, mas não têm capacitação. Eles reivindicam, mas não são capacitados por falta de recursos. Então precisamos atualizar, capacitar os conselheiros Yanomami para saber qual o papel, o que o CONDISI faz, o que o conselheiro faz, a importância de ser conselheiro.

O conselheiro aponta que a legislação, feita por não indígenas, é até “bonita” e contou com certo grau de participação. Porém, na prática, termos como “prevenção”, “promoção” e a própria “participação” não se concretizam, porque além da ausência de indígenas no comando da gestão, existem interferências políticas daqueles que querem explorar a região e seu povo:

Então, é a Constituição federal e também esse subsistema do SUS foram feitos por não indígenas, alguns representantes até participaram. Dentro da lei tá bonito, mas na realidade é completamente diferente. Falam de promoção, prevenção, tudo isso. Mas quando vai ver na real, nem 40%“chega. Talvez 35% do que a gente tanto pede. Não chega. Tem corrupção, tem interferência política de senadores, deputados querendo indicar pessoas para comandar a saúde indígena. E a gente quer também que o governo coloque alguém que entenda de saúde indígena, entenda a realidade, que entenda a cultura, que entenda como é a convivência da população. Talvez assim vá ajudar, mas os políticos colocam gente que não tem conhecimento, perfil nenhum. Por isso estamos muito atrasados. Hoje em dia tem tecnologia e novidades, e tá tudo muito lento.

Ao final da entrevista, em uma espécie de desabafo, sem perguntas específicas ou temas, o convidado contou algumas das tragédias que, em janeiro de 2023, viriam à tona na mídia nacional, em relação a desnutrição infantil, a exploração de garimpeiros e a crise humanitária Yanomami.

Concluiu que a resolução dessas tantas questões permanece incerta, enquanto os agentes públicos buscam justificar as dificuldades em meio a tentativas de se proteger. Uma das justificativas mais problemáticas é atribuir a culpa aos próprios membros da comunidade, alegando conflitos internos que impossibilitam a prestação de atendimento adequado e negociações não só na área da saúde e do controle social, mas também em relação a proteção da Terra e do meio ambiente. Além disso, relatórios de gestão

frequentemente apresentam alegações relacionadas à mobilidade dos indígenas, apontando que o deslocamento até os postos de saúde é difícil e distante, mencionando também obstáculos como problemas de joelho ou mulheres menstruadas, entre outros argumentos absurdos que só evidenciam a agência perversa da própria organização.

(V) A quinta entrevista foi com um conselheiro distrital do **DSEI Minas Gerais e Espírito Santo**, que tem população de 13.671 habitantes, 10 etnias, 77 aldeias, 3 unidades básicas de saúde, 25 polos-base e 2 casas de saúde indígena. Logo no início da conversa, o participante comentou que as reuniões do CONDISI são pontuais, voltadas a problemas práticos e menos em relação a discussões a longo prazo:

Eles me convocam e a gente faz uma reunião a cada 3 meses mais ou menos. Mais assim, quando é relacionado à saúde. Quando não tem combustível, quando falta médicos, quebra algum veículo, demora a chegar remédios, falta de recursos dos planos. Essas são as coisas que convocam a gente para reunir e discutir.

De acordo com a perspectiva apresentada, os conselheiros e outros atores da saúde indígena enfrentam dificuldades ao tentar compreender conceitos e artigos. Indivíduos nativos, mas com habilidades limitadas de leitura e escrita, têm dificuldade em abordar assuntos complexos e técnicos de forma profunda, mas suas opiniões são baseadas principalmente em suas observações do cotidiano, o que fornece panoramas ainda mais fidedignos.

Sobre a realização de debates e a proposição de estratégias durante a pandemia, informou que “não houve nenhuma reunião sobre a pandemia até hoje né, já era pra ter tido eleição, já acabou mandato. Então assim, tá parado, o controle social não fez eleição. O CONDISI ficou ausente na questão da pandemia.”

Elogiou o propósito básico das conferências e como o processo envolve a reunião de demandas em várias esferas. Ao falar da 6ª Conferência, porém, se mostrou insatisfeito e resignado, argumentando que foi só para “cumprir calendário”, e não para cumprir o que realmente se pedia.

Terminamos a conversa falando sobre suas experiências e histórias, oportunidade em que ele pontuou: “Eu participei de 88, eu sou muito antigo nessa luta. Sempre me dediquei a luta dos direitos da gente, dos povos indígenas. Mas tem pessoas que estão lá e não veem isso”. Assim, considera que pessoas de fora, por mais capacitadas que sejam, não vão entender a cultura ou as dificuldades, e muito menos serão capazes de falar em protagonismo sem “vestirem a tanga”:

[...] para quem não conhece o CONDISI, não conhece uma aldeia, ele vê um índio num carro, um carro importado e faz uma avaliação. Quando você vê um índio na aldeia, todo sujinho, ignorante, todo coitadinho, é outra coisa. Então isso muda muito, para quem tá governando, eles pensam assim, “para que que eu vou dar atenção a eles?”.

Por isso que é importante ter pessoas no CONDISI com essa visão. Ir encontrar esse povo, olhar realmente, separar uma coisa da outra. Tem realmente aqueles que trabalham com outras coisas, fazem a vida, tem seus direitos também. Mas tem coitados aqui que não sabem falar um português direito [...].

(VI) A sexta e última entrevista foi com conselheiro do **Distrito Sanitário Pernambuco**, que tem população de 39.543 indígenas, 15 etnias, 224 aldeias, 62 unidades básicas de saúde indígena, 14 polos-base e 1 casa de saúde indígena. O conselheiro entrevistado explicou que falar em saúde é falar de conselhos, e que no conselho local que é formado apenas por indígena e é consultivo, são eleitos um presidente e um suplente para atuação a nível distrital, onde cada povo tem sua representatividade. Depois do nível distrital, escolhe-se um representante a nível de estado (o presidente), que exerce o papel de representar todo do estado (no caso, Pernambuco), inclusive no FPCONDISI – que se reúne de tempos em tempos e Brasília.

Ao ser perguntando sobre o FPCONDISI, o entrevistado conta que é uma instituição também consultiva, mas importante, pois os estados estão todos ali com reivindicações e informações diversas, e o presidente tem autonomia para demandar não só nas reuniões, mas acionar outras instâncias – como o Congresso Nacional – a fim de fortalecer a política a nível nacional. Questionei sobre a suspensão do Fórum, e ele confirmou ter ocorrido na gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro, que antes de terminar o mandato “fez o Fórum voltar”.

O conselheiro conta que o CONDISI-PE tem 28 conselheiros, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores, mas que estão pedindo a complementação desse montante para 40, pois “tem alguns povos que ressurgiram, que ainda não tem assento, então a gente está lutando para que esses povos possam ter a sua representatividade dentro do CONDISI”. Esses povos seriam aqueles de etnias e aldeias que:

Durante um tempo ficaram num anonimato, não é? Sem ser reconhecida e que passaram a lutar pelo seu reconhecimento. E agora, uma vez reconhecidos, eles estão lutando para garantir assento, né? Na discussão da política de saúde indígena e em outras políticas.

Conversamos um pouco sobre a política pública de saúde e o que representa participar dela no Brasil. O entrevistado disse que sem a participação popular os indígenas



não estariam onde estão hoje, em qualquer política, seja na educação, na saúde ou em projetos de sustentabilidade, mas que essas políticas precisam avançar muito, principalmente porque não foram concebidas para populações historicamente marginalizadas, razão pela qual ainda não se tem uma mentalidade voltada para a concretização desses planos:

[...] as políticas públicas, elas não foram pensadas para os segmentos historicamente excluídos, né? Então, até essas políticas acontecer de forma a contento das populações é muito difícil. Primeiro porque mesmo quando há uma legislação que garante isso, a gente ainda não tem recursos humanos que tenham a capacidade de entender isso, de praticar recursos humano que eu quero dizer suficiente nos órgãos públicos, né? Que entendam como deve se dar na prática essa assistência, então eu acho que a além da a gente garantir políticas, garantir uma legislação que defina essas questões, a gente também tem que trabalhar para que os recursos humanos, eles estejam preparados para entender que isso não deve ficar apenas no papel. Deve sair do papel e acontecer na prática.

Sobre as estratégias adotadas durante o isolamento social e a importância da participação, o convidado apontou as dificuldades e técnicas “não oficiais” utilizadas, como as barreiras sanitárias, resultado da inércia governamental:

Muito difícil, porque de um lado havia uma resistência da própria população de permitir que as próprias equipes viessem de fora para dentro do território. A gente teve grandes problema. A própria SESAI, de início, não teve pernas para atender. Apenas um território aqui no estado de Pernambuco conseguiu montar um hospital de campanha, que foi o povo Xukuru.

Em relação ao significado de interculturalidade e as formas tradicionais de organização e autonomia, apontou que as dificuldades surgem da sobreposição das formas hegemônicas de conhecimento sobre aquelas consideradas “diferentes”:

Isso porque, na maioria das vezes os coordenadores ou os trabalhadores da área de saúde, eles têm uma formação que vê a saúde como universal e a saúde universal, ela vem justamente para romper com o modelo de saúde tradicional, mesmo sabendo da eficiência e que durante séculos os nossos povos sobreviveram com a saúde tradicional. A gente tem que preparar os nossos profissionais para entender, né? Que de fato existe uma realidade que é diferente e precisa ser respeitada.

Então eu acho que tem que haver essa relação. Tem que haver esse diálogo entre o tradicional e o convencional. Porque enquanto isso não houver, vai haver sempre a sobreposição do convencional sobre o tradicional e isso fere o nosso modelo de organização. Isso fere a nossa organização e desconsidera a nossa especificidade. Então eu particularmente, eu vejo dessa forma, sabe, Déborah?

Pontuou que a legislação garante a assistência aos povos originários do Brasil, dando o direito a uma saúde específica e diferenciada, mas o Poder Público não se compromete na prática:

eu sempre reflito o seguinte, a gente tem governos que se aproxima mais daquilo que a gente entende que é importante para assistência dos nossos povos e tem outros que sequer olham para essas situações. Tanto em um caso como no outro, nenhum faz 100%.

Segundo a opinião expressa, observa-se a falta de diálogo entre o Distrito Sanitário, o Conselho de Saúde e o próprio município, que, idealmente, deveriam atuar em parceria, conforme garantido pela Constituição. No entanto, ao chegar aos municípios, muitas vezes ocorre discriminação, pois é comum ouvir a afirmação de que "os assuntos indígenas são responsabilidade da Funai e da SESAI, não do município", apesar de o município também receber recursos para essa finalidade.

Comentou que mudaria alguns comportamentos na gestão da saúde indígena, principalmente em relação às parcerias que os atores deveriam ter:

Então, o que eu mudaria era justamente isso, a forma de atuar. Tanto é que eu estive no DSEI agora na posse da coordenadora do DSEI e eu disse para ela o seguinte, aqui a gente não está vivendo uma competição, a gente está querendo desenvolver um trabalho onde as parcerias são de fundamental importância. A gente tem que ver o coordenador como parceiro e o coordenador tem que ver o controle social também como parceiro, e dentro dessas parcerias a gente buscar outros parceiros para poder atuar e fazer acontecer a saúde indígena.

Sobre os avanços e pontos positivos do controle social, considera que durante muito tempo as decisões eram todas unilaterais, envolviam somente a vontade dos outros que “mandavam de acordo com aquilo que achavam, dentro do gabinete, sem saber se era bom ou não. Não se podia questionar”. Hoje, existem possibilidades de conversa com ministros, com o Congresso, as lideranças tentam mobilizar esforços para que as políticas aconteçam de fato:

E a gente exercendo esse papel democrático, eu creio que a gente conseguiu avançar. Já citei, no caso do nível, a nível central, a presidente da Funai, a ministra dos povos originários, o secretário da SESAI e hoje aqui no estado de Pernambuco a gente tem uma indígena, do povo Pankararu, que também está a frente do distrito, também é coordenadora do distrito Pernambuco, que foi uma reivindicação nossa aqui, foi através da nossa mobilização.

## 2.4 RESULTADOS E NOVOS QUESTIONAMENTOS

Com base nos dados levantados, o texto retomará alguns dos conceitos e apontamentos do primeiro capítulo, argumentando que os discursos oficiais podem ser ambíguos e inconsistentes no que diz respeito a participação popular indígena. Assim, apresentam-se novos problemas de pesquisa que se somam e/ou se justificam, como veremos a seguir.

Os conselheiros entrevistados usam frequentemente dispositivos e leis para amparar seus argumentos, além de categorias como gestão, controle social, atenção diferenciada, interculturalidade, democracia e cidadania serem apropriadas por eles no sentido dos discursos oficiais, mas no sentido de evidenciar os hiatos dos conceitos com a prática. Termos como estes existem no imaginário político indígena com força suficiente para mobilizarem estratégias institucionalizadas e não institucionalizadas de participação e movimentos.

As Conferências Nacionais, de forma unânime, foram apontadas como o momento mais importante do controle e da participação, como a “instância máxima”, porque os debatedores são conhecedores da realidade indígena e a Administração Pública fica vinculada a ouvir aquelas demandas. Porém, independente de todo o trabalho, dos gastos e esforços relacionados as reuniões locais e distritais, o resultado das deliberações se torna mais um relatório burocrático, extenso e de “fachada”.

O Conselho Distrital foi apontado como espaço para se ouvir as demandas, discutí-las e reivindicá-las, ou seja, mecanismos capazes de ligar o indígena aldeado a Brasília. Entretanto, novamente, seriam espaços assimétricos quando se fala no poder de transformar a saúde, pois parece existir um manejo na ideia de participação que muitas vezes se limita à realização de reuniões, e nada se relaciona a tomar decisões e gerir mudanças.

As entrevistas trouxeram dados que corroboraram com aqueles levantados na análise dos relatórios das conferências, além de informações que acenderam novas dúvidas para a pesquisa. Se inicialmente buscamos entender como as categorias de participação, leis, conselhos e conferências seriam significativas para os indígenas, agora buscamos também descobrir: até que ponto a própria diversidade seria enquadrada em mecanismos de poder, nos quais o controle social se torna uma abstração sem capacidade política?

Por que a “gestão” é mobilizada da forma como é? Estamos falando de protagonismo ou de pequenos espaços de fala e aparições que contrastam o poder dos indígenas e dos verdadeiros gestores? Retomando a Figura 1 – Organograma da Secretaria de Saúde Indígena – é possível perceber como muitos cargos possuem “gestão” no nome e raramente são ocupados por indígenas, que se limitam a serem delegados ou conselheiros.

A interculturalidade, parte importante da estruturação do SUS e da PNASPI, encontra espaço para se concretizar em meio a ênfase que os profissionais não indígenas dão a aspectos administrativos? A própria burocracia, nesse sentido, poderia desautorizar a interculturalidade, pois o contexto é de concessão e hierarquia, e não de horizontalidade.

A burocracia foi outra categoria muito mobilizada. A fixação por indicadores e papelada, os processos fadigosos para registro de demandas, a convocação de reuniões para cumprir calendário ao invés de formular verdadeiras mudanças, entre outros exemplos de uma gestão operacional que trava em si mesma ao mesmo tempo em que gere assimetrias, o tempo e a ausência da autonomia.

Onde a democracia participativa se cria? Caracterizada por um modelo que enfatiza os movimentos sociais e a ampliação do envolvimento da sociedade civil no espaço político, aparece nas falas e nos relatórios como sistema que garante a existência digna e a saúde como direitos fundamentais, mas parece distante da realidade de quem vive nas aldeias e sente na pele os problemas da precarização da vida.

Argumentamos que existam relações entre burocracia e violência simbólica, a partir de formas de poder que não só atualizam a violência colonial de hierarquias territoriais e dominação física, mas violam também epistemologias e culturas de forma tão rotineira e velada que acabam por se naturalizar.

Outro destaque foi o fato de que, com exceção do governo de Jair Bolsonaro (2018-2022) – apontado como um dos períodos de maior retrocesso na história pelos conselheiros – os participantes não atribuíram problemas ou progressos a outros governos específicos. Pelo contrário, apontaram sempre que “nenhum governante” ou “nem um governo nem outro” se dedicaram a questão indígena no Brasil, e as tensões são contra o Estado em sua estrutura primal, ou como um dos próprios entrevistados disse: “desde a época de Cabral”.

Outros resultados serão diretamente ligados à importância da participação até o presente. Tanto as entrevistas quanto os relatórios não incorrem no maniqueísmo de

enxergar a participação popular como inútil, e sim como uma estrutura que tem problemas, mas merece ser valorizada como o campo de possibilidades que representa.

Muitos foram os exemplos de “pressões”, “barulhos” e outras formas de participação não oficiais ou institucionalizadas, algumas até mesmo desautorizadas, que os povos utilizam para garantir a prestação de serviços e direitos fundamentais. São visualizadas verdadeiras táticas de guerrilha, ora localmente eficazes a curto prazo, ora eficazes a longo prazo e a nível nacional, como foi o caso da criação da SESAI, “depois de muita luta e reivindicação”. Veremos esses exemplos no último tópico do próximo capítulo.

Nos atentaremos, portanto, para além dos problemas que orbitam a participação, para a natureza profundamente política desses pequenos poderes simbólicos do cotidiano que não acontecem da forma prevista nos discursos oficiais, mas representam passos em potencial na retomada da autonomia e do protagonismo. Serão analisados alguns exemplos participativos nesse sentido, como o Ministério dos Povos Indígenas, as candidaturas de indígenas ao Poder Legislativo e o estudo dos recentes movimentos constitucionais na América Latina.

## **CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE CONTEÚDO: CATEGORIAS QUE ORBITAM A PARTICIPAÇÃO**

### **3.1 DEMOCRACIA E INTERCULTURALIDADE (LONGE DAS ALDEIAS)**

A Constituição Federal de 1988 é fruto do processo de retomada do poder pelo povo, após os anos de ditadura no país. Além de consagrar o Estado brasileiro como uma República Democrática, o espectro da pluralidade étnica e cultural também veio a ser oficialmente reconhecido com a promulgação desta Carta, como já informado por FERREIRA (2015).

Na época, com uma população de aproximadamente 890 mil pessoas, os povos indígenas representavam mais de 230 etnias, falantes de 180 línguas, com organizações e sistemas bem distintos entre si e entre as regiões do território, e por isso traziam uma valiosa contribuição para a diversidade sociocultural do país. A Constituição, ao “superar” a tutela sobre a pessoa indígena e reconhecê-la como cidadã brasileira, garantiu uma série de direitos e liberdades, e o discurso do Estado passou a enfatizar as ideias de autonomia, interculturalidade e protagonismo indígena.

Portanto, a Constituição Federal se apresenta como esse marco que instaurou as bases das políticas públicas voltadas para a consolidação dos direitos diferenciados dos povos originários, a partir das premissas da participação, do respeito à dignidade da pessoa humana e da celebração da diversidade. Entretanto, a partir dos dados e evidências coletados na pesquisa, e em conjunto com a literatura de referência que também já questionava essas questões, iniciamos o capítulo tratando justamente das fragilidades e lacunas dessa democracia participativa que tanto celebra o pluralismo étnico-cultural, mas não parece, ainda, chegar nas aldeias.

#### **3.1.1 Democracia participativa**

Tratando inicialmente da questão democrática, deve-se esclarecer que a literatura das Teorias Democráticas costuma se apresentar dividida entre a democracia dos antigos e dos modernos, sendo a última subdividida em várias outras correntes, aqui se destacando duas delas: a teoria de democracia representativa e a teoria de democracia participativa. É notório que a democracia dos modernos tem como principal base o sistema representativo, este que se consolida entre os séculos XVII e XIX com a predominância

das relações personalistas e de confiança entre eleitorado e representantes, e a ampla independência dos eleitos na tomada de decisões. Entretanto, este sistema passa por diversas crises e se torna alvo de críticas e reformulações, deixando o cenário da teoria política aberto para intensificação das teorias sobre as várias formas de participação.

O tema dos espectros de possibilidades de participação política e suas consequências nas composições governamentais não é novo e remonta à Grécia Antiga, onde as variações políticas se baseavam em quem participava dos processos decisórios. Os iluministas buscaram adaptar a concepção democrática aos Estados-Nação modernos, e a teoria de Rousseau é vista como um pontapé para a democracia participativa. Na contemporaneidade, surgiram teorias participacionistas que propõem a implantação de instituições políticas participativas para além da representação nas eleições, argumentando que a democracia efetiva depende da participação.

A partir do exemplo de Carole Pateman (1992), podemos dizer que os partidários da democracia participativa se preocupam com a participação das massas na política. Se para os defensores da democracia representativa, poderíamos ou deveríamos limitar o acesso das massas à eleição, os participacionistas incentivam a participação, sob a premissa de que ela é pedagógica.

Macpherson (1977) elucida que a democracia participativa é caracterizada por um modelo que enfatiza os movimentos sociais e a ampliação do envolvimento da sociedade civil no espaço político, através da combinação dos mecanismos da democracia representativa com formas diretas e indiretas de participação dos cidadãos, como os conselhos. Nesse sentido, a democracia não se resume apenas à representação, mas envolve principalmente a participação da sociedade civil.

Os autores contemporâneos dessa teoria se organizam com base em uma crítica geral à representação, mas diferem em outros aspectos, principalmente na ênfase em que cada um dá para a participação. Visualizam-se quatro premissas gerais:

(I) A democracia diz respeito à participação direta dos cidadãos na tomada de decisões, logo, para além da escolha de um corpo legislativo/executivo, é possível se implementar instituições e espaços que permitam a participação direta no governo. São inúmeras possibilidades do cidadão tomar partido nas decisões governamentais, como ocorre nos conselhos e outras instituições. O objetivo é ampliar, para que o governo não tome decisões estando afastado do povo;

(II) Há uma igualdade política entre os atores sociais. A vida em sociedade pressupõe a ideia de uma igualdade, tanto de oportunidades quanto de possibilidades de participação. Estaríamos, portanto, diante uma ordem de iguais;

(III) A participação é educativa, ou seja, pedagógica. Esses autores entendem que a participação fomenta uma maior adesão cívica, maior adesão à coisa pública; e

(IV) Formas participativas de democracia são mais efetivas que as outras e refletem diretamente as demandas dos cidadãos. A interlocução entre cidadão e governo se faz mais efetiva aqui do que na representação, por exemplo.

Nota-se que aplicamos o termo “teorias”, no plural, pois a palavra é polissêmica, é uma categoria política e teórica e recebe pesos diferentes de acordo com autor ou a sociedade. Logo, a participação é multidimensional e não monolítica, apesar de que isso pode gerar também dificuldades para o estudo, visto que entender os efeitos da participação é tarefa arriscada.

Por fim, destacamos a existência de três grandes linhas interpretativas para a participação: (a) participação enquanto prática política; (b) enquanto categoria que só pode ser entendida com a deliberação e representação, ou seja, são três mecanismos que se somam e; (c) enquanto ato institucionalizado.

Devemos ressaltar que a promoção da participação social institucionalizada, manifestada por meio de organismos consultivos e eventos de discussão, tem como propósito justamente introduzir essa dinâmica de democratização do Estado, permitindo maior envolvimento e ação da sociedade. A base conceitual subjacente à implementação de novos mecanismos de participação, capazes de influenciar a configuração democrática do Estado, é resultado da combinação entre a democracia representativa e a democracia participativa. Nessa abordagem, esses espaços têm como objetivo não apenas promover inclusão e igualdade, mas também fortalecer a autonomia dos atores sociais (COSTA; VIEIRA, 2013).

O processo de participação é complexo e nem sempre segue um caminho linear em relação aos avanços desejados, dependendo das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de "cidadania ativa", na qual o cidadão é reconhecido como detentor de direitos e deveres, especialmente como agente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (COSTA; VIEIRA, 2013).

Para o filósofo e antropólogo Gersem dos Santos Luciano Baniwa (2006), com a promulgação da Constituição de 1988, estabeleceu-se uma nova etapa na relação entre o



Estado brasileiro e os povos indígenas. Embora o Estatuto do Índio não tenha sido suspenso, a Constituição encerrou juridicamente o regime tutelar e instituiu um tratamento diferenciado aos direitos indígenas, reconhecendo a autonomia e as particularidades culturais de cada povo. Entretanto, o autor preleciona que a violação dessas garantias é a regra nas relações desses povos com o Estado brasileiro. Isso se aplica também na questão da cidadania diferenciada, que para o autor, depende também do diálogo intercultural nas decisões que lhes dizem respeito.

Apesar de todos os pontos positivos que a teoria da democracia participativa parece oferecer, como qualquer outra, muitas também são as críticas direcionadas a esta corrente, bem como as suas reinterpretações por autores que, a partir da inferência central participacionista, trouxeram novas problemáticas e abordagens para o jogo dos estudos políticos.

Em resumo, a teoria “original” da participação revelava preocupação com as condições de efetividade da participação e questionava também a fronteira que separa o espaço público de espaços que seriam impermeáveis a práticas democráticas. Não obstante, existem hierarquias civilizatórias em todas as sociedades ao redor do mundo e o capitalismo permanece sendo um grande obstáculo à expansão da participação política, principalmente porque não existe igualdade de oportunidades entre os atores.

Falamos em controle social por diversas vezes até aqui, nos referindo aos instrumentos criados pelo Estado para promover a "gestão estratégica e participativa" ou, de forma mais abrangente, a democracia direta na política de saúde. Carla Costa Teixeira (2018), fazendo apontamentos sobre o binômio “saúde e democracia” do SUS, considera que a política pública deve contemplar reflexões e mecanismos que levem em consideração a assimetria entre aqueles que estão envolvidos diariamente na política (em diferentes níveis hierárquicos de gestão) e aqueles que são convocados apenas periodicamente para participar.

Complementa sobre a democracia participativa e suas limitações, que as desigualdades estruturais são problemas maiores que o modelo democrático e o controle social em si (TEIXEIRA, 2018, p.116):

Haveria que considerar, portanto, que (i) a democracia participativa tem como pressuposto a alienação da maior parte da população em prol dos que se dedicam ao exercício rotineiro da política e que (ii) tal alienação engendra hierarquias de poder e de saber difíceis de serem revertidas. **Assim, as dificuldades do exercício do controle social não seriam tratadas principalmente como problemas surgidos na implantação do modelo, a depender do tipo de gestor ou de conselheiro, mas da posição estrutural**

**destes atores, sendo, desta forma, uma limitação a ser enfrentada pelo próprio modelo participativo em si.** (grifos nossos).

O Estado Democrático de Direito pressupõe intervenções que assegurem a autonomia de todos, mas como é possível concretizar políticas diferenciadas para indígenas, quilombolas, ribeirinhos e outros grupos étnicos nesse mesmo Estado construído a partir do individualismo e da universalidade de direitos (NEVES, 2017)?

E as intervenções dos conselheiros sobre a democracia foram também nesse sentido. Existe a ideia de que participar é democrático, mas que esse sistema, da forma como é, talvez seja insuficiente para lidar com vários grupos e assimetrias. Para o participante do CONDISI Yanomami-Ye'kuana: “Fazemos essas propostas importantes com o que a gente conhece e acredita que vai dar certo e eles não ouvem. Mas a gente participa, faz parte da democracia, faz parte do sistema. É difícil o branco ouvir nós.” Já para o conselheiro pernambucano:

A gente exercendo esse papel democrático, eu creio que a gente conseguiu avançar. Embora a democracia, eu vejo a democracia também como modelo excludente de atuação. Mas ainda é o modelo mais eficaz que a gente tem no nosso país. Mas a democracia ainda nos ajuda a fazer algumas coisas que sem dúvida alguma são boas.

Refletir sobre essas inconsistências nos permite avançar no sentido de que as relações cotidianas que envolvem todo esse sistema democrático de cidadania ativa, na verdade revelam dominações simbólicas e políticas nesses grupos, até mesmo em nome do progresso na conquista de direitos pelos povos indígenas (TEIXEIRA, 2013).

Não bastassem as falhas da democracia participativa no próprio contexto hegemônico, lidando com diferentes cosmovisões – a exemplo das indígenas – esses ideais democráticos não funcionam também por não corresponderem à realidade de organização e autonomia desses povos. Para Luciane Ouriques Ferreira (2010, p. 91):

As políticas públicas, como ferramentas do Estado moderno democrático, criam oportunidades para que aqueles que se encontram em posições subordinadas exerçam o seu controle sobre os poderes hegemônicos. Talvez, por isso, grandes partes dos programas de Estado não alcancem os resultados inicialmente planejados, pois, no âmbito local, as forças que configuram a realidade sociocultural estão organizadas sobre outros princípios e outros valores.

Não se trata de colocar a democracia como simplesmente boa ou ruim. Existem muitos mecanismos de democracia participativa importantes, principalmente se considerarmos democracia apenas em aspecto formal, procedimental. Como ensina

Behring (2000), devemos ter em mente que esses mecanismos convivem com muitos entraves quando se trata de tomar decisões substantivas acerca dos direitos, e podem levar a uma perigosa ideia de autonomia na qual os espaços criados institucionalmente não garantem poder real de decisão, até por influência do poder técnico dos burocratas, o que reforça o argumento de assimetria já apresentado por Teixeira (2018).

Para os fins objetivados neste estudo, consideramos que um dos principais problemas desse modelo é que ele não parece ter sido formulado especificamente para um momento ou uma estrutura de sociedade desigual, como acontece na América latina, na África ou na Índia. O que propomos com isso é justamente que, em sociedades nas quais observamos o “capitalismo periférico”, além de desigualdades estruturais históricas e processos variados de opressão e dominação, falar em democracia participativa e presumir a igualdade no acesso aos espaços de participação pode parecer inútil ou até mesmo cínico.

Não só as inúmeras organizações políticas indígenas do Brasil podem não se identificar com a estrutura de democracia ocidental, como esse modelo pode ser muito discutível quando nos atentamos para o baixo impacto nas políticas públicas dessa democracia de procedimentos que, diante da pluralidade, não se transforma em uma democracia de resultados.

### 3.1.2 Contradições nos manejos da diversidade

Em relação ao segundo ponto – qual seja, o pluralismo que produz a interculturalidade – também deve existir uma análise mais aprofundada do discurso legal e/ou oficial por parte do Estado, que não parece se sustentar quando falamos da saúde indígena. Pretende-se aqui a discussão não só dessa categoria, mas de outras correlatas – como a própria noção de participação, controle social ou cidadania – em que as relações do Estado com os povos indígenas se mostram tensas e contraditórias.

Novamente com base nos ensinamentos de Luciane Ouriques Ferreira (2015), vários são os estudiosos que enquadram a interculturalidade como um desdobramento do multiculturalismo e esse, por sua vez, como uma técnica do modelo neoliberal para o gerenciamento da diversidade nos Estados. Isso significa que o Estado tem a possibilidade de valorizar a cultura hegemônica enquanto marginaliza o diferente, o outro, o subalterno mais ou menos exótico.

A ideia de “multiculturalismo” é muito presente na América Latina, mas não tanto no debate brasileiro, que traz na Constituição de 1988 a questão da diversidade como mote, sem se amparar expressamente nessa terminologia. Entretanto, esse paradigma em nosso país também parece não questionar ou tentar mudar as assimetrias históricas dos povos, e se limita a colocar a população indígena em um tópico apartado e com certo grau de abstração.

Não só a Constituição, mas a PNASPI também veicula a ideia da interculturalidade como princípio da política pública sem conceituá-la substancialmente, o que contribui para uma gama de interpretações e usos que podem ser pautados em estereótipos, além de reforçar as relações hierarquizadas dessa zona de contato. E é esse o cenário por trás do Subsistema de Saúde atualmente, processos permanentes de negociação entre agentes diversos, sem consensos sobre as categorias e altos níveis de abstração nas noções que decorrem da interculturalidade – como atenção diferenciada e articulação dos serviços aos sistemas tradicionais indígenas.

Por vezes celebrada, a cultura é também vista como barreira, como os entrevistados indicaram em algumas respostas. Tanto gestores quanto profissionais de ponta, por vezes podem enxergar as culturas indígenas como obstáculos, e isso evidencia que o diálogo intercultural pode vir também alinhado a teorias e comportamentos que essencializam ou até infantilizam a cultura, principalmente pela hegemonia da biomedicina. Para TEIXEIRA (2008, p. 345-346):

A consideração da diversidade cultural nunca o é de forma densa e articulada, sendo ora mero pano de fundo ou recurso retórico e imagético, ora instrumento para antecipar dificuldades na execução das transformações almejadas nas ações de saúde e saneamento.

Colacionamos a fala do conselheiro distrital do Alto Rio Negro, que enfatiza a dificuldade da equipe, e principalmente do gestor, de entender o intercâmbio igualitário entre culturas:

Mas na **questão da interculturalidade**, alguns gestores que passaram pelo distrito, eles focam em dados. A gente observa a saúde, o desafio maior não é do povo indígena entender a saúde não. É do gestor. De tudo que eu já participei aqui, é o gestor que não consegue entender o controle social. Muitas vezes ele fica com medo. **Não consegue se abrir para o diálogo**, se fecha, ou então ele pode ser técnico demais. (grifos nossos).

Para relembrar, em outras vezes o tema da interculturalidade apareceu nas entrevistas com falas do tipo: “seria melhor exercida se existissem mais indígenas na gestão da saúde, pessoas que realmente entendessem das dificuldades das aldeias para

participar da formulação e da execução da política”; “Esse diálogo, muitas das vezes, a gente não consegue entender essa palavra especificidade. Por exemplo, tem profissional aí que nunca viu um índio na vida”; e problemas pela sobreposição da saúde ocidental como universal, em “desrespeito com as formas tradicionais de saúde indígena”. Sobre o tema, Rita de Cássia Neves (2017, p. 318) preleciona que a dificuldade tem dois gumes, e se estende também aos profissionais da saúde que são vistos como executores de uma política generalista e prefixada, ainda que não representem o alto escalão da burocracia:

Os conceitos de interculturalidade e outros, tais como, intermedicalidade, participação social, atenção diferenciada e controle social, são importantes do ponto de vista teórico, mas efetivamente acabam se transformando em conceitos vazios de significados práticos. Quando afirmo que na interculturalidade deve se esconder uma reivindicação – a de não se conformar com a dificuldade para a convivência – e que esta não significa apenas participar de reuniões distritais, conferências ou votar temas em pautas fixas, não estou afirmando diretamente que o modelo do sistema como um todo está equivocado, ou que apenas os indígenas são excluídos de participação efetiva. **Na verdade, a dificuldade também se encontra entre os prestadores de serviço – demais profissionais de saúde – que em sua maioria não são ouvidos e que embora convivam intimamente com a população com as quais trabalham, são tratados e considerados apenas como executores de uma política pré-estabelecida e globalizante.** (Grifos nossos).

Conforme mencionado no primeiro capítulo, nosso ordenamento trouxe marcadores sociais da diferença como conceitos jurídicos, a fim de apresentar e referendar principalmente esse discurso da diversidade cultural em nossa redemocratização, além de definir as condições para utilização dos direitos, abordando uma hipotética emancipação das coletividades indígenas.

Porém, se usamos como exemplo a noção de “cidadania”, nem sempre um Estado adota aquela capaz de incluir o reconhecimento do direito de diferenciação legítimo que garanta a igualdade de condições que permitam aos povos indígenas serem cidadãos plenos sem deixarem de ser membros igualmente plenos de suas respectivas sociedades (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012).

Se considerarmos que cidadania é o conjunto de direitos e deveres legitimados por uma sociedade política, entenderemos que é possível a coexistência de múltiplas cidadanias em um mesmo espaço político territorial, pois comunidades diferentes possuem valores, símbolos e reivindicações distintas.

A cidadania plena dos povos originários estaria efetivada pela reunião das garantias dos direitos coletivos, por exemplo: educação em nível de ensino fundamental de caráter bilíngue e intercultural aos povos indígenas (art. 210, §2º); proteção

manifestações das culturas indígenas (art. 215, §1º); reconhecimento aos povos indígenas a organização social, costumes, línguas e direitos originários sobre terras que tradicionalmente ocupam (art. 231, caput); o direito a consulta aos povos indígenas para autorização de aproveitamento de recursos hídricos, energéticos e minerais situados em seus territórios (art. 231, §3º); a capacidade civil plena e legitimidade ativa individual e coletiva para ingressar em juízo. (art. 232).

Contudo, o potencial emancipatório da cidadania é limitado e até mesmo ignorado, diante de impasses jurídicos, econômicos, sociais e políticos que apontam o fato de as relações coloniais internas de cada país agirem como verdadeiros freios para o verdadeiro respeito pluriétnico, além das velhas constituições serem vanguardas retóricas para os Estados neoliberais.

Alguns exemplos desses entraves previstos na própria Constituição de 1988 são: língua portuguesa como idioma oficial (art. 13); a União legisla privativamente sobre populações indígenas (art. 22, XIV); o Congresso Nacional possui competência exclusiva para autorizar, em terras indígenas, a exploração e o aproveitamento de recursos hídricos e a pesquisa e lavra de riquezas minerais (art. 49, XVI); aos juízes federais compete processar e julgar disputas sobre direitos indígenas (art. 109, XI); é função institucional do Ministério Público de defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas (art. 129, V).

Em se tratando da saúde indígena especificamente, algo que se destaca é o fato de a legislação ter estabelecido a criação de espaços de participação para as organizações e comunidades indígenas, quando, ao mesmo tempo, institucionaliza esses espaços com base em pressupostos que diferem dos modos indígenas de organização social e política. Assim, mais uma vez não resta clara a real dimensão do exercício pleno e autônomo dos povos indígenas na garantia de seus direitos.

Não se trata de desprezar o potencial renovador dos instrumentos jurídicos pós-coloniais, principalmente estes que na América Latina representaram o fim de períodos ditatoriais, pois eles carregam força normativa suficiente para introduzir novas categorias e debates às relações políticas sociais e institucionais, apesar do caráter liberal e dos problemas e contradições. Porém, parece persistir um hiato entre os textos normativos subjacentes – que já são falhos por si próprios – e a vontade política destes Estados, e é justamente essa lacuna que buscamos entender, através do mecanismo da participação. Estariam os governos utilizando das brechas legais para a execução de suas políticas? Pode também ser uma hipótese.

E quando falamos em contradições ou ambiguidades, queremos falar das abordagens normativas que consagram a alteridade dos povos indígenas, mas que deixam brechas para um manejo contraditório dessa diversidade. As Constituições, os Tratados, a legislação infraconstitucional, as Conferências e os espaços criados para permitir a participação popular na saúde, a exemplo dos Conselhos Distritais, parecem sempre apresentar restrições ao reconhecimento integral da cultura, porque (a) ou condicionam o controle e a participação em geral às instituições públicas formadas majoritariamente por não indígenas; (b) ou porque são incapazes de igualar o status de “culturas” diferenciadas ao da inabalável cultura “patriota”; (c) ou ainda pelos problemas conceituais citados anteriormente, cujas definições dos sentidos dependem de tradução intercultural que o Estado não parece querer bancar.

Ensinam Carla Teixeira e Cristina Dias da Silva (2019, p. 11):

[...] o próprio modelo de participação política e suas condições institucionais que legitimam os povos indígenas – que já são excluídos das instâncias formais legislativas e de decisões superiores de distribuição de recursos, e também das igualmente importantes redes de relações pessoais que influenciam aqueles no poder – de serem também excluídos da administração diária que reproduz, acomoda e readapta as relações de poder dominantes, materiais e políticas (Tradução livre).<sup>19</sup>

Beltrão e Oliveira (2012, p. 724) também informam a importância dessa discussão sobre as definições político-ideológicas em torno da cidadania e do poder, pois os conflitos permanentes produzidos envolvem direitos individuais e coletivos, soberania política estatal e autonomia dos povos originários, além de “graus assimétricos de reconhecimento normativo dos marcadores sociais da diferença, em especial àqueles constituintes da livre determinação dos povos indígenas.”

Arremata Cristina Dias da Silva (2020) que, se analisarmos a atuação política dos indígenas apenas nos espaços formais de participação nas políticas de governo, nem sempre vislumbramos um contexto colaborativo e verdadeiramente pluriétnico, como o que vemos em fontes diversas de legitimidade. Com isso, não é possível conceber uma noção de cidadania em sentido estrito, se as cosmovisões dos próprios indígenas não forem devidamente consideradas.

---

<sup>19</sup> Texto original: “[...] it is the very model of political participation and its institutional conditions that make it legitimate for Indigenous peoples – who are already excluded from formal legislative instances and from top-level decisions on the distribution of resources, as well as from the equally important networks of personal relations that influence those in power – to also become excluded from the daily administration that reproduces, accommodates and readapts the dominant material and political relations of power.”

Todos esses manejos da diversidade, formas de mediação, zonas de contato, discursos oficiais, tradições tutelares ou outras expressões cunhadas por nossos marcos teóricos apontam para o mesmo sentido: são processos que emergem de variadas formas de colonização dos saberes, através de um método que essencializa as identidades. E a saúde é uma forma estratégica de intervenção estatal, na qual as diversidades são gerenciadas como parte de uma disputa simbólica maior; disputa essa que define o exercício de um “biopoder diferencialista” (BOCCARA, 2005), como veremos no tópico a seguir.

Com o suposto propósito de promover a cidadania e respeitar a diversidade, técnicas estatais buscam implementar, em nome do bem-estar das comunidades indígenas, a incorporação das práticas e valores hegemônicos, de forma que as tradicionais fiquem sempre subalternizadas.

O que pretendíamos nesse tópico, era elaborar que a Constituição de 1988, de forma muito sucinta, assegurou aos indígenas o direito a serem indígenas, contudo, sem reconhecer a autoridade política das formas de organização tradicionais, impondo diferentes institucionalizações, assimétricas por natureza, que retroalimentam a dominação e o manejo das pessoas. São técnicas cotidianas, que provocam incômodos sutis, como a presença de um gestor que não entende a realidade das aldeias, ou um profissional da equipe multidisciplinar preso em papelada que tenta confrontar o conselheiro – mesmo que ele esteja apenas cumprindo ordens superiores –, ou as conferências com relatórios longos que o Ministério da Saúde talvez não leia.

A dificuldade de conceber e implementar ações de saúde que estejam em sintonia com a totalidade do modo de vida dessas populações - como acesso à terra, línguas, educação e rituais - vai além de uma retórica culturalista e exotizante, e representa um isolamento simbólico, histórico e institucional que se reflete politicamente (TEIXEIRA, 2008). Nesse contexto, é necessário compreender o espaço político da saúde, tanto no que se refere às formas de manifestação e expressão da desigualdade social nos corpos, quanto às estruturas de dominação específicas que caracterizam a atuação do Estado nacional brasileiro.

Novamente, reiteramos que não se trata de desconsiderar a importância dos conceitos e dos espaços, mas estar atento para o fato de que existem muitos problemas nas relações em que essas categorias se apresentam. Por serem abstratas, só podemos (tentar) elaborar definições a partir das experiências que a aplicação prática promove, e



essas experiências na práxis políticas são envoltas de burocracias, preconceitos e hierarquias que fornecem bases para o discurso político cultural dominante.

A busca por uma abordagem abrangente da saúde indígena, que combine as práticas tradicionais das comunidades indígenas com as práticas da engenharia sanitária e da biomedicina, está em discussão e negociação em diversos espaços interdisciplinares e interinstitucionais. Isso tem aumentado a complexidade do campo de atuação do antropólogo, ao mesmo tempo em que proporciona oportunidades de participação e controle social mencionadas anteriormente. Nessa busca, é necessário investigar os recursos retóricos governamentais para reconstruir as conexões entre valores, técnicas e regras, permitindo acessar as disputas ideológicas que qualificam o exercício do poder e que os processos de Estado tendem a ocultar.

É evidente que essas estratégias não são simplesmente adotadas e assimiladas na totalidade pelos indígenas. Por toda a história, vêm sendo desenvolvidas formas não oficiais de participação, também chamadas de não autorizadas, como veremos no último tópico desse capítulo. Associadas com o processo contínuo de participação institucionalizada, esses movimentos promovem mudanças, motivam as lideranças e frentes indigenistas e evidenciam que, apesar dos problemas, a participação importa.

### **3.2 DOMINAÇÃO E EXCLUSÃO ENTRE ROTINAS E BUROCRACIAS**

O exposto até o momento nos leva a refletir sobre as questões da participação institucionalizada. O cenário atual sugere que há a tentativa de garantir uma participação controlada, que muitas vezes se manifesta como apoio acrítico às políticas governamentais, e pode ter raízes em tradições autoritárias ou não democráticas do país. Em outras palavras, além dos problemas das categorias no discurso oficial, na prática há também um esforço para incentivar a participação da população, porém limitando-a a comportamentos que respaldem as autoridades vigentes. Enquanto isso, outras formas de participação são desencorajadas, o que pode ser mais fácil de ocorrer em contextos políticos e sociais com pouca tradição de engajamento da sociedade civil de forma autônoma e ativa.

Gersem Baniwa (2004) esclarece que a inclusão de indivíduos indígenas em âmbitos políticos tem sido uma realidade desde os tempos coloniais e em diversas situações contribuiu para a subjugação por parte de não indígenas. Isso ocorre porque tais supostos espaços de influência poderiam ser utilizados como instrumentos de troca de

favores, em detrimento da capacidade de articulação dos povos indígenas oprimidos. O autor argumenta que, com o surgimento do movimento indígena engajado, principalmente a partir das décadas de 1970 e 1980, as comunidades e organizações indígenas deram início a processos dinâmicos inovadores de debates e táticas de ocupação de espaços políticos, principalmente nos setores legislativo e administrativo estatais, e embora as estratégias de participação política sejam essenciais, ainda persistem incertezas acerca de sua abrangência e efetividade na salvaguarda dos direitos indígenas.

Dividimos as análises em dois momentos a fim de tentar apresentá-las da forma mais didática possível, mas esclarecemos de antemão que os assuntos se reencontram a todo momento.

### 3.2.1 Gestão “burocrática-administrativa-operacional”<sup>20</sup> ou, “colorindo os meses”

Um ponto que foi frequentemente apontado pelos entrevistados sobre o dia a dia da participação e os problemas dela no cotidiano foi a questão da “gestão”, que aqui aparece entre aspas pois não é a pretensão do trabalho conceituar a gestão pública em si, mas evidenciar o caráter de um ente ou instituição quase invisível no imaginário dos conselheiros e que é fortemente marcada pela burocracia e exclusão dos sujeitos.

A fala do conselheiro distrital do Alto Rio Negro, ao ponderar que não quer “fazer gestão”, pois o papel do controle social “é recomendar, não é fazer a gestão, é ser consultado, convidado para participar dessa discussão”, nos leva a questionar ainda mais como o poder e a autoridade são acionados pelos indivíduos nas atividades entre um grupo social e o Estado que promove as políticas sociais.

Nesse aspecto, retomamos os estudos de Souza Lima (1995) que questiona como o Estado atua como um mecanismo de poder e autoridade na relação com os indígenas, principalmente para questionar noções de tutela, identidade nacional e cidadania. O autor (2002) aprofunda essa discussão ao apontar que a relação entre o Estado e as populações indígenas tem duas perspectivas distintas: por um lado, o Estado que faz a gestão administrativa e política e ensina o povo a ser “gerido” – ou seja, atua como um agente formativo, capacitando e permitindo que as populações indígenas atuem – e por outro, o Estado também gere e “estatiza” funções em aparelhos de governo.

---

<sup>20</sup> Termo inspirado no texto de Marcos Antônio Pellegrini (2017).

No mesmo sentido, nos lembramos da discussão de Teixeira (2018) a respeito dos significados de autonomia indígena. Mais uma vez, não fica claro se estamos diante de um princípio político ou de preceitos institucionais específicos, ou apenas da autonomia financeira expressa em relação ao repasse de recursos, ou ainda no comando técnico dos Distritos Sanitários (TEIXEIRA, 2018, p. 106):

Sua relevância repousa, a meu ver, na compreensão de que se a noção de autonomia é uma ideia valor no campo dos movimentos indígenas em geral e, em certa medida, também o é nas próprias ações e definições políticas propostas por diferentes instâncias do Estado brasileiro em tempos de democracia, seus desdobramentos, níveis, complexidade, tanto práticas quanto concebidas, **ainda requerem investigações que permitam apreender os consensos possíveis e as prioridades desenhadas em diferentes momentos políticos e institucionais.** Os tempos e os espaços da saúde pública e a forma como os povos indígenas se organizaram para neles atuarem constituem uma oportunidade privilegiada neste esforço de ir além do debate sobre princípios norteadores.

Em razão da multiplicidade de níveis que perpassa a questão, a autora trata da autonomia nos recortes da autodeterminação, da participação e do controle (TEIXEIRA, 2018, p. 106). Os dados aqui levantados nos levam a refletir sobre a ênfase dada a gestão, e como esses espaços não contemplam a dimensão da autodeterminação, enquanto irredutibilidade da diferença como potência ou protagonismo.

Se, para alguns entrevistados a gestão não é algo a se fazer, para outros, é exatamente o ponto a ser revisto quando o assunto é participação. Falas como “eu mudaria a forma de atuar da gestão”, ou “o que é falta é gestão, organização e compromisso” foram ditas várias vezes, seguidas do argumento de que a gestão feita por um não indígena está fadada ao insucesso. Nesse caso, participar seria, para além das burocracias e trâmites cotidianos dentro dos conselhos e conferências, ou (i) estar à frente da gestão – como alguém que entende a realidade e a interculturalidade – ou (ii) pelo menos, não se deixar vencer por essa figura quase “invisível” da administração.

Nesse sentido, Rita Cássia (2017, p. 314) trata das contradições acerca da participação:

Quando falo em participação burocrática quero falar das contradições que o termo “participação” também suscita. Do lado do gestor, participação pode significar ter cotas e se fazer presente em assembleias, distritos, conferências ou levantar a mão para votar em questões previamente definidas. Ou seja, para o gestor, o simples ato de estar presente e votar significa que a participação social está assegurada, cumprindo dessa forma dois princípios fundamentais do subsistema de saúde indígena: interculturalidade e controle social. **Da perspectiva indígena, ator social do processo, participação pode significar mais do que votar, pode significar poder de veto, de alterar e, principalmente, não se deixar cooptar pela função de gestor. Ou seja, nesse universo, a retórica da mediação é ambivalente e tensa.** (Grifos nossos).

E os conselheiros compartilham desse significado, indicando a participação até mesmo como a possibilidade de veto, em momentos nos quais eles conseguem impor o conhecimento da realidade sobre a dominância da gestão. Para o conselheiro do DSEI-MS, por exemplo, participar é ter “moral para chegar na frente de algum gestor falando: eu tenho esse poder de discutir com você”. E as críticas a servidores indicados por politicagem ou confiança também perpassam pelas diferentes formas de organização e autonomia indígenas, pois “quem está lá só vê o lado deles e não o nosso jeito”, como pontuou o conselheiro do DSEI-MG/ES.

Mas a rotina estamental não se limita a “mão invisível do gestor”. Como veremos a seguir, os conselhos e as conferências são recheados dessas práxis, e o objetivo desse tópico é mostrar que por trás dessas engrenagens do hábito, relações de dominação e exclusão se perpetuam.

A dominação do Estado sobre a população indígena em muito se baseia em um conhecimento técnico, jurídico e pouco acessível, essencialmente weberiano, no sentido de que a essência subjacente a qualquer forma de dominação e obediência é a suposta crença no prestígio daqueles que estão no poder. Essa dominação se concretiza também no modelo político que mal permite que os indígenas se insiram no Poder Legislativo e na exclusão histórica das instituições políticas em geral.

Vejamos o exemplo do conselheiro do DSEI-Interior Sul. Ao dialogarmos sobre suas atividades atuais, ele explicou que está mais voltado para a parte burocrática, como solicitar diárias e passagens, fazer reuniões, responder ofícios e afins. Não obstante, momentos depois, o conselheiro conta que tem feito esse trabalho, apesar de ser cacique há mais de 21 anos e acompanhar a luta do seu povo, participando, buscando e brigando com o governo. Ou seja, o próprio entrevistado reconhece que não tem utilizado tanto do seu conhecimento e experiência nas funções que lhe foram atribuídas, e acrescenta que “até na coordenação, por exemplo, eu trabalhando sou diferente de um não indígena lá dentro, porque eu sei como funciona nas aldeias. Quando algum parente não sabe falar, eu entendo, posso conseguir aprender melhor do que um não indígena lá dentro.”

O mesmo conselheiro ainda conta que, apesar do controle social supostamente garantir a possibilidade de fiscalização sobre o poder público, esse segmento da participação tem se dado junto ao Ministério Público Federal (MPF), mais do que nas instâncias do próprio controle social. Acionar o MPF e outras instâncias ao invés de

recorrer aos agentes dentro do próprio DSEI, por mais que seja necessário, é acionar mais uma burocracia.

Quando nos atentamos para interação diária entre os agentes (conselheiros e gestores) que ocupam posições nas diferentes áreas e subcomponentes, como ensina Luciane Ouriques Ferreira (2010, p. 95), vislumbramos a aplicação das normas burocráticas que guiam os processos administrativos internos da SESAI. A maneira como as pessoas experimentam a estrutura burocrática em seu cotidiano promove o desenvolvimento de uma cultura institucional única, caracterizada pela diversidade dos agentes que atuam nesse setor do Estado.

No DSEI-Alto Rio Negro, o participante explicou sobre a burocracia e a demora dos procedimentos administrativos:

Então, através dessas demandas, a gente publica no boletim de serviços, passa para o coordenador através do SEI, e o coordenador homologa para a SESAI, e através dali vão ser trabalhados os planos de trabalho, de ação. Todos os núcleos do distrito vão utilizar essas informações para fazer o trabalho, desenvolver um projeto.

[...] (tudo) Tem que passar pelo conselho local. Primeiro tem que consultar. Nós temos 7 reuniões locais para abranger os 25 pólos-base. Então, convocar uma reunião tem um gasto. [...] Então, para fazer a questão da alimentação dessas reuniões, material didático com o cuidado de ser tudo padronizado.

Para o conselheiro do MS, o lado negativo da SESAI atualmente é principalmente a burocracia. Para o conselheiro do Alto Rio Negro, essa burocracia se mostra principalmente no foco aos dados e indicadores:

Alguns gestores que passam pelo distrito, eles focam em dados, a cobrança que vem de cima é muitas vezes ligada a dados, indicadores. Então você entra em área para ver saúde indígena, encontra o profissional angustiado, cheio de folha, de papel, não tem muita fidelidade muitas vezes, porque a gente tem 30 dias de retardo para inserir os dados. Eles passam 30 dias em área e muitos lugares sem internet. Então eles voltam, trazem para cá, e só depois é que vão ter os dados prontos para se traçar um perfil epidemiológico, por exemplo, e começar a planejar uma estratégia de saúde.

Michael Herzfeld em “*A Produção Social da Indiferença: explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental*” (1992), nos lembra que a burocracia é feita de pessoas que sabem perfeitamente os efeitos dos processos administrativos, e no funcionamento básico dessa burocracia, a papelada é importante para validar os fatos, e mais papelada será necessária para validar a papelada anterior. É a partir das noções de Herzfeld, associadas as falas dos entrevistados e os dados das conferências, que postulamos como a burocracia é uma forma de operar que cria dificuldades, fornecendo

modelos de exclusão e inclusão, em que as ambiguidades simbólicas são produtoras da indiferença, principalmente quando estamos diante da demanda por espaços institucionais.

Outro ponto de descontentamento dos entrevistados são as movimentações do Estado que não se convertem em ações práticas, apesar de serem executadas com espetáculo como se fossem liberalidades. Nas respostas foram citadas algumas campanhas de saúde, criação de canais de comunicação obsoletos, importação de programas urbanos para populações aldeadas e a criação de meses temáticos em que há mais preocupação com pinturas do que ações concretas. Destacamos a fala do conselheiro do Alto Rio Negro a respeito de “colorir os meses”:

As equipes morrem de medo quando a gente vai fazer visita pessoalmente. Funcionários acomodados, eles querem fazer é pintar os meses de cores, setembro amarelo, azul. Para de pintar mês, vamos praticar mesmo. Se em setembro é o suicídio, o que que é está sendo feito? Chega de roda de conversa. O que que está sendo feito de fato, quem que está sendo responsabilizado de fato, que está pegando essa bomba na mão realmente, né?

Souza Lima se questiona sobre essas performances rotineiras do Estado (2012, p. 782):

Minhas indagações aqui se centram em buscar entender como, sociogeneticamente, se estabelecem, se rotinizam, se executam e se transformam as práticas administrativas, que no plano cotidiano performatizam o Estado, fazendo-o como realidade ideológica e organizacional, planos inseparáveis que, estando em um fluxo incessante e em geral imperceptível, acabam por se resumir nas análises de cunho sobretudo sincrônico. Como os saberes estocados em estado prático, em repertórios presentificados no dia a dia das agências administrativas, e na vida daqueles que estão sujeitos à sua intervenção, fluem e se transformam ao longo do tempo, transformando-se assim as agências, seus agentes e aqueles por eles assujeitados?

O que as entrevistas e relatórios demonstraram foi a precariedade e a escassez que são administradas continuamente na política da saúde, desde a convocação extraordinária para reuniões que “apagam incêndio”, até a demora procedimental de se inserir demandas e planos para os sistemas internos do serviço público.

Especificamente em relação as Conferências Nacionais, uma das hipóteses também apontava para um espaço participativo performático ou “de fachada” que se ancora no mesmo nicho de ações e espaços “concedidos” aos povos minoritários e geram o sentimento de pertencimento na ordem pública e de ingerência política no controle social.

Todos os conselheiros afirmaram de diferentes formas que as conferências representam a instância máxima de participação, por ser a oportunidade em que os povos estão todos juntos e são os protagonistas. Não ficam dúvidas de que os indígenas entrevistados validam essas reuniões como úteis, e isso pudemos ver em falas como “é só lá em Brasília que a gente consegue alguma coisa” ou “As conferências, de fato, nos dão a oportunidade de poder estar frente a frente com os governantes, porque mesmo quando o presidente não vai, vai o secretário, né? E a gente tem a oportunidade de dizer para ele o que é que tá bom e o que precisa melhorar.”

Entretanto, quando perguntados sobre medidas pós-conferências que mostrassem a efetividade da participação, todos pararam para pensar ou tentar lembrar alguma ação, e aqueles que conseguiram, citaram uma ou duas medidas. Foi quase consenso a falta de desempenho dos relatórios e debates que são levados aos governantes após a realização das reuniões.

A hipótese de que as conferências teriam um peso ambíguo para os indígenas – no sentido de ser importante, mas pouco efetiva – já aparecia na literatura em relação a antropólogos que percebiam essa tensão enquanto pesquisadores e ouvintes. Rita Cássia Neves (2017, p. 314) ilustra a questão com o exemplo dos membros da Associação Brasileira de Saúde Coletiva que participaram da 5ª Conferência como delegados e avaliaram positivamente a presença massiva das comunidades indígenas, mas explicitaram a impossibilidade de discussão em plenária de alguns dos temas mais importantes para as novas diretrizes da saúde. A autora menciona que os analistas perceberam propostas incompatíveis entre si, além de uma participação democrática que esbarrava na falsa ideia de controle popular.

De volta aos nossos dados, o entrevistado do DSEI-MG/ES, apesar de ter dedicado toda uma vida a participar desse tipo de debate, não vê “as coisas das conferências acontecerem” e contou que participou da 6ª Conferência em novembro de 2022, mas ponderou que:

Era pra ter acontecido em 2015. Aconteceu só agora em 2022. Essa que aconteceu agora, com a demora que teve, a gente achou que não teve muita validade. Foi uma reunião, uma conferência em um momento crítico, de crise que o que o país está passando. **Foi uma conferência para cumprir calendário, mas não para cumprir o que se pediu.** (grifos nossos).

O conselheiro do DSEI-MS participou de várias conferências regionais e nacionais, e sobre a eficácia das demandas e debates ali propostos, especialmente quando falamos da 5ª Conferência, afirmou:

Não me lembro de nada do que foi debatido na quinta conferência e que o governo na época fez. Eles não conseguem nem cumprir com a Lei que diz que de 4 em 4 anos tem que sair a conferência de saúde, não cumpre com isso. A gente sabe disso. É então assim, se cada governo fizesse o seu papel, realmente de valorizar a população melhoraria um pouquinho um. Então eu vejo assim posso estar enganado, mas não vi até hoje algo daquela conferência ser realizado.

Já o conselheiro do DSEI-Interior Sul afirmou que algumas coisas foram atendidas com o passar do tempo:

Então, a daqui para o povo guarani aqui do Sul não foi atendido, o postinho. Algumas coisas foram, tipo os medicamentos, criação de polo-base, transporte para locomover os pacientes das aldeias, transporte também para dentro das aldeias, motorista também. Então, essas coisas. Mas o posto não foi atendido.

Vimos que as Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena deveriam ser um espaço para discutir, avaliar e definir propostas que seriam encaminhadas para a etapa nacional. No entanto, essas reuniões têm ocorrido sem a participação efetiva das comunidades e lideranças indígenas, geralmente longe das aldeias, em grandes hotéis muito distantes ou sedes da SESAI. Esse cenário artificial não reflete a realidade enfrentada pelos povos indígenas e prejudica a participação de pessoas que vivenciam os graves problemas decorrentes da falta de saneamento básico, assistência médica e ações preventivas.

Essas questões logísticas, somadas aos atrasos no repasse de recursos e à não periodicidade, também impedem que as primeiras etapas das conferências contem com a participação ativa das pessoas afetadas por esses problemas de saúde, que não têm a chance de apresentar suas críticas e propostas, como usuários e lideranças indígenas que contribuem como apoio ao controle social, formação e educação em saúde, segurança alimentar, saúde do meio ambiente e fortalecimento da medicina tradicional.

Para os autores que amparam a maioria de nossas percepções até o momento (SOUZA LIMA, 2014; TEIXEIRA, 2013; LANGDON e DIEHL, 2015; FERREIRA, 2015; PELLEGRINI, 2017; NEVES, 2017) ao questionar a identidade e o funcionamento das instâncias de participação indígena, fica evidente não só a incompatibilidade entre a noção comum de representatividade no âmbito do Sistema Único de Saúde e as formas indígenas de organização, mas como as instâncias têm baixo impacto de propostas realmente levadas em consideração. Portanto, Conferências e Conselhos Distritais de Saúde são espaços inclusivos e democráticos, mas resistentes a transformações.

Ao tentar entender o verdadeiro significado de participar e como podemos compreender as dinâmicas de poder nessas situações sociais, percebemos que a



institucionalização da participação social na organização dos serviços de saúde indígena, inicialmente vista como um passo promissor para uma política de saúde que garantisse a democracia e o acesso à cidadania em saúde das comunidades indígenas no Brasil, hoje deve ser questionada se não acabou fortalecendo estruturas de poder tutelar em vez de rompê-las.

E quando falamos em poder ou violência, não nos referimos só às formas de gerenciamento da saúde ou de seus problemas de rotinas, mas, como apontado no trabalho de Lucas Freire (2019) a própria gestão do tempo, dos riscos de desaparecimento de grupos étnicos e das condições de vida e sobrevivência deles.

Sem dúvidas, Foucault foi um dos principais autores a propor investigações sobre o exercício do poder, seus mecanismos, efeitos e técnicas – ou tecnologias – tanto de coerção quanto resistência. Ao estudar o “como” do poder, o autor tratou dos mecanismos de repressão e das insurgências contra ela sob as quais os coletivos se singularizam, sendo essencial para a compreensão das nossas argumentações a respeito do poder como violência física e simbólica.

Consideramos que o controle social, ocorrendo na forma descrita pelos participantes das políticas indígenas, representa mais um degrau na construção progressiva de estratégias e táticas de dominação e racionalização da gestão dos recursos naturais e humanos, como trabalhou Michel Foucault (2008).

### 3.2.2 Poder e violência

Se falamos até aqui de cidadania e democracia, é inevitável não abordar também a questão do poder e da violência simbólica que, como veremos a seguir, se ligam frontalmente. A partir da reflexão sobre os efeitos práticos dos mecanismos de mediatização e reforço das relações de subalternidade, foi possível perceber que ocorre uma falsa valorização de determinadas funções dentro dos grupos marginalizados, concedendo-lhes um lugar que serve para mascarar a hegemonia branca com uma aparência multicultural. Enquanto isso, a maioria dessas populações, que são vítimas de um racismo crescente, continua a enfrentar diariamente a opressão do poder colonial (FERREIRA, 2015).

Para Aníbal Quijano (2012), democracia no mundo moderno nada mais é do que um fenômeno concreto do modelo de poder colonial/moderno/capitalista/eurocêntrico, no qual uma negociação institucionalizada de limites e condições das modalidades de

exploração e dominação se sobrepõe em um Estado-nação. A definição do autor pode parecer um pouco radical à primeira vista e talvez esteja muito à frente do giro ontológico que mal começamos a fazer. Contudo, é a partir dessa e das seguintes ideias do autor que as categorias abordadas nesse capítulo provam porque são tão problemáticas.

O que acontece nesse sistema em estudo é justamente uma ideia de igualdade jurídica e política dos desiguais nas áreas da existência social e para o autor, a cidadania seria a expressão exata dessa negociação dos limites e modalidades de exploração.

Mas o processo não começou agora. Pelo contrário, é fruto de muitos anos e a violência contra os povos indígenas tem sua origem no processo de colonização e apenas se perpetua na contemporaneidade e nos simbolismos que permeiam os ideais democráticos e libertários. Esse *continuum* histórico é o que o autor apresentou ao mundo como a “colonialidade do poder”, um dos elementos constitutivos e específicos de um padrão mundial do poder capitalista que (QUIJANO, 2003, p. 73):

Se funda na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular daquele padrão de poder, e opera em cada um dos planos, âmbitos e dimensões, materiais e subjetivas, da existência cotidiana e da escala social.

E a forma geral como o Estado tem se relacionado com os indígenas demonstra essa dimensão do poder e reforça a fragilidade da questão democrática, pois ainda que se forneça um pouco de estrutura, de espaço ou de instrumentos legais, é o mesmo Estado que enxuga o orçamento e os investimentos duradouros, que promove um discurso integracionista e inviabiliza mudanças reais. A questão da participação é só um dos gargalos.

Sobre as forças simbólicas da burocracia e do poder, Souza Lima, (2014, p. 71) afirma:

Afinal a “inércia” – uma inércia febril e laboriosa, de fato – característica de toda burocracia, encobre o caráter autorreprodutivo e o esforço em permanecer que são partes de dispositivos de poder mais amplos que alicerçam o funcionamento do sistema de Estado ao mesmo tempo se alicerçando – movimento que uma sociologia e uma antropologia históricas da administração teriam muito a esclarecer. Mudar tais dispositivos arraigados nas práticas cotidianas não implica alterações necessariamente grandiosas ou panaceias políticas, como as muitas “reformas administrativas” que vêm sendo anunciadas desde o início do regime republicano no Brasil, mas em um primeiro trabalho de desvendamento de suas bases político-simbólicas, o esteio dessa suposta inércia e da capacidade de disseminação de tais conhecimentos.

Segundo Foucault, o poder não é exercido de forma única, mas envolve a interação entre o direito público da soberania (exercido pelo Estado) e a mecânica polimorfa da

disciplina (práticas de controle e regulação). O poder não se limita a uma estrutura hierárquica, mas é complexo e se manifesta de maneiras diversas nas relações sociais (FOUCAULT, 2005). De forma detalhada:

Temos, nas sociedades modernas, a partir do século XIX até os nossos dias, de um lado uma legislação, um discurso, uma organização do direito público articulados em torno do princípio da soberania do corpo social e da delegação, por cada qual, de sua soberania ao Estado; e depois temos, ao mesmo tempo, uma trama cerrada de coerções disciplinares que garante, de fato, a coesão desse mesmo corpo social. (FOUCAULT, 2005, p. 44-45).

Se estamos diante de relações permanentes de poder e dominação, que ocorrem por meio de práticas cotidianas da administração pública e nas quais o Estado performatiza uma atuação positiva, esse fluxo contínuo acaba por naturalizar as ações, tornando-as quase imperceptíveis. E nos casos em que a sociedade percebe e confronta as ambiguidades existentes no exercício estatal, a justificativa política que usualmente se recebe é a de que o poder tutelar controla os espaços e as populações “hipossuficientes” ou “perigosas” e “problemáticas” em prol da ordem social e do bem estar da nação.

Aníbal Quijano, sobre essas situações de dominação e violência ensina (2012, p, 145):

Ninguém pode explorar outra pessoa se não a dominar, e muito menos explorá-la de maneira estável e duradoura. Portanto, é necessário abrir aqui a questão das relações entre a dominação e a exploração no atual modelo de poder. A força e a violência são requisitos de qualquer dominação, mas na sociedade moderna não são exercidas de maneira explícita e direta, pelo menos não de modo contínuo, e sim encobertas por estruturas institucionalizadas de autoridade coletiva ou pública “legitimadas” por ideologias constitutivas das relações inter-subjetivas entre os diversos setores de interesse e de identidade da população.

A questão é que se alguns segmentos são vistos como excedentes descartáveis, que nem mesmo merecem os mais básicos direitos humanos (no caso, a saúde), e cuja agenda governamental visa não mais a integração, mas a exclusão e o extermínio, nosso estudo se torna ainda mais delicado. Lucas de Magalhães Freitas (2019) chama esse exercício de *necrogovernança*, que seria uma execução mais velada, menos espetacular e mais burocratizada da função assassina do poder soberano, sustentada no hábito, nas normas e procedimentos legais. O autor ensina:

*O regime da necrogovernança* se configura a partir de mortes que não se fazem em um instante, mas que se dão no dia após dia, nos meandros da burocracia, da espera, das solicitações negadas, dos pedidos para aguardar setes dias para que o hospital possa se pronunciar sobre a questão, dos encaminhamentos para retornar outro dia, entre outras situações já narradas ao longo da tese. Isto é,

precarizações contínuas que vão minando cotidianamente as condições e possibilidades de vida das pessoas. De modo semelhante ao que descreve Gupta (2012), a negrogovernança da qual falo trata da produção de um modo legítimo de matar em um suposto Estado Democrático de Direito, pois induz e expõe sujeitos e coletividades ao risco de morte sem que essas mortes possam ser imediatamente creditadas aos órgãos e práticas de Estado e, portanto, questionadas.

A gerência das populações periféricas ou “anormais” representa muitos dos procedimentos administrativos utilizados por agentes estatais não apenas em relação a esses povos periféricos, mas também em relação aos “normais” (FOUCAULT, 2005).

O brilhante trabalho de Freire em muito se relaciona com o nosso tema. O autor nos mostra como etnografias recentes têm se voltado ao estudo de situações nas quais contingentes populacionais são geridos e salvos ou deixados para morrer, por meio da ação ou inação dos aparatados estatais. Freire argumenta que o cenário político atual de países colonizados que assumiram soberania contemporaneamente, a famosa noção de biopoder de Foucault se torna insuficiente, e é acrescida da ideia de necropoder de Mbembe, para alcançar a lógica de uma guerra rotineira que visa a eliminação daqueles que não importam.

Ancorado nos estudos de Mbembe, Gupta e Souza Lima, Freire (2019) se aproxima de nossa argumentação ao trabalhar violência estrutural como consequência dos processos de gestão e tutela de determinados segmentos que, de forma não escandalosa e normalizada, controlam populações não benéficas ao neoliberalismo. Através de precarizações contínuas que vão minando cotidianamente as condições e possibilidades de vida dessas pessoas, o Estado “deixa morrer”. Ampliamos o conceito de negrogovernança<sup>21</sup> do autor para a questão da participação – ou da participação controlada – visto que os espaços na prática não têm a finalidade de consagrar o exercício pleno de cidadania dos indígenas, e sim manobrar o poder e autonomia dos povos.

Nós nos questionamos, assim como Freire, sobre a aplicação desse conceito para compreender as práticas e hierarquias que orbitam a participação popular indígena. Mas assim como o autor, consideramos que, apesar de parecer exagerado em uma análise superficial, metáforas utilizadas pelos indígenas como “luta” e “combate” já sugerem

---

<sup>21</sup> Assim como Lucas Freire, optamos pelo termo negrogovernança para tratar das tensas relações entre Estado e povos indígenas, pelos aspectos que diferenciam a noção de negrogovernança da necropolítica: a dimensão técnica e burocrática das práticas de morte, a longa temporalidade envolvida e a extensa cadeia de mediações que obscurece essas práticas de morte. Esses aspectos são visivelmente parte da atual “gestão participativa” da saúde indígena (FREIRE, 2019, p. 359).

relações de confronto entre as instituições e os participantes. Além disso, a dinâmica burocrática para o nosso objeto de estudo também mina as condições de vida dos povos indígenas através da morosidade, do tecnicismo extremo e da sensação de “não sair do lugar”, por vezes mencionada pelos entrevistados e delegados das conferências.

O controle social parece assegurar os interesses do próprio Estado, que cria noções de individualismo e responsabilidade, além de determinar populações descartáveis em função da lógica econômica neoliberal. O controle é colocado como responsabilidade dos indígenas e usuários da saúde, no sentido de transferir a eles a responsabilidade de “correr atrás” e participar, envolvendo uma cadeia de mediações que obscurece essas práticas dominantes, na qual “o Estado “cuida” mais de si e de suas condições de reprodução e perpetuação do que dos cidadãos” (FREIRE, 2019, p. 360).

É como se aquilo que Teixeira e Dias (2019) apontaram como os “manejos contraditórios da diversidade cultural”, chegasse agora em seu ponto mais extremo: com a produção de novas hierarquias civilizatórias, fica mais claro que estamos diante de formas institucionalizadas de violência, tanto aquelas existentes no dia a dia dos povos indígenas, quanto aquelas originadas na retórica política oficial que conforme as autoras “afirma a autoridade indígena e, em seguida, a descarta sistematicamente quando as decisões que envolvem saúde pública são colocadas em prática”, e resulta ao final de todo o processo, em uma saúde em crise, no enfraquecimento e conseqüente extermínio dos povos.

Inclusive, a respeito dessa relação ambígua, Cristina Dias (2021) considera que não se pode tratar a crise na saúde indígena como um aspecto intrínseco da precariedade e da escassez, pois se nela se operam os valores de um campo de atuação política no qual surgem relações interétnicas marcadas por profundas desigualdades históricas, deve-se encará-la como uma tecnologia governamental de gestão, o que faz dessa crise *permanente*.

Com a recente pandemia do Coronavírus (Covid-19), esse tratamento aos povos originários ficou escancarado nos números de casos e óbitos, nos noticiários nacionais e na mídia internacional. Como explicou o professor Boaventura de Sousa em seu livro “A pedagogia do Vírus” (2020, p. 23), muitas já são as discriminações contra trabalhadores empobrecidos, mulheres, trabalhadores precários, negros, indígenas, imigrantes, refugiados, sem abrigo, camponeses, idosos etc. em nossa sociedade, e o vírus evidencia certas crises nas nossas “democracias”.

Mas, se essa violência estrutural nos processos de construção de políticas públicas, mormente no caso da saúde indígena, ainda parece abstrata ou pouco palpável para alguns dos leitores, Lucia Helena Rangel e Roberto Antônio Liebgott (2021), no Relatório “Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil-19”, já nos apontavam uma valiosa síntese das questões relacionadas aos espaços e processos de participação:

[...] Pretende-se, como foi notório ao longo de 2019, **impedir gradativamente a presença indígena nos espaços de participação, planejamento, execução e controle da política de saúde. Os conselhos de saúde estão perdendo suas potencialidades e possibilidades de atuação.** Rompeu-se com um processo de quase 30 anos no qual os povos, através de suas lutas e mobilizações, começaram a constituir uma política pautada pela autonomia administrativa e financeira, que teria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) como base do sistema. O governo, desde antes de tomar posse, desestruturou o programa Mais Médicos, que amparava e assegurava assistência básica em regiões vulneráveis do país e, em especial, nas aldeias. Em seguida, colocou em suspeita toda a administração dos recursos da saúde e paralisou a assistência por mais de quatro meses. Neste período, interrompeu a realização da VI Conferência Nacional de Saúde Indígena, iniciada - com suas etapas locais, distritais - no ano de 2018 e prevista para ocorrer em maio de 2019. **Com isso, o governo inviabilizou a continuidade da discussão e aprovação da nova Política Nacional de Saúde Indígena. No final de 2019, foram anunciadas medidas de suspensão dos convênios das organizações prestadoras de serviço em saúde, sendo apontada como alternativa de continuidade a criação de uma Agência Nacional de Saúde que teria, entre suas atribuições, promover a privatização de todas as ações e serviços.** (Destques nossos).

Negar saúde em todas as esferas (serviços, recursos, participação, interculturalidade e autodeterminação) e em todas as formas (burocracias, dominação e exclusão) é deixar morrer, e é esse posicionamento estatal que tratamos como violência, pois são inviabilizações variadas das vidas.

Para além da literatura, parece ser essa a forma que parte da população indígena também enxerga as relações de poder. Um dos momentos mais marcantes das entrevistas foi a ponderação do conselheiro do Mato Grosso do Sul, que ao elaborar sobre os danos da Covid e outros aspectos da crise na saúde da região, afirmou que lidar com a saúde indígena as vezes “é pior que a guerra”.

Há muito tempo se reconhece que a mortandade dos povos originários não tem causas naturais: entre outras coisas, ela pode ser evitada com vacinações, atendimento médico e assistência geral (CUNHA, 2012, p. 123). Para a efetivação dessa política e da redução da mortalidade é essencial que a população atue ativamente e sem embargos, e não que sejam constantemente alijados dos espaços de agência, perdendo as potencialidades de seus conselhos e suas frentes. O resultado da postura neoliberal

adotada em relação aos indígenas vem sendo não só a eliminação ética, mas o apagamento também enquanto sujeitos históricos.

Não se trata de negar que a luta pela democratização das sociedades e a consequente busca pela participação nos espaços das políticas públicas ainda seja uma tarefa mundialmente importante para a defesa dos direitos conquistados ou da reconquista deles. Contudo, ainda na perspectiva de Quijano, é indispensável admitir que esse é um caminho limitado, caso se mantenha a perspectiva eurocêntrica e hegemônica de Estado-nação moderno, e no mais “democrático” deles, esse sistema ainda não deixou de ser mais do que um espaço de negociação institucionalizada das condições, dos limites e das modalidades de exploração e de dominação. Para o autor (QUIJANO, 2012, p. 171):

A integração democrática do mundo é um dos mais ilustres e persistentes sonhos da espécie humana. Trata-se, portanto, não de impedir a integração do mundo, e sim, pelo contrário, permitir seu mais completo desenvolvimento, libertá-la da conflitividade sistemática e da perversa violência desatada pelas tendências atuais do capitalismo, de modo que a diversidade da espécie deixe de ser um argumento da desigualdade na sociedade e que a população do planeta se integre em um mundo de relações entre pessoas de identidades diversas e socialmente iguais, individualmente livres.

O objetivo é que a diversidade da espécie humana não seja mais um argumento para a desigualdade na sociedade, e sim que as pessoas de diferentes identidades possam se integrar em um mundo de relações sociais igualitárias, onde cada indivíduo seja livre em sua individualidade. No próximo capítulo, abordaremos a participação como um meio possível de se atingir esse ideal, minando a violência estrutural e a normalização da morte com o cotidiano.

### **3.3 POR QUE CONTINUAR PARTICIPANDO?**

A participação importa? Se até agora nossa ênfase foi em descrever como ocorre a participação institucionalizada e alguns dos riscos que orbitam essa descrição, a partir das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e dos Conselhos Distritais, agora a análise será no outro lado, isto é, os motivos para participar.

Várias são as menções à necessidade de valorização da participação popular nos relatórios das conferências analisadas, bem como a criação de mecanismos participativos mais eficazes e inclusivos, com capacitação de indígenas para cargos de autoridade, criação de vagas de assessoramento prestado por indígenas em órgãos públicos e políticas de incentivo para que mais indígenas conheçam o controle popular. Nas entrevistas, os

seis participantes, a despeito das críticas ao atual modelo de gestão participativa e ao controle social, expressaram apreço pelos ideais por trás dessas ferramentas, argumentando principalmente que os progressos<sup>22</sup> na saúde indígena são resultados do trabalho e envolvimento indígenas.

Importante recordar que a abordagem antropológica da política busca compreender justamente as percepções dos atores sociais que compreendem e experimentam a política, atribuindo significados aos objetos e práticas relacionados a esse universo. Os dois pressupostos para esse trabalho, segundo Karina Kuschnir (2007), são: entender que a sociedade é heterogênea e composta por redes sociais que sustentam e permitem compreensões diferentes da realidade; e entender que o “mundo da política” não é um imaginário pré-concebido, mas se define a partir das formulações e comportamentos dos atores.

Portanto, uma análise contextualizada e até mesmo comparativa se faz necessária, pois a participação popular não é um universo estático e homogêneo. Já vimos um pouco da perspectiva dos que dominam pelo poder e violência, mas existe um outro lado no qual o simbólico também é profundamente político, no qual as táticas de resistência também movimentam poderes cotidianos e transformadores.

O engajamento indígena sempre existiu em diversas roupagens, tanto para essas questões políticas, quanto profissionais, de educação e tantas outras. Com o surgimento de novas instituições formais indígenas a partir da década de 1980, modificou-se a configuração dos espaços de poder nas comunidades, o que incluiu a emergência de novas funções, como professores, agentes de saúde e outros profissionais indígenas, além da participação indígena formalmente nos espaços de poder estatal (BANIWA, 2006). Essa ampliação da participação política indígena trouxe também desafios, como a necessidade de se relacionar com o mundo não indígena, falar a língua portuguesa e possuir níveis de escolaridade que legitimem essas novas lideranças frente ao meio externo.

Baniwa esclarece que esse movimento continua em curso desde então, e que apesar das incertezas, existe esperança frente ao crescente protagonismo indígena:

---

<sup>22</sup> Esclarecemos que utilizar conceitos e técnicas como “desenvolvimento” e “progresso” pode contribuir para a opressão de povos indígenas, no sentido de negação da autonomia e das identidades. A reelaboração dessas ideias não necessariamente precisa ser feita só pelos indígenas, em respeito aos princípios da alteridade e do diálogo, mas em nosso texto, “avanços” e outros termos correlatos, foram majoritariamente utilizados no sentido dado pelos conselheiros entrevistados, com exceção das vezes em que foram apresentados em discursos oficiais e diplomas normativos devidamente identificados assim.



Em grande medida, a emergência do movimento indígena na luta articulada pelos seus direitos e interesses foi uma reação e uma resposta aos propósitos do Estado de emancipação dos índios. Desde então, iniciou-se um longo processo de superação do fantasma do desaparecimento dos povos indígenas, de reafirmação das identidades étnicas e da reconstrução dos projetos socioculturais dos povos sobreviventes. Este processo está em curso com horizontes ainda incertos, mas bem mais esperançosos por causa do protagonismo cada vez mais forte dos povos indígenas. (BANIWA, 2004, p. 20).

Sobre esse horizonte de esperança, decidimos abordar dois contextos nos quais a participação popular se destaca. O primeiro dá ênfase ao que os indígenas consideraram como conquistas e avanços oriundos do engajamento popular, além de relacionar esses progressos com questões teóricas e alguns acontecimentos políticos recentes no Brasil. O segundo analisa um movimento jurídico-institucional que vem acontecendo na América Latina, ampliando os poderes dos povos originários a nível constitucional e alterando as estruturas dos Estados como conhecemos.

### 3.3.1 Reapropriação do poder e participação “não oficial”

Durante a conversa com o conselheiro do Distrito Yanomami, enfatizou-se a importância da participação da comunidade como um direito fundamental. O entrevistado destacou que a participação ativa da comunidade é crucial, uma vez que está intrinsecamente ligada à melhoria da saúde e ao bem-estar da comunidade, daí a necessidade de expressar opiniões e apresentar propostas como uma forma significativa de contribuição. A participação ativa é encarada como um papel essencial a ser desempenhado pela comunidade, pois “é super importante, é nosso papel”:

O subsistema de saúde indígena nós lutamos, nós conquistamos, não tá sendo aplicado, mas deve ser reconhecido e valorizado. As pessoas que trabalham e administram não respeitam, não reconhecem o que é o direito, o que é respeitar o indígena, o que é a atenção diferenciada. Mas o que tem de positivo na criação da SESAI é que nós conquistamos e isso foi muito bom. Infelizmente ainda tem muita interferência política, então a saúde indígena fica se arrastando.

No mesmo sentido, o conselheiro representando do Distrito Interior Sul afirmou: “Participar da saúde, na verdade saúde é do corpo, da população e espiritual. A saúde é tudo e é muito importante para a sobrevivência, então é importante a participação para poder também conhecer os povos.”

No Distrito Minas Gerais – Espírito Santo, a perspectiva apresentada também destacou avanços significativos desde 1988. Muitas mudanças ocorreram nesse período e

a conquista de estar discutindo sobre saúde se deu a partir de 2010, e por isso é ainda muito recente. O conselheiro ressaltou a importância do controle social como base fundamental para a existência da SESAI. O controle social foi descrito como a essência e o motor que impulsionam a saúde indígena:

Olha, como cidadão, eu gosto, porque eu vejo que a participação tem um interesse coletivo, um olhar no coletivo. Saber que onde eu estou, tem alguém abaixo de mim, tem outro abaixo e assim sucessivamente. Então, parte de mim, eu sou um cidadão que busca essa harmonia entre outros, em prol de algo que vem atender, eu sou esse tipo de pessoa. Eu compartilho dessa forma.

O positivo é porque a gente conseguiu, ganhamos espaço, não é? Nós ganhamos, assim, é como você ganhar na loteria e não saber gastar. Eu acho que a SESAI é isso, nós ganhamos com muita luta, muitas reuniões. A SESAI foi um passo importante, uma luta que veio de muito tempo, com o artigo 232, que dá o direito da gente construir isso. Uma das conquistas mais importantes depois de 88 foi esse espaço, a Secretaria. Mesmo com dificuldades, ela é importante, é válida e a gente vai segurar, tem que melhorar ela, para funcionar direito.

Para o conselheiro do Mato Grosso do Sul, perguntado sobre o que faria se tivesse total poder sobre a gestão da saúde indígena, informou que faria de novo tudo o que fez e que tem feito no sentido de incentivar a participação e brigar pelos direitos indígenas. O objetivo principal seria garantir a participação da população nas ações da SESAI. Acredita que, ao fortalecer o SUS e a Secretária por meio desse engajamento da população, a saúde indígena será fortalecida. Ainda, destacou que a SESAI só existe por causa da luta dos povos indígenas e o desejo é continuar trabalhando nesse sentido, buscando também que a gestão tenha um entendimento mais aprofundado das questões indígenas.

O conselheiro do MS ainda ressaltou os avanços relacionados a interculturalidade e a medicina tradicional:

É, o mundo ocidental, desde lá na época do Cabral e tal, veio sempre querendo acabar com a cultura. Mas nós, populações indígenas, a gente até hoje sabe, consegue minimamente manter a cultura, a cultura da reza, a cultura da parteira. A SESAI hoje, minimamente, ela consegue ouvir a parteira, o rezador, a pessoa que trabalha com medicina tradicional, e essas pessoas estão dentro da comunidade né? Aqui no Mato Grosso do Sul tem parente aqui que muitas das vezes vai no médico e o médico não resolve a situação. Aí ele volta no rezador, o rezador resolve a situação.

Já na entrevista com o conselheiro do CONDISI – PE, além de ressaltar os avanços derivados da participação, o participante destacou a necessidade de se preparar cada vez mais os trabalhadores da área da saúde:

Obviamente que em virtude da participação popular, muito tem-se avançado nesse sentido. A gente, já é possível observar, no passado a gente tinha uma assistência de saúde, por exemplo, muitas vezes a gente passava um ano para poder receber uma equipe, um médico, uma equipe completa para prestar assistência dentro do território indígena. Eu falo isso principalmente com referência ao meu povo. E atualmente a gente tem praticamente diariamente essas equipes já atuando dentro dos territórios, muitas vezes faz um atendimento a contento outras vezes não. Por isso que eu digo, né, que a gente precisa ter recursos humanos preparados para poder atuarem nesse sentido.

Informou que, em contrapartida, atualmente já ocorre atendimento praticamente diário dentro do território, não em todas as aldeias, pois as equipes de saúde precisam cobrir várias delas, as vezes 8, 9 ou até 10 aldeias para uma mesma equipe. Portanto, o tempo é dividido ao longo da semana para percorrer todo o território, mesmo assim, considera-se que esse é um avanço significativo.

Conforme destacado, acredita-se que as conquistas alcançadas não sejam apenas resultado da vontade de políticos específicos, mas sim da participação popular e da luta dos movimentos sociais, e cada passo dado em direção a um papel fundamental de controle e participação popular é valorizado. Além disso, no atual governo que começou em janeiro de 2023, é evidente que alguns indígenas ocuparam cargos importantes, como a ministra dos povos originários, a presidente da Funai e o secretário da SESAI, todos eles ativistas do movimento indígena. Essas pessoas, se apoiadas adequadamente, podem oferecer um trabalho de qualidade, pois conhecem a realidade e passaram pelas mesmas dificuldades enfrentadas pela comunidade.

Não obstante, é ressaltado que é necessário um governo que apoie e se sensibilize com a causa. A participação popular desempenhou um papel fundamental nas conquistas alcançadas, como a criação do subsistema, que foi resultado de muitos anos de luta, inclusive durante o processo constituinte de 1988, quando alguns artigos foram incluídos na Constituição.

Ainda a respeito das intervenções próprias da comunidade, o entrevistado comentou que durante a pandemia, diante de casos de saúde urgentes, não se podia esperar. Em situações graves, permitia-se que as pessoas saíssem da comunidade, seja para comprar medicamentos na cidade ou para realizar compras no mercado. No entanto, houve resistência por parte da própria comunidade, o que gerou problemas, pois algumas pessoas não compreendiam que isso era um sistema de proteção. Houve até mesmo acusações de que os agentes de saúde e conselheiros eram ditadores, mas durante mais de um ano, mesmo no auge da pandemia, não foram registrados casos graves no território, e “entendemos que isso foi resultado da mobilização que realizamos”.

Já em relação as Conferências, apesar dos aspectos burocráticos e da pouca eficácia dos relatórios nas mãos do Poder Público, o conselheiro argumentou que devem continuar acontecendo, pela visibilidade que oferece aos movimentos e as pautas:

Então, as conferências, na verdade, elas além de oportunizar a nossa participação, a participação popular, é um espaço onde a gente avalia as políticas, né, que vem acontecendo e a gente pode propor outros tipos de política, a gente pode estar sugerindo a modificação naquilo que a gente entende que precisa de mudanças, que precisa, né, acontecer? Então eu acho que eu vejo as conferências como primordiais, como espaço de construção de fato dessas políticas, para que elas de fato, se derem na prática.

As conferências, elas de fato, **nos dão a oportunidade de poder estar frente a frente com os governantes, porque mesmo quando o presidente não vai, vai o secretário, né?** E a gente tem a oportunidade de dizer para ele o que é que tá bom e o que precisa melhorar. Aliás, o que está bom e o que não está tão bom assim. (Grifos nossos).

Na Conferência de novembro de 2022, segundo ele, ponderou-se sobre a questão do orçamento, que no governo de Jair Messias Bolsonaro foi cortado cerca de 60% para a saúde indígena, razão pela qual demandaram que fosse ampliado ou pelo menos que permanecesse no teto anterior, para que tivessem o mínimo de atenção em saúde. Em janeiro de 2023, as lideranças retornaram a Brasília e questionaram novamente a questão orçamentária, além de solicitar a presença de representantes indígenas nos órgãos governamentais, para que a realidade dos territórios fizesse parte do mandato do novo presidente eleito, Luís Inácio Lula da Silva.

O conselheiro argumentou que o engajamento popular é o meio de resistir à concepção de poder absoluto e dominância do Estado sobre os povos originários:

A gente sabe que mesmo vindo do movimento indígena, a gente tem alguns indígenas que de fato vestem a camisa, que de fato sabem de onde vieram e sabem o que querem para os seus territórios, pro seu povo. E ainda tem aqueles que procuram se alienar, procuram fazer acordos obscuros, para poder levar vantagens pessoais e muitas vezes, deixar de lado aquilo que é mais importante, aquilo que deveria trazer um resultado mais positivo para dentro do seu território para dentro do seu povo. Então, nesse sentido, eu creio que também alguns indígenas precisam mudar a sua concepção. Vou citar aqui uma frase de Paulo Freire, não é que ele dizia o seguinte: **o oprimido não pode ser hospedeiro do pensamento opressor. Ou seja, eu entendo que com essa frase de Paulo Freire, eu entendo que ele está dizendo que se a gente é oprimido a gente crítica os opressores, mas quando a gente tem a oportunidade de fazer diferente e a gente não faz, a gente está contribuindo, replicando um modelo que não deu certo até agora, então a gente precisa usar outros meios.** (Grifos nossos).

Segundo a perspectiva expressa, é necessário implementar efetivamente aquilo que se acredita que terá um impacto positivo, buscando uma abordagem distinta daquela adotada pelos opressores no passado, a fim de romper com esse tabu. Acredita-se também

que as classes populares devem buscar conhecimento e demonstrar boa vontade, a fim de efetivamente causar um impacto frente ao poder público e fazer a diferença.

Ao falar que o oprimido tem a oportunidade de agir contra o opressor, nos aproximamos das abordagens de Michel de Certeau (1998) sobre as práticas cotidianas, identificadas como formas de resistência e/ou subversão, enfatizando a criatividade e a habilidade dos sujeitos em utilizar estratégias e táticas para contornar as imposições do poder. Na fala do conselheiro sobre a “oportunidade de fazer diferente e não replicar o modelo opressor”, identificamos a noção de reapropriação, muito utilizada nas análises do autor, principalmente pelo potencial criativo e transformador do dia a dia.

Inclusive, é possível estabelecer paralelos entre o trabalho de Certeau e as ideias de Foucault, pois ambos traçam as práticas de poder como assimétricas, reversíveis, instáveis, funcionais e intencionais (DE CERTEAU, 1998; FOUCAULT, 2010). Foucault destaca a importância das tecnologias políticas e das correlações de forças em um contexto histórico específico. Ele analisa como o poder se manifesta nas instituições, disciplinas e práticas de vigilância e controle. Por outro lado, Certeau enfatiza as práticas de resistência como táticas utilizadas por grupos subalternos para contestar e subverter as formas de poder dominantes. Ele destaca a criatividade e habilidade dos sujeitos em utilizar estratégias e táticas para contornar as imposições do poder, transformando pequenos poderes em espaços de guerrilha e possibilidade de transformação, e isso fica claro na fala destacada.

Ainda na conversa com o representante pernambucano, falando a respeito das especificidades do Nordeste, o entrevistado conta que para se conquistar o território tradicional muitas vezes é necessário fazer movimentos de retomada, com mobilizações próprias para pressionar o governo, até mesmo para terras já demarcadas e homologadas. Ele conta que em razão da morosidade do governo para desintrusar e cobrar indenização dos posseiros, há alguns anos foi feita uma retomada no território do povo Kambiwá, em uma fazenda de grande porte, na qual o fazendeiro obstruiu todos os poços de água existentes na propriedade antes de desocupá-la, deixando os indígenas à mercê da água da chuva ou daquela buscada em áreas distantes.

Por várias vezes as lideranças recorreram ao DSEI para solicitar apoio e nada era feito, até um dia em que decidiram resolver por conta própria:

Até que um dia a gente decidiu, eles mandaram um equipamento para tentar fazer a desobstrução de um poço que tinha próximo da onde a gente tava e não teve resultado. E aí a gente decidiu ficar com a máquina que veio para fazer a

limpeza, para poder pressionar a Funasa a perfurar um poço para a gente. E aí a gente ficou em torno de aproximadamente 15 dias. A coordenadora do DSEI na época chamou a gente para conversar, para negociar. A gente foi quando chegamos lá, eles se comprometeram que, a partir daquela data ia colocar água através de carro pipa até perfurar um poço para que o pessoal pudesse ter um abastecimento digno. E a gente negociou dessa forma, eles passaram a garantir o abastecimento de água e, posteriormente eles perfuraram o poço nessa área. Hoje nós temos 4 poços perfurados, 2 funcionando e 2 a serem instalados. Então, isso mostra também mais uma vez a participação popular, as nossas mobilizações, como elas funcionam.

O caso contado pelo conselheiro é perfeito para tratarmos da eficácia da participação “não oficial”. Cruz e Coelho (2012), em um estudo sobre participação e a organização do DSEI-MA, destacaram que os Tentehara-Guajajara (município de Amarante) utilizavam mecanismos participativos previstos oficialmente – chamados por elas de participação “autorizada” – e outras formas de participação não “autorizadas” – também chamadas de estratégias. As autoras citam como exemplos de mecanismos autorizados (não necessariamente incentivados ou previstos de forma oficial): o envio de cartas, bilhetes, abaixo-assinados e ofícios às instituições responsáveis pela saúde indígena, com o intuito de expressar as demandas; realização de encontros com o Distrito Sanitário para apresentar as reivindicações, mesmo na ausência do funcionamento do Conselho Distrital e; acionamento do Ministério Público e da Procuradoria da República.

Já em relação às ações que rompem com os modelos dos documentos oficiais para pressionar órgãos competentes e o Poder Público em geral, são elencadas as seguintes estratégias:

Ocupação de prédios da FUNASA; bloqueio de estradas nacionais e estaduais; bloqueio de ferrovias; retenção de não-índios nas aldeias (com ou sem vinculação direta com a saúde indigenista); retenção de carros a serviço da saúde indigenista; denúncias nos meios de comunicação (escrita, televisada, on-line) (CRUZ; COELHO, 2012, p. 195)

As autoras destacam que para os povos em questão, não havia separação rígida entre participação oficial e não oficial, mas sim a construção e ressignificação de mecanismos já existentes em variadas searas, e que até os indígenas investidos em cargos e funções acionavam a identidade de resistência quando não atendidos, fazendo prevalecer o sentimento de pertencimento. As motivações para os indígenas acionarem suas estratégias seriam o esgotamento de outras possibilidades de acordo e a falta de resposta das instituições, além da percepção de serem prejudicados como minoria nacional em relação às políticas públicas, especialmente na área da saúde. Isso cria um

embate entre os indígenas e a sociedade brasileira, questionando o modelo de saúde não indígena e buscando direitos diferenciados:

O acionamento das estratégias indígenas constitui um momento limite nesta relação entre povos indígenas e o Estado (DSEI-MA/FUNASA). Demonstra a utilização de mecanismos que permitem aos índios exercerem um poder de pressão capaz de impor aos não-índios a necessidade de ouvi-los. Ao utilizar tais estratégias passam a estabelecer o ritmo da negociação, ao mesmo tempo em que apresentam suas demandas. Os índios passam a deter o controle, cabendo à instituição ouvi-los e agilizar a resolução do que é reivindicado. (CRUZ; COELHO, 2012, p. 196-197).

Essa participação não oficial foi fortemente utilizada durante a expansão do Coronavírus a partir de 2020. Assim como foi visto acima sobre o período para as comunidades indígenas do Pernambuco, no Mato Grosso do Sul, de acordo com o participante, os indígenas tomaram a iniciativa de estabelecer uma barreira sanitária por conta própria. Eles montaram barracas e cada um se responsabilizou por adquirir seu próprio borrifador. Reconheceu-se que se dependessem do governo, seja municipal ou estadual, essas autoridades não resolveriam a situação rapidamente. Diante disso, a população como um todo decidiu tomar essa iniciativa.

Igualmente, no Distrito Sanitário Alto Rio Negro o conselheiro informou que houve a escolha por implementar barreiras sanitárias, sendo que cada grupo adotou abordagens específicas para estabelecê-las. Em um cenário particular, por exemplo, a equipe teve a necessidade de acessar uma aldeia, porém somente uma pessoa foi designada para entrar em contato com um parente.

Imprescindível para esse tópico também é falar do Acampamento Terra Livre, que desde 2004 é a maior Assembleia dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil. Tradicionalmente realizado em Brasília durante o mês de abril, o movimento surgiu a partir de uma ocupação por povos indígenas do Sul em frente ao Ministério da Justiça e logo teve apoio de diversas lideranças e organizações de outras regiões, como a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira e da Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste e Minas Gerais. O objetivo à época era retomar os diálogos e negociações a respeito das pautas indígenas com o governo federal.

Essas mobilizações contínuas possibilitaram conquistas importantes como a própria criação da SESAI, e os documentos finais de cada Acampamento representam boas leituras políticas do movimento em relação aos governos Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro, principalmente em relação às reiteradas demandas e reivindicações históricas,

focadas no direito originário às terras, às políticas diferenciadas e ao fim do indigenismo tutelar.

O Acampamento Terra Livre de 2023 foi a 19ª edição e terminou com a retomada oficial da política de demarcação de terras, através da homologação de seis Terras Indígenas em estados diferentes do país, após uma espera de mais de cinco anos. Durante o acampamento outras medidas também foram anunciadas, como a criação do comitê gestor da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas e a recriação do Conselho Nacional de Política Indigenista, e o movimento indígena anunciou a mobilização para acompanhar o julgamento do marco temporal no Supremo Tribunal Federal.

Outro destaque é a criação do inédito Ministério dos Povos Indígenas, pasta comandada por Sônia Guajajara, eleita deputada federal em 2022, nascida e criada na Terra Indígena Arariboia. A Ministra declarou que o momento histórico simboliza o início da reparação da invisibilidade dos direitos indígenas, e que o Ministério tem por funções principais reconhecer e garantir esses direitos, proteger povos isolados e de recente contato, demarcar, defender e gerir território e realizar o monitoramento e fiscalização de conflitos nessas terras.

A aplicação do consentimento livre, prévio e informado (CLPI), previsto em vários documentos internacionais e no Direito brasileiro, exige a participação de um órgão competente nos estágios iniciais dos estudos de projetos, empreendimentos e programas que possam afetar os direitos indígenas. Esse seria o papel do Ministério que quanto antes se envolver nessas políticas públicas, menor será a probabilidade de problemas jurídicos, sociais e políticos durante e pós sua implementação.

O alcance do novo Ministério ainda é nebuloso, até mesmo em razão das influências ruralista e militarista que os últimos anos trouxeram para dentro da Funai, coordenações regionais e outros espaços. Questões internas ainda estão em transição, e para alguns comentaristas públicos, como Sydney Possuelo – ex presidente da Funai – o cuidado deve ser para que a pasta não se torne mais um ministério sem agência e eficácia. Para ele, as candidaturas indígenas seriam ainda mais significativas, pois as questões fundamentais para os povos originários ficaram tempo demais na mão de não indígenas.

Tanto os relatórios quanto os entrevistados também mencionaram essa questão da representação indígena no Poder Legislativo como forma de aumentar a ingerência sobre as políticas públicas. Historicamente, a participação indígena na política partidária



sempre foi ínfima, até pelo fato de que o modelo parlamentar brasileiro foi idealizado a partir de agências mercadológicas e individualistas.

Desse modo, esse mesmo modelo legislativo comumente se movimenta em prol de restrições de direitos de povos historicamente vulneráveis. Prova disso é que um levantamento realizado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil identificou mais de 180 proposições em tramitação no Congresso e no Senado que afetavam diretamente os direitos dos indígenas. Dentre essas proposições, 18 buscavam diretamente inviabilizar os direitos garantidos na Constituição de 1988, como ensina a pesquisadora Pankararu, Elizângela Cardoso de Araújo Silva (2018), que destaca como a maioria dessas propostas foram e são apresentadas por membros da chamada Bancada Ruralista, um grupo político que defende os interesses do agronegócio e do patronato rural.

Talvez até em resposta as agendas anti-indígenas desse Poder Legislativo, houve um aumento significativo de indígenas nas eleições municipais de 2020. Segundo dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), os indígenas representaram 7,88% do total de candidaturas registradas, um aumento de quase 13% em relação ao pleito de 2016. Esse aumento é atribuído, em parte, à eleição de Joenia Wapichana e Sonia Guajajara, duas lideranças indígenas que têm ganhado destaque no cenário político. Para Harari (2022), o “efeito Joenia e Soninha” refletindo a presença política indígena nas eleições reflete uma mudança na percepção ocidental dos povos indígenas, que passam a ser vistos como agentes políticos relevantes e capazes de representar suas comunidades.

Baniwa (2004) questiona se a máquina político-partidária manipularia os indígenas eleitos, colocando em xeque o alcance dessa participação na defesa dos direitos indígenas, mas alerta também sobre as possibilidades dessa máquina ser apropriada por estratégias indígenas com o tempo.

De todo modo, devemos ter cuidado com a ideia de representação e como ela pode impor um modelo que reflete a organização social colonizadora. As lógicas de representação e exercício do poder do Estado diferem das formas de representação e poder indígena. Nas comunidades indígenas, não existem necessariamente estruturas políticas centralizadas, hierarquizadas e estratificadas. Embora existam líderes, como caciques, eles não possuem mandatos ou poder de mando sobre os demais. A função é articular as questões comuns, respeitando a liberdade individual e o poder da coletividade sem representação. O poder político nessas comunidades é balizado pela consciência coletiva, resultado de um processo histórico de aprendizagem, convencimento, solidariedade e reciprocidade (BANIWA 2022).

### 3.3.2 Novo Constitucionalismo Latino-americano

Nas últimas décadas, muitos foram os estudos que surgiram com a intenção principal de problematizar a exclusão política de alguns grupos sociais – entre trabalhadores, mulheres, negros, indígenas, quilombolas, ribeirinhos – mas que não apontam o fato de que tal exclusão não é um mero desvio ou crise, e sim uma condição para o funcionamento de sistemas formalmente democráticos, mas substancialmente elitistas. E é por isso que a democracia participativa, ao propor formas alternativas de organização política, precisa compreender a participação política em outras chaves.

Para prosseguir no tema, destacamos um ensinamento de Boaventura de Sousa Santos, sobre a questão dos direitos humanos e das democracias, ensinamento no qual o autor identifica a ascensão da globalização neoliberal, caracterizada pela proliferação de relações de poder extremamente desiguais, decorrentes do crescimento dos agentes privados (SANTOS, 2016). Ele elucida que a consequência deste fenômeno é que há um predomínio estrutural dos processos de exclusão sobre os de inclusão, e essa questão deve ser resolvida por meio de políticas de redistribuição social, em que surge a democracia participativa.<sup>23</sup> Portanto, é nítida a relação entre o Estado verdadeiramente democrático – baseado na participação de todos – com a concretização dos direitos humanos e fundamentais, pois em um espaço normativo de inclusão as políticas públicas são essencialmente voltadas para garantir a participação e a consequente justiça social.

Estes cenários de desigualdades, exclusão, degradação ambiental, além da crescente vulnerabilidade das populações à violência, à guerra e aos desastres, com deslocamentos maciços forçados e a migração das populações afetadas, são comumente vistos no Sul geográfico. Consideramos como Sul Global, portanto, a maioria dos países que estão territorialmente ao sul e aqueles que não se encontram dentro do espectro eurocêntrico ou norte-americano de poderio econômico e epistemologias em geral.

De forma lenta e gradual, o século XX desenvolveu um Direito Internacional direcionado a superar a expressa ênfase individualista dos Direitos Humanos. Exemplo

---

<sup>23</sup> Elucida o autor: (...) [a] nova democracia redistributiva, cuja lógica política consiste na criação de esferas públicas, não estatais, em que o Estado será o principal agente de articulação e coordenação. Nas condições atuais, a criação dessas esferas públicas é a única alternativa à proliferação de esferas privadas de tipo fascista, sancionadas pelo Estado. O novo combate democrático é, enquanto combate em prol de uma democracia redistributiva, um combate antifascista, não obstante ter lugar num campo político que é, formalmente, democrático também (SANTOS, 2016, p. 105).

disso foi a já mencionada Convenção nº 169 da OIT, que é uma das principais bases jurídicas utilizadas para mobilizar as questões étnicas na América Latina, pressionando os Estados no reconhecimento das formas originárias de organização e identidades.

A realidade é que o Sul sempre foi uma fonte inexaurível de experiências, conhecimentos, inovação social e política, diversidade cultural e de celebração das diferenças. Toda essa riqueza epistémica e política parece ter sido ignorada na maior parte do tempo, mas os experimentos da democracia participativa nestes países demonstram que a desigualdade não impede a participação e que se as questões são próximas do sujeito, elas mobilizam a energia para aquela demanda. Ao que parece essas sociedades foram se organizando para produzir uma verdadeira decisão política, a fim de garantir que mesmo na desigualdade haja participação.

Com a democracia participativa foram criados alguns dos espaços mais criativos de participação no século XX, e por mais que alguns deles possam ser ainda sucateados ou insuficientes, não deixam de ser pontos de partida. Sejam as associações da sociedade civil, os orçamentos participativos, os Conselhos ou as Conferências Nacionais, e até outros espaços institucionalizados, todos são materialização dessa teoria e, conseqüentemente, da democracia direta. A “sociedade civil” é um agente potente na construção da política, e não deixa o Estado agir a seu bel prazer, mas para além disso, as epistemologias do Sul refletem a realidade das democracias emergentes em lidar criativamente com possibilidades de reconstrução e legitimação de sociedades mais justas, livres e pluriétnicas.

A partir da leitura dos livros “*Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*” (SANTOS, AVRITZER, 2002) e “*Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas*” (SANTOS, MENDES, 2018), encerramos o texto analisando como a democracia no século XXI vem sendo (re) apropriada não pelas elites, e sim pensada a partir de outras concepções não eurocêtricas, frutos de lutas locais e regionais que se enraízam no imaginário popular. Para Boaventura de Sousa Santos (2012, p. 85):

O que é novo hoje é o facto de as classes populares se terem apropriado do ideal democrático, entrando no jogo democrático, apesar das condições adversas e das muitas frustrações, dando ao conceito e prática da democracia entendimentos novos e mais ricos (democracia participativa), expandindo-os para campos sociais antes vedados ao jogo democrático (família, escola, comunidade, relações entre sexos e entre grupos étnicos, etc.) e conquistando através das lutas democráticas alguns direitos importantes.

É por isso que os autores falam da importância de se combinar formas de democracia participativa e deliberativa com a democracia representativa, atentando-se às peculiaridades e desigualdades que certas ordens sociais possuem. Essa conjugação é capaz de fornecer novas categorias e configurações para a governança, a cidadania e a justiça social.

O que vemos como “novos modelos de participação” são instrumentos que inevitavelmente conduzirão a formas mais exigentes de representação e prestação de contas – ou *accountability*. O reconhecimento da diversidade de experiências democráticas em diferentes partes do mundo (o que Boaventura chama de “demodiversidades”) vem mostrando que preferências eleitorais ou um conjunto de exigências dirigidas aos governos não são capazes de realçar os verdadeiros processos de lutas que constroem o poder popular e criam formas contra-hegemônicas de política ao seu serviço, lutas essas que transformam relações desiguais de poder em relações partilhadas de autoridades.

A ocupação de espaços públicos, as marchas e assembleias, as denúncias públicas e demonstrações artísticas, além de protestos e ‘desobediências pacíficas’, são a concretização de um repertório do exercício de poder popular que muitas vezes é reprimido ou criminalizado. Ora, espaços públicos ocupados podem se transformar em verdadeiras arenas dialógicas para a tomada de decisões coletivas, nas quais uma visão comunitária e alheia às lideranças individualistas é capaz de renovar os preceitos de inclusão.

Para que a abordagem não fique exaustivamente teórica, selecionamos alguns exemplos extraídos da sociologia das emergências para demonstrar algumas inovações institucionais que vêm surgindo ao redor do mundo. Poderíamos citar o Orçamento Participativo de Porto Alegre (Brasil), o protagonismo feminino e o poder político em Moçambique, a transição democrática pós apartheid na África do Sul, ou as diversas lições políticas indianas, como os casos do Aam Aadmi Party (AAP) em Nova Deli ou a coleta de informações e planejamento em Kerala. Entretanto, daremos maior enfoque aos instrumentos de participação popular do chamado “Novo Constitucionalismo Latino-Americano”.

Após o processo de independência das colônias na América Latina, os países seguiram a estrutura clássica do constitucionalismo liberal americano e europeu, e foram promulgadas constituições com a igualdade formal abstratamente consagrada, além de não enfatizar ou deixar clara a relevância de se perpetuar os interesses dos grupos

indígenas, camponeses e afrodescendentes. Em razão disso, as instituições sociais e políticas sempre contaram com forte controle centralizado e burocrático de poder oficial, fazendo com que a democracia fosse exercida de forma excludente e dominada por participações elitistas. Foi a partir dos últimos 30 anos que passamos a assistir esse novo movimento constitucional, com o advento de novas constituintes evidentemente mais preocupadas com a legitimidade popular e o imperativo participativo.

Para efetivar esses objetivos, as leis fundamentais da Colômbia, Venezuela, Equador e Bolívia reservaram espaços específicos para tratar da participação e conferir instrumentos que possibilitem esse movimento do povo na formação da vontade política dos países. Esses textos renunciaram aspectos clássicos do constitucionalismo que incentivavam a democracia representativa, e os partidos políticos, por exemplo, foram mantidos, mas com um raio menor de atuação em detrimento da ação direta do povo. Isso significa que mecanismos tradicionais como o plebiscito e o referendo ganharam força e caminham agora ao lado de outras formas de participação, como a iniciativa legiferante, a eleição de juízes, a representatividade de população indígena nas Assembleias Nacionais, a criação de conselhos de cidadãos para o auxílio na planificação dos planos de desenvolvimento, a possibilidade da coexistência de um direito e de uma jurisdição própria dos povos originários, a revocatória de mandato e tantos outros.

No caso da Bolívia, por exemplo, o artigo 55 da Constituição de 2009 estabelece que o Estado Unitário Plurinacional Comunitário se estrutura – além dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário – pelo Poder Social Plurinacional, que se baseia na independência, coordenação e visão dos governos descentralizados com autonomias referendadas em diferentes entidades territoriais, como Regiões Indígenas Originárias Camponesas, Municípios Interculturais e Municípios Afrodescendentes.

Para Pastor e Dalmau (2010, p. 26), é por meio desse movimento que os países da América Latina “recuperan los procesos políticos transformadores através de asambleas constituyentes reales, es decir, aquellas que son activadas directamente por el pueblo en pleno uso de su soberanía”.

As novas formas de participação popular podem ser o primeiro passo para que estes países e outros ao redor do mundo recuperem a autonomia que perderam e eventualmente se vejam livres dos mecanismos que ainda reproduzem o colonialismo e a democracia puramente neoliberal.

A cidadania ética vem representando esse novo capítulo nas transformações dos Estados, principalmente por parte dos segmentos sociais que não se reconhecem nas

instituições de Direito existes, tanto porque elas não têm a capacidade de incluí-las, quanto porque essas populações trazem princípios próprios de organização política, justiça, produção e cultura identitárias que se articulam diretamente contra grande parte dos avanços mercadológicos e outros mecanismos violentos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo tinha por objetivo geral analisar as interconexões entre o envolvimento ativo das comunidades indígenas - tanto aqueles estipulados por regulamentos e pronunciamentos oficiais, como a efetiva participação testemunhada pelos próprios participantes - com eventuais mecanismos estatais de violência e marginalização. A questão principal, portanto, foi entender de que maneira se desenrola a participação popular indígena - sobretudo nos Conselhos Distritais e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena - e quais são as implicações desse desenrolar para os povos indígenas no contexto brasileiro?

Nos três capítulos, buscamos apresentar a história geral da legislação da saúde, alguns dos espectros de participação popular na prática e categorias correlatas à participação que podem indicar agendas maiores de pesquisa. É importante reconhecer que alguns dos objetivos iniciais que mobilizaram a temática foram se alterando no decorrer do estudo, principalmente depois da leitura dos relatórios das Conferências Nacionais e das entrevistas, que se complementaram e ampliaram nossa visão sobre os conceitos iniciais.

No primeiro capítulo foi necessária uma breve abordagem histórica sobre as políticas de saúde indígena no Brasil. Para entendermos o tempo presente foi necessário o resgate da relação entre povos indígenas e o Estado brasileiro em tempos mais remotos, já que esse processo resultou na supressão das formas de organização e expressão cultural indígenas e pautou quase a totalidade das leis e programas direcionados aos povos originários.

A Constituição Federal de 1988, os Tratados Internacionais, a criação do SasiSUS em 1999, a PNASPI em 2002, e a criação da SESAI em 2010 foram marcos temporais para essa recapitulação histórica. Em trechos seguintes do trabalho, percebe-se que as frentes indígenas e os movimentos sociais reivindicaram e lutaram por todas essas diretrizes, inclusive nas primeiras Conferências Nacionais de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.

Trouxemos ainda o paradigma participativo, presente no delineamento do SUS com o controle social, os conselhos e as conferências, com o objetivo de garantir a participação popular nas políticas de saúde. No caso dos povos indígenas, é a participação que deveria garantir que as especificidades culturais fossem abarcadas por esses programas, visto que o SUS, por si só, não seria capaz de abarcar cosmovisões diferentes daquelas consideradas “convencionais” da nação.

Mencionamos e apresentamos os conceitos oficiais de controle social, atenção diferenciada e interculturalidade, destacando a necessidade de um sistema coeso e preparado para o diálogo plural, para o exercício conjunto com autoridades comunitárias, tratamentos, curas e práticas de diagnóstico tradicionais dessas comunidades.

A participação é encarada como premissa para melhorar o controle e o planejamento dos serviços, promover a autodeterminação e a autonomia dos povos originários, e consolidar um processo político-social de agência, ao contrário daquele assistencial-tutelar outrora verificado.

O capítulo termina com uma revisão da estrutura do Subsistema de Saúde Indígena, entre Distritos Sanitários, princípios, diretrizes, órgãos e unidades de saúde, em uma verdadeira teia de serviços e administração. Observamos que muitos dos documentos legais, definições e representações visuais ligadas ao SasiSUS incorporam o termo "gestão", seguido por expressões como operacionalização, monitoramento, gerência, coordenação, execução e planejamento técnico ou político. Essa abordagem visa estabelecer um modelo que englobe todas as atividades relacionadas à saúde, coordenando as relações entre as entidades envolvidas e os beneficiários, mas o estudo revelou que a gestão quase nunca é exercida por indígenas e a burocracia é elemento basal dessa estrutura.

No segundo capítulo fizemos a análise dos cinco relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e seis entrevistas com conselheiros distritais de diferentes regiões. É inegável que essas duas formas de coleta dos dados se encontravam a todo instante, de forma que muitas das perguntas das entrevistas foram baseadas em insights na leitura dos relatórios, e esses foram revisitados após as entrevistas, de modo que novos problemas e categorias de pesquisa saltaram aos olhos.

As conferências são vistas como espaços potenciais de participação direta, e a análise documental nos voltou para divergências e lacunas entre texto e realidade. Houve uma mudança gradual de enfoque ao longo dos anos, e essas reuniões adotaram uma abordagem mais burocrática e normativa em relação à participação. Isso nos chamou

atenção para como a participação indígena continuou sendo incentivada na construção de políticas de saúde mais adequadas, ainda que os participantes também pontuassem a baixa efetivação das decisões tomadas no espaço das conferências.

De maneira unânime, as Conferências Nacionais são apontadas como o ponto crucial do controle e da participação, sendo consideradas a "instância suprema". Nesses encontros, os participantes têm conhecimento direto da realidade indígena e a Administração Pública é obrigada a atender às suas demandas. No entanto, apesar de todo o esforço, recursos e empenho dedicados às reuniões locais e distritais, o resultado das decisões frequentemente se transforma em mais um relatório burocrático, extenso e de aparência superficial.

Com esses dados, concluímos pela existência de um manejo na ideia de participação que muitas vezes se limita à realização de reuniões, e nada se relaciona a tomar decisões e gerir mudanças, como já apontava a literatura. Cargos e funções de alto escalão raramente são ocupados por indígenas, que se "limitam" a serem delegados ou conselheiros e convidados.

Em relação aos Conselhos Distritais de Saúde indígena, eles são caracterizados como entidades deliberativas, constituídas de maneira equitativa por representantes de usuários, provedores de serviços e profissionais da área de saúde. Seus principais objetivos englobam a aprovação do plano de saúde distrital, a avaliação do andamento das atividades de saúde e a análise das prestações de contas dos órgãos responsáveis pela execução das ações.

As entrevistas mostraram esses objetivos legais no cotidiano e como eles são atravessados por burocracias, desvios do interesse público, discriminação, apatia da população e formas gerais de hierarquias civilizatórias de opressão. De fato, chama a atenção que espaços institucionalizados como esse são baseados em premissas que contrastam com os métodos de organização social e política das comunidades indígenas, de forma que a amplitude do autogerenciamento desses povos na proteção dos seus direitos permanece mais uma vez nebulosa.

A exploração de uma abordagem holística à saúde indígena, unindo as práticas tradicionais das comunidades nativas com os métodos da engenharia sanitária e da biomedicina, emerge como um tema vibrante em discussões e negociações dentro de diversos contextos interdisciplinares e interinstitucionais. Essa evolução tem enriquecido a complexidade do campo de atuação do antropólogo, desencadeando uma série de



oportunidades para envolvimento ativo e exercício de controle social, conforme mencionado anteriormente.

A busca por essa integração exige uma análise profunda dos recursos retóricos adotados pelo governo, com o propósito de reconstruir as interconexões entre valores, técnicas e regulamentações. Ao fazê-lo, abre-se um panorama que permite acessar as disputas ideológicas que moldam a natureza do exercício do poder. Estas, muitas vezes encobertas pelos procedimentos estatais, podem servir como base para uma série de agendas de pesquisa que exploram as nuances da política de saúde, as percepções culturais e as dinâmicas de poder em contextos indígenas.

As percepções variadas sobre gestão também foram destaque entre os dados coletados. Enquanto para alguns entrevistados a gestão não é vista como uma tarefa central, para outros, ela se torna um ponto crítico a ser revisto quando se trata de participação. Falas sobre "reformular o modo como a gestão opera" ou "a lacuna está na gestão, na organização e no comprometimento" ecoaram repetidamente. Essas afirmações frequentemente eram seguidas pela argumentação de que a administração conduzida por indivíduos não indígenas está destinada a fracassar. Nessa perspectiva, a participação vai além das rotinas burocráticas e trâmites diários nos conselhos e conferências. Ela pode significar (i) estar na liderança da gestão - alguém que compreende as realidades e a interculturalidade - ou (ii) no mínimo, não permitir que a presença quase "invisível" da administração dite os rumos.

No entanto, essas dinâmicas exigem uma análise mais aprofundada, abrindo espaço para investigações que possam capturar os consensos possíveis e as prioridades traçadas em diferentes contextos políticos e institucionais. Esses insights podem revelar as nuances da percepção de gestão e participação entre os envolvidos, lançando luz sobre os fatores que influenciam essa visão diversificada e fornecendo orientações para possíveis aprimoramentos na configuração e operação dos processos participativos.

A burocracia também representa um campo de possibilidades para nossos estudos futuros. Como forma operacional, ela é um sistema complexo que frequentemente gera obstáculos, apresentando modelos que tanto excluem quanto incluem. Nessas dinâmicas, as ambiguidades simbólicas acabam por produzir mais indiferença e minar a concretização da interculturalidade, especialmente quando se trata da busca por espaços dentro de instituições de concessão e hierarquia, e não horizontalidade e intercâmbio.

Destacamos que era importante para a etnografia representar a diversidade geográfica do Brasil, para se entender as facilidades ou obstáculos da participação em

determinadas regiões, e isso se confirmou ao decorrer do estudo. Até pela extensão territorial, ficou evidente como os povos indígenas se diferenciam e se relacionam com as terras e questões ambientais. Entrevistados das regiões Norte e Nordeste mencionaram a dificuldade na demarcação de Terras Indígenas e questões logísticas para recebimento de assistência da saúde e realização da própria participação, enquanto no Sul e no Sudeste, os participantes mencionam proximidades com grandes centros, formas mais fáceis de acesso a reuniões e melhores estruturas. O conselheiro do Mato Grosso do Sul mencionou questões muito próprias da região, como um alto contingente de indígenas em ambientes urbanos – o que por vezes provoca preconceito e discriminação em unidades de saúde – e altos índices de conflitos entre indígenas e grandes produtores rurais, mormente de soja, e agropecuaristas. Os pontos de diversidade geográfica são frutíferos para agendas específicas de investigação e melhoramento das políticas públicas em geral.

Alguns outros pontos que ficaram pendentes de aprofundamento são as questões participativas que envolvem profissionais de base e as que envolvem gestores e coordenadores. É interessante como os profissionais indígenas e não indígenas que convivem intimamente com as comunidades por muitas vezes são ignorados, tratados apenas como reprodutores da política, e não aliados na prestação da saúde. Os gestores são apontados também como aqueles que realmente decidem e “dão a canetada”, ainda que não saibam nada sobre a cultura e as especificidades étnicas, ou nunca tenham pisado em uma aldeia.

Ainda, não podemos deixar de notar a pretensa infantilização das políticas indígenas de saúde nas falas dos conselheiros e em alguns aspectos dos relatórios. Os relatórios apresentam trechos que são praticamente cópias de programas de saúde urbana e em nada se assemelham com a realidade das comunidades indígenas. A fala do conselheiro sobre “colorir os meses” denota como as atividades designadas aos conselhos distritais podem ser rasas, ineficazes e até ingênuas.

Por fim, no derradeiro capítulo, retomamos os principais conceitos e considerações expostos no capítulo inicial, argumentando que os discursos oficiais podem propositadamente carregar ambiguidades e inconsistências no que tange à participação popular indígena. A análise dos dados conduziu uma abordagem política sob a perspectiva antropológica e os resultados foram segmentados em três áreas.

Primeiro, exploramos a fragilidade da dimensão democrática e as manobras contraditórias envolvendo a diversidade cultural, indagando sobre a sustentabilidade da interculturalidade no âmbito do controle social dentro da vida cotidiana dos indígenas.

Em um segundo aspecto, estabelecemos inferências sobre gestão e burocracia, já mencionadas acima, enfatizando que as assimetrias são um terreno em constante negociação, sendo remodeladas para servir à agenda neoliberal de dominação estatal.

A violência contra povos indígenas, enraizada desde a colonização, persiste até hoje em meio a princípios generalistas e mercadológicos. O Estado, ao naturalizar suas ações, obscurece as dinâmicas de poder subjacentes. É neste contexto que o conceito de necrogovernança é introduzido, descrevendo ações cotidianas que gradualmente deterioram as condições de vida das populações, levando-as à margem da existência.

As diversas estratégias utilizadas para lidar com a diversidade, como mecanismos de mediação, zonas de contato, discursos oficiais e tradições tutelares - todos esses termos definidos por nossos referenciais teóricos - convergem para uma mesma direção: eles emergem de várias formas de colonização do conhecimento, sustentadas por uma abordagem que tende a essencializar identidades. Nesse cenário, a saúde é empregada como uma ferramenta estratégica de intervenção estatal, onde as diversidades são gerenciadas como peças de uma disputa simbólica mais ampla. Essa disputa, por sua vez, molda a prática de um "biopoder diferencialista".

Isso significa que a saúde pode ser manipulada a direcionar as diversidades para favorecer práticas e valores hegemônicos, muitas vezes em detrimento das tradições culturais. A cultura, por sua vez, é percebida tanto como um fator positivo quanto uma barreira. Em várias ocasiões, gestores e profissionais de saúde encaram as culturas indígenas como obstáculos, ilustrando como a interculturalidade pode ser moldada por teorias e atitudes que enraízam a cultura dominante.

Há uma demanda significativa por pesquisas que aprofundem nosso entendimento do espaço político dentro da esfera da saúde, com foco tanto nas formas pelas quais a desigualdade social é manifestada e incorporada nos corpos individuais, como nas estruturas de dominação específicas que moldam as políticas e práticas do Estado brasileiro.

Outro ponto de pesquisa relevante seria uma análise longitudinal das políticas e programas de saúde indígena ao longo do tempo. Rastrear a evolução dessas intervenções, identificando sucessos, desafios e mudanças de paradigma, proporcionaria insights cruciais sobre os impactos das abordagens estatais na vida das comunidades indígenas ao longo do tempo.

No terceiro e último segmento do texto, almejando evitar simplificações excessivas e defendendo uma abordagem que não se limite ao aspecto negativo da

participação, apresentamos diversas razões que motivam o engajamento, destacando o poder da iniciativa popular. Isso se manifesta por meio de estratégias de protesto, pressão e transgressão do *status quo*, bem como através das reformas estruturais de longo alcance que a participação pode fomentar.

O movimento indígena engajado, especialmente a partir das décadas de 1970 e 1980, trouxe inovações nas estratégias de participação política, buscando ocupar espaços políticos dentro do estado. Nesse sentido, surgem formas não autorizadas de participação, que ocorrem ao lado da participação institucionalizada e motivam mudanças nas políticas. A participação, apesar dos desafios, ainda importa.

Se até então o texto explorava a possibilidade de a participação institucionalizada ter fortalecido estruturas de poder tutelar em vez de rompê-las, agora nos aproximamos do sentido em que as burocracias desses espaços também vêm sendo reapropriadas.

Houve uma série de instâncias em que os povos indígenas empregaram "pressões", "barulhos" e outros meios de participação não oficialmente reconhecidos ou institucionalizados. Algumas dessas abordagens até foram desautorizadas, porém são usadas para assegurar a prestação de serviços e a proteção de direitos fundamentais. Emergem como estratégias de guerrilha legítimas, às vezes provendo resultados imediatos em nível local, outras vezes produzindo impactos de longo prazo em uma escala nacional.

A dinâmica e heterogeneidade caracterizam o contexto da participação popular, abarcando variadas formas de envolvimento e resistência. Essas estratégias incluem ocupações de edifícios, bloqueios de estradas, retenção de não-indígenas e exposição nos meios de comunicação. Tais táticas são consideradas maneiras de confrontar e subverter as imposições do poder dominante, abrindo espaços de contestação até mesmo dentro de burocracias e sistemas essencialmente ocidentais.

O movimento indígena no Brasil, com destaque para vitórias recentes, como a criação do Ministério dos Povos Indígenas e a revitalização da política de demarcação de terras, abrirá caminhos para muitas análises nos próximos anos. Não nos olvidamos que devem existir precauções sobre a necessidade de proteger e fiscalizar novos espaços ocupados e reapropriações de poder, principalmente diante do avanço do neofascismo e vertentes autoritárias ao redor do mundo.

Entretanto, não nos escusamos também de celebrar os atores sociais indígenas que vêm fazendo negociações nesses espaços, a exemplo do Poder Legislativo e do próprio Ministério. Essas movimentações podem ser a porta de entrada para mudanças semelhantes às visualizadas em países vizinhos, que incorporaram mecanismos de

envolvimento direto, como plebiscitos, referendos e eleições de juízes. Essas inovações na participação popular são percebidas como passos cruciais para superar séculos de exclusão histórica, promovendo um avanço rumo a uma democracia mais inclusiva e participativa.

Nossas expectativas são pelo redimensionamento da cidadania étnica, capaz de abraçar os grupos sociais que não se alinham e não devem ser forçados a se alinhar com estruturas institucionais convencionais, para que alternativas organizacionais justas e expressões culturais possam desafiar e vencer a supremacia da dominação mercadológica e a violência estrutural.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia. **Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena.** Saúde soc. 2020, vol.29, n.3, e200584. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LgpbGJq6ggSLPVNqhMs8hby/?lang=pt>>. Acesso em: 28/07/2021.

ANTUNES, Paulo de Bessa. O Ministério dos Povos Indígenas e o consentimento livre, prévio e informado. **GenJurídico.** Publicado em: 18/01/2023. Disponível em: <<https://blog.grupogen.com.br/juridico/areas-de-interesse/ambiental/ministerio-dos-povos-indigenas/>>. Acesso em: 05/05/2023.

API, Edemiler. **O processo de participação dos povos indígenas no novo constitucionalismo latino-americano: um comparativo da Bolívia com o Brasil.** 2022. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/23813>>. Acesso em: 03/03/2023.

APIB. **Acampamento Terra Livre.** Disponível em: <<https://apiboficial.org/historicoatl/>>. Acesso em 21/06/2023.

APIB. **Eleições 2020: número de indígenas eleitos é o maior da história do Brasil.** Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/11/17/eleicoes-2020-em-contagem-parcial-apib-mapeia-159-candidatos-indigenas-eleitos/>>. Acesso em: 08/04/2023.

ANJOS, Anna Beatriz. Acampamento Terra Livre termina com homologação de territórios, mas indígenas querem mais. **A Pública.** Publicado em: 28 de abril de 2023. Disponível em: <<https://apublica.org/2023/04/atl-termina-com-homologacao-de-territorios-mas-indigenas-querem-mais/>>. Acesso em 21/06/2023.

BANIWA, G. L. **Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo.** Tellus, v. 7, n. 12, p. 127–146, 2007. Disponível em: <<https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/136>>. Acesso em: 05/11/2022.

BANIWA, G. L. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Nacional, LACED/Museu, 2006. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio\\_brasileiro.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf)>. Acesso em: 05/11/2022.

BANIWA, G. **O Sonho de um Parlamento Indígena no Brasil**. In: COSTA, Luciana e VERDUM, Ricardo, Índios e Parlamentos, Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004. Disponível em: < [https://www.academia.edu/4682562/%C3%8Dndios\\_e\\_Parlamentos](https://www.academia.edu/4682562/%C3%8Dndios_e_Parlamentos)>. Acesso em: 03/11/2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. Os Conselhos de Assistência Social e a construção da democracia. **Cadernos ABONG, São Paulo**, v. 30, p. 93-116, 2001. Disponível em: < [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12929](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12929)>. Acesso em: 16/02/2023.

BELTRÃO, Jane Felipe; OLIVEIRA, Assis da Costa. **Constitucionalismo Multicultural e Povos Indígenas: Outra Cidadania é Possível?** São Paulo: Boiteux, 2009. Disponível em: < [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao\\_paulo/2678.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/2678.pdf)>. Acesso em: 12/03/2022.

BELTRÃO, Jane Felipe; OLIVEIRA, Assis da Costa. **Povos indígenas e cidadania: inscrições constitucionais como marcadores sociais da diferença na América Latina**. Revista de Antropologia, [S. l.], v. 53, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/37388>>. Acesso em: 05/05/2022.

BOCCARA, G. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 195-216. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/196826/Sa%C3%BAde%20ind%C3%ADgena-ebook-4nov2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 14/12/2022.

BOWEN, Glenn A. **Document Analysis as a Qualitative Research Method**, Qualitative Research Journal, vol. 9, no. 2, 2009, p. 27-40. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/240807798\\_Document\\_Analysis\\_as\\_a\\_Qualitative\\_Research\\_Method](https://www.researchgate.net/publication/240807798_Document_Analysis_as_a_Qualitative_Research_Method)>. Acesso em: 01/12/2022.

BRASIL. **Decreto nº 9795 de maio de 2019**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm)> Acesso em: 25/03/2020.

BRASIL. **Decreto nº 11.098 de junho de 2022**. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/decreto/d11098.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.098%2C%20DE%2020%20DE%20JUNHO%20DE%202022&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,que%20lhe%20confere%20o%20art.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11098.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.098%2C%20DE%2020%20DE%20JUNHO%20DE%202022&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,que%20lhe%20confere%20o%20art.)> Acesso em: 25/03/2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.358 de janeiro de 2023.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus/legislacao-e-publicacoes/decreto-11-358-de-1o-janeiro-de-2023/view#:~:text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,em%20comiss%C3%A3o%20efun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a.>> Acesso em: 25/03/2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37488.html>>. Acesso em 19/10/2021.

BRASIL. Lei nº 6.001 de dezembro de 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm)> Acesso em: 14/03/2020.

BRASIL. Lei nº 9.836 de setembro de 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm)> Acesso em: 14/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio: relatório final. Brasília, DF, 1986.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/relatorios-das-conferencias-nacionais-de-saude-indigena>>. Acesso em: 02/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: relatório final. Brasília, DF, 1993.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/relatorios-das-conferencias-nacionais-de-saude-indigena>>. Acesso em: 02/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília, DF, 2001.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/relatorios-das-conferencias-nacionais-de-saude-indigena>>. Acesso em: 02/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília, DF, 2006.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/relatorios-das-conferencias-nacionais-de-saude-indigena>>. Acesso em: 02/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Brasília, DF, 2013.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/relatorios-das-conferencias-nacionais-de-saude-indigena>>. Acesso em: 02/07/2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709.** Relator Min. Roberto Barroso, 01 de julho de 2020. Origem: DF. Disponível em <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986>>. Acesso em: 05/08/2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: DF: Senado, 1988.

Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm)> Acesso em: 19/03/2020.

CASTILHO, Sérgio R. R.; SOUZA LIMA, Antônio C.; TEIXEIRA, Carla C. (Orgs.) **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocracias, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contra Capa, FAPERJ, 2014.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália A. **Participação e controle social em saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf>>. Acesso em: 13/11/2023.

CRUZ, Katiane Ribeiro da.; COELHO, Elizabeth Maria Beserra. **A Saúde Indigenista e os Desafios da Participação Indígena**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.185-198, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500016&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12/08/2021.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **Índios na Constituição**. Novos estudos CEBRAP. 2018, Volume 37 Nº 3 Páginas 429 – 443. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/nec/a/d9Kq7jjTt8GqR8DqBSgQbTK/?lang=pt>>. Acesso em: 05/05/2022.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **Índios no Brasil – história, direitos e cidadania**. 1 ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

CUNHA, Olívia M. G. da. **Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo**. Mana, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 287-322, out. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mana/a/XYzjLRvbTLVNnfsZVMJTYgf/?lang=pt>>. Acesso em: 25/05/2022.

DE CERTEAU, Michel. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Editora Vozes: Petrópolis, 1998. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1363>>. Acesso em 09/05/2023.

DE MENDONÇA, José Ricardo Costa. **Poder-resistência e estratégia-tática-aproximações e distanciamentos teóricos entre Foucault e Certeau**. XLVI Encontro da ANPAD - EnANPAD 2022 On-line - set de 2022. Disponível em: <<http://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/7c4121d27bf970f00f1dfdcee8f43a5d.pdf>>. Acesso em: 09/05/2023.

DIAS DA SILVA, Cristina. 2020. **Mediação Cultural entre Profissionais da “Ponta”: Formas de Violência e Desigualdade no Subsistema de Saúde Indígena Brasileiro**. P. 99-108. Anais: Reunião Equatorial de Antropologia (6: 2020: Salvador, BA). Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/32214>>. Acesso em: 25/09/20221.



DIAS DA SILVA, Cristina. **Uma crise permanente**. Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, v. 8, n. 14, p. 1-20, 1 mar. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/21974>>. Acesso em 02/08/2021.

DIEHL, Eliana E.; LANGDON, Esther J. **Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro**. Universitas Humanística, 80, 213-236. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi>>. Acesso em: 05/08/2021.

FERREIRA, Leticia; Lowerkron, Laura. **Etnografia dos documentos: pesquisas antropológicas entre papeis, carimbos e burocracias**. – 1. ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

FERREIRA, Luciane Ouriques **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes Indígenas**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103269>>. Acesso em: 14/11/2022.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 218-47. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5355>>. Acesso em: 14/12/2022.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras**. In: Langdon, EJ; Cardoso, MD. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5355>>. Acesso em: 14/12/2022.

FORSEY, Martin Gerard. **Ethnography as Participant Listening**. Ethnography 11, nº 4 (2010): 558. Disponível em: <<http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/Ethnography-2010-Gerard-Forsey-558-72.pdf>>. Acesso em: 10/06/2022.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**; Tradução Maria Ermantina Galvão. - São Paulo: Martins Fontes. 2005. Disponível em: <[https://www.tst.jus.br/documents/1295387/25018245/000763684\\_foucault\\_em\\_defesa\\_da\\_sociedade\\_sumario.pdf/74b01bfe-dae1-7cb5-cdb3-fe823674ccfb?version=1.0](https://www.tst.jus.br/documents/1295387/25018245/000763684_foucault_em_defesa_da_sociedade_sumario.pdf/74b01bfe-dae1-7cb5-cdb3-fe823674ccfb?version=1.0)>. Acesso em: 06/05/2023.

FOUCAULT, Michel. **Repensar a política (1926-1984)**. Tradução Ana Lúcia Paranhos Pessoa. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. - Rio de Janeiro:

Forense Universitária, 2010. V. 6. Disponível em: <<https://doceru.com/doc/vs0510v>>. Acesso em: 06/05/2023.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População: curso no Collège de France (1977-1978)**; Tradução Eduardo Brandão. - São Paulo: Martins Fontes. 2008. Disponível em: <<https://projetophronesis.files.wordpress.com/2009/08/foucault-michel-seguranca-territorio-populacao-curso-no-college-de-france.pdf>>. Acesso em: 06/05/2023.

FREIRE, Lucas de Magalhães. **A gestão da escassez: uma etnografia da administração**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <[https://www.academia.edu/43436261/A\\_gest%C3%A3o\\_da\\_escassez\\_uma\\_etnografia\\_da\\_administra%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_lit%C3%ADgios\\_de\\_sa%C3%BAde\\_em\\_tempos\\_de\\_crise\\_](https://www.academia.edu/43436261/A_gest%C3%A3o_da_escassez_uma_etnografia_da_administra%C3%A7%C3%A3o_de_lit%C3%ADgios_de_sa%C3%BAde_em_tempos_de_crise_)>. Acesso em: 02/09/2021.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema** - Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)> Acesso em: 22/03/2020.

HARARI, Teresa. **Políticas para adiar o fim do mundo: (re)imaginando políticas públicas a partir da presença indígena no Congresso Federal brasileiro**. Dissertação de Mestrado, FGV/EAPSP, 2022. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/32140?show=full>>. Acesso em: 06/05/2023.

HEINEN, Maíra. Povos indígenas: Covid-19 cancela ritos e ameaça cultura com morte de idosos. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2020-07/povos-indigenas-covid-19-cancela-ritos-e-ameaca>>. Acesso em: 05/10/2020.

Impactos Sociais da pandemia. **Fiocruz – Observatório Covid 19: Informação para a ação** (Saúde Indígena). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19-saude-indigena>>. Acesso em: 06/04/2022.

KRENAK, A. **O Eterno Retorno do Encontro**. In: Novaes, Adauto (org.), A Outra Margem do Ocidente. [s.l.] Minc-Funarte/Companhia Das Letras, 1999. Disponível em: <<https://doceru.com/doc/1xnvv0>>. Acesso em: 07/09/2021.

KUSCHNIR, Karina. Antropologia e política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, p. 163-167, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/VpXXF58HsFyyWTyNBtVPbNx/?lang=pt>>. Acesso em: 06/05/2023.

LANGDON, Esther Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria; Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 33-51.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina Denise. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5355>>. Acesso em: 14/12/2022.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mai-jun 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvvtB/?format=pdf&lang=pt>> [Internet]. Acesso em: 11/06/2022.

MACPHERSON, Crawford Brough. **A democracia liberal: origens e evolução**. Zahar Editores, 1977.

MARÉS, C. F. Comentário: art. 231. In: LEONCY, Léo Ferreira (org). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.p. 2147-2157.

MARQUES, Gabriel Lima. **Instrumentos de participação popular no novo constitucionalismo Latino-americano**. Direitos fundamentais e democracia II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNINOVE; Coordenadores: Jonathan Barros Vita, Margareth Anne Leister. – Florianópolis: FUNJAB, 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=178fde6398864e33>>. Acesso em: 15/03/2022.

MIGUEL, Luís Felipe. **Resgatar a participação: democracia participativa e representação política no debate contemporâneo**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 100, p. 83-118, jan/abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452017000100083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452017000100083&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/03/2022.

Ministério da Saúde. **Centro Cultural do Ministério da Saúde – Organização do DSEI e modelo assistência**. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacao/sei.html>>. Acesso em: 14/09/2022.

Ministério da Saúde. **Saúde Indígena – Composição da Sesai**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>>. Acesso em: 16/05/2023.

Ministério da Saúde. **Saúde Indígena – Sobre a Sesai**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>>. Acesso em: 16/04/2020.

NAÇÕES UNIDAS. A saúde, a educação e a participação política dos povos indígenas melhoraram na América Latina na última década. **CEPAL**. Publicado em: 22 de setembro de 2014. Disponível em: <<https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/saude-educacao-participacao-politica-povos-indigenas-melhoraram-america-latina-ultima>>. Acesso em 14/06/2023.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Disponível em:

<[http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO\\_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf](http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf)> Acesso em: 19/03/2020.

NEVES, Rita de Cássia. **Mediações em distintos campos de articulação – Saúde Indígena no Nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade.** In: TEIXEIRA, C. C.; VALLE, C. G. do; NEVES, R. C.(Orgs.). Saúde, mediação e mediadores. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRRN, 2017. p. 309 – 34. Disponível em: <[http://www.portal.abant.org.br/aba/files/140\\_00196809.pdf](http://www.portal.abant.org.br/aba/files/140_00196809.pdf)>. Acesso em: 10/10/2022.

OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **A Presença Indígena na Formação do Brasil.** – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

OLIVEIRA, Keity. Ministério dos Povos Originários: qual o significado para o Brasil e para o mundo? **Amazônia em Foco.** Publicado em: 03 de fevereiro de 2023. Disponível em: <<https://internacionaldaamazonia.com/2023/02/03/ministerio-dos-povos-originarios-qual-o-significado-para-o-brasil-e-para-o-mundo/>>. Acesso em: 03/03/2023.

ONU. **Guia: Covid-19 Y los Derechos de os Pueblos Indígenas.** Genebra, 08/07/2020. Disponível em: <[https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/OHCHRGuidance\\_COVID19\\_IndigenousPeoplesRights\\_ES.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/OHCHRGuidance_COVID19_IndigenousPeoplesRights_ES.pdf)>. Acesso em: 05/10/2020.

PAIOLLA, Murilo. Ministério Indígena não é a solução, mas sim “desbolsonarizar” a Funai, diz Sydney Possuelo. **Brasil de Fato.** Publicado em: 15 de agosto de 2022. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2022/08/15/ministerio-indigena-nao-e-a-solucao-mas-sim-desbolsonarizar-a-funai-diz-sydney-possuelo>>. Acesso em 15/05/2023.

PASTOR, Roberto Viciano. E DALMAU, Rubén Martínez. **Aspectos Generales Del Nuevo Constitucionalismo Latinoamericano.** In: Corte Constitucional de Ecuador para el período de transición. El nuevo constitucionalismo en América Latina. 1 ed. Quito: Corte Constitucional del Ecuador, 2010. Disponível em: <<https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/14/o/34272355-Nuevo-Constitucionalismo-en-America-Latina.pdf?1352144011>>. Acesso em: 10/03/2022.

PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEIRANO, Mariza. **Etnografia não é método.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j9QpMyJ9m/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15/12/2021.

PELLEGRINI, Marcos Antônio. **Participação social indígena em saúde: imaginários, práticas e (des)enquadres metacomunicativos.** In: TEIXEIRA, C. C.; VALLE, C. G. do; NEVES, R. C.(Orgs.). Saúde, mediação e mediadores. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRRN, 2017. p. 341-64. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5355>>. Acesso em: 10/10/2022.

PEREIRA, Diogo Neves. **Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil**. 2012. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/12982>>. Acesso em: 19/04/2022.

PEREIRA, Natasha Bachini. **Representação e democracia: algumas possibilidades de participação nas democracias contemporâneas**. Aurora: revista de arte, mídia e política, São Paulo, v. 8, n. 24, p. 32-51, out. 2015/jan. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/aurora/article/view/26728>>. Acesso em: 25/03/2022.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/cMLfkCcg8JcbcYsfqnCkm6P/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 19/04/2022.

Portaria MS nº254 – Ministério Público Federal. Disponível em: <[http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs\\_legislacao/portaria\\_254\\_2002.pdf/view](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf/view)>. Acesso em: 12/04/2020.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do Poder e Classificação Social**. In: SANTOS, Boaventura de Sousa, MENESES, Maria de Paula (Orgs.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Edições Almedina. SA, 2009.

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Disponível em: <[http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sursur/20100624103322/12\\_Quijano.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sursur/20100624103322/12_Quijano.pdf)>. Acesso em: 10/03/2022.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade, Poder, Globalização e Democracia**. Revista Novos Rumos, [S. l.], n. 37, 2022. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2192>. Acesso em: 05/05/2022.

RANGEL, Lúcia Helena (org). **Relatório “Violência Contra Os Povos Indígenas No Brasil, Dados De 2019” – CIMI**. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>>. Acesso em: 15/11/2021.

RANGEL, Lúcia Helena (org); LIEBGOTT, Roberto Antônio. Bolsonaro estruturou um governo de depredadores e destruidores de vidas. In: RANGEL, Lúcia Helena (org). **Relatório “Violência Contra Os Povos Indígenas No Brasil, Dados De 2019” – CIMI**. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>>. Acesso em: 15/11/2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Pedagogia do Vírus**. Ed. 1. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Poderá o direito ser emancipatório? In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **As bifurcações da ordem: revolução, cidade, campo e indignação**. São Paulo: Cortez, 2016, p. 17-111.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Portugal: Ensaio contra a autoflagelação**. – 2. ed. Coimbra: Almedina.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MARTINS, Bruno Sena (organizadores). **O pluriverso dos Direitos Humanos: a diversidade das lutas pela dignidade**. — 1. ed. — Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENDES, José Manuel (org.). **Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas**. — 1. ed. — Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

SILVA, E. C. DE A. Atuação Da Bancada Ruralista Contra Os Direitos dos Povos Indígenas. Vukápanavo: **Revista Terena**, v. 1, n. 1, p. 20–30, 2018. Disponível em: <<https://observatoriogeohistoria.net.br/vukapanavo-revista-terena/>>. Acesso em: 08/04/2023.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. O exercício da tutela sobre os povos indígenas no Brasil: um itinerário de pesquisa e algumas considerações sobre as políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. In: In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Tutela: formação de Estado e tradições de gestão no Brasil**. 1. ed. - Rio de Janeiro: E-papers, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59301>>. Acesso em: 15/04/2022.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. O Exercício Da Tutela Sobre Os Povos Indígenas: Considerações Para o Entendimento Das Políticas Indigenistas No Brasil Contemporâneo. **Revista de Antropologia**, vol. 55, no. 2, 2012, pp. 781–832. JSTOR. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/43923862>>. Acesso em: 13/07/2022.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. Sobre gerar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 11-22. Disponível em: <<http://laced3.hospedagemdesites.ws/laced/arquivos/Gestar-gerir.pdf>>. Acesso em: 07/11/2022.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil**. Vozes, 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ra/a/QwDdZXHLY7Dy6rvVQ7fPDXp/>>. Acesso em: 26/09/2022.

TEIXEIRA, C. C. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?. **Anuário Antropológico**, [S. l.], v. 35, n. 1, 2018. P. 99-128. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/7028>. Acesso em: 5 jun. 2023.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. DA H.; COSTA, N. M. A. DE. Controle Social na Saúde Indígena: Limites e Possibilidades e a Democracia Direta. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. Pág. 97-115, 2 dez. 2013. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420>>. Acesso em: 05/02/2023.

TEIXEIRA, Carla C. & DIAS DA SILVA, Cristina. 2019. **Indigenous health in Brazil: reflections on forms of violence**. Vibrant. Virtual Brazilian Anthropology. Vol. 16, pp. 1-22. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-43412019000100204&script=sci\\_abstract&tln\\_g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-43412019000100204&script=sci_abstract&tln_g=pt)>. Acesso em: 15/10/2021.

TEIXEIRA, Carla Costa. (2013). **A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira**. Revista De Antropologia, 55(2). Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59296/62332>>. Acesso em: 06/10/2021.

TEIXEIRA, Carla Costa. **Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu**. Etnográfica, 12(2): 323—351, 2008. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/etnografica/1733>>. Acesso em: 08/09/2022.

TEIXEIRA, Carla Costa. **Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?** Amazônica - Revista de Antropologia, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 716-733, abr. 2018. ISSN 2176-0675. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5672>>. Acesso em: 02/10/2021.

TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

URQUIDI, Vivian; TEIXEIRA, Vanessa; LANA, Eliana. Questão indígena na América Latina: Direito Internacional, novo constitucionalismo e organização dos movimentos indígenas. **Brazilian Journal of Latin American Studies**, v. 7, n. 12, p. 199-222, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/82316>>. Acesso em: 03/03/2023.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las Insurgencias políticoepistémicas de refundar el estado**. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, n.9, p. 131-152. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>>. Acesso em 01/12/2022.

# **ANEXOS**



## Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário da pesquisa **Participação popular indígena e a construção da saúde pública: o Direito Fundamental nos Conselhos Distritais**. Neste estudo pretendemos compreender o que se entende por participação popular na política de saúde indígena brasileira, e relacionar esse conceito com a definição de democracia, bem como com eventuais casos de violência. A pesquisa é relevante não apenas para os povos originários, mas para a sociedade em geral, pois investiga a harmonia dos conhecimentos tradicionais com as políticas públicas.

Em cumprimento da Resolução CNS 304/00, tópico III, item 2, destacamos que a pesquisa deve respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças linguísticas, e por esta razão a pesquisadora se coloca à disposição para tirar quaisquer dúvidas sobre este termo ou o conteúdo da pesquisa em geral.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: será realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado para a coleta dos dados. As entrevistas serão individuais, em data e horário de sua escolha, com perguntas sobre a participação na saúde indígena, sobre o trabalho nos Conselhos Distritais e sua relação com a cidadania. A pesquisa seguirá as disposições da Resolução CNS 304/00, que afirma e assegura o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico - prático de pesquisa em seres humanos que envolva a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. As entrevistas serão, por fim, realizadas por meio ou ambiente virtual (aquele que envolve a utilização da internet, como e-mails, sites eletrônicos, do telefone, ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios), com plataforma definida juntamente com o participante, conforme sua disponibilidade. Ao assinar esse Termo, você autoriza a gravação da entrevista, e esta será arquivada pela pesquisadora por 05 anos e depois destruída, conforme explicitado abaixo. Informa-se que o participante tem o direito de não responder a qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa.

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, e esperamos que a entrevista não gere desconfortos ou riscos a integridade física, psíquica ou moral dos participantes, pois os procedimentos desenvolvidos não os sujeitarão a riscos maiores do que aqueles encontrados em suas atividades cotidianas. De toda forma, a pesquisadora ficará atenta a qualquer manifestação dos integrantes no decorrer do estudo, preocupando-se com constrangimento ou frustrações e, caso ocorram, tomará as providências necessárias, informando sobre a sua liberdade em não responder as questões que não quiserem. A

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



pesquisadora garantirá, ainda, que caso algum fato constrangedor ocorra ou alguma situação venha comprometer a integridade dos participantes, a pesquisa será suspensa e reorganizada. Em razão do período de pandemia, a pesquisadora se atentará também para as diretrizes do Ofício Circular 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Na entrevista em ambiente virtual, pesquisador e participantes estarão em lugares diferentes (a pesquisadora estará em casa, e o conselheiro pode também estar em sua própria residência ou lugar que for mais confortável), e vão interagir pelo computador, celular, telefone ou tablet e se houver constrangimentos ou problemas técnicos (como falta de luz e sinal precário de internet), farei o possível para ajudar. Além disso, há uma limitação pelo próprio distanciamento não permitir a captura mais sutil de expressões e sentimentos. Conforme disposto na Resolução CNS 304/00, tópico III, item 2, em relação aos riscos, a pesquisa realizada não pode admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas. Não serão admitidas, também, situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social.

Consideramos, ainda, que a pesquisa possui como risco mínimo a possível identificação do participante e, para minimizar as chances deste risco acontecer, a pesquisadora compromete-se a garantir a sua privacidade e confidencialidade por meio da preservação da sua identidade, utilizando-se de nomes fictícios tanto no arquivamento dos dados quanto na sua divulgação.

Os benefícios da pesquisa serão diretos aos grupos alvo do estudo, quais sejam os indígenas, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprios. Esperamos que os conselheiros distritais utilizem do espaço nessa pesquisa para refletir sobre os caminhos da participação popular e abordar quaisquer questões de desigualdades ou cerceamento de direitos.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, terá direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento, após assinado pela pesquisadora e por você, será impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você por e-mail ou enviada

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



por correio, se preferir. É necessário que você o imprima e assine, e o envie digitalizado (escaneado ou por foto) para o e-mail da pesquisadora.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com as exigências da lei. A pesquisadora cuidará do sigilo de seu nome (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Por fim, esclarecemos que os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados que atuam em estudos envolvendo seres humanos no Brasil, com o propósito de resguardar os interesses, a integridade e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. O CEP – UFJF é responsável por analisar e emitir pareceres sobre este projeto, além de receber dos entrevistados quaisquer dúvidas, notificações de fatos importantes ou que possam alterar o curso normal do estudo, inclusive decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão do mesmo. Portanto, em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, em qualquer etapa, você poderá consultar e comunicar o Comitê de Ética, pelo telefone (32) 2102-3788, de 08h as 18h, ou pelo e-mail cep.propp@ufjf.edu.br (o endereço do Comitê consta no rodapé desse Termo).

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**Assinatura do entrevistado:**

---

Nome Participante

Data, Local.

**Assinatura da pesquisadora:**

---

Déborah Crysttina Pereira da Silva

Data, Juiz de Fora, Minas Gerais.

**Nome da Pesquisadora Responsável:** Déborah Crysttina Pereira da Silva

**Faculdade/Departamento/Instituto:** Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas.

**Fone:** (32) 98481-0550

**E-mail:** deborahcrysttina@hotmail.com

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Participação popular indígena e a construção da saúde pública: o Direito Fundamental nos Conselhos Distritais

**Pesquisador:** DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 4

**CAAE:** 55899422.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências Sociais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.355.153

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"O paradigma participativo é uma constante a partir da internacionalização dos Direitos Humanos e da redemocratização, referendado pelas diretrizes do SUS. Apesar dos avanços normativos, há uma grande tensão entre as políticas estatais e os povos indígenas. Questiona-se se a participação popular indígena nas políticas públicas de saúde é compatível com o bem-estar das comunidades, em termos de eficácia e respeito intercultural, ou se é simbólica, e oculta relações de poder entre o Estado e uma população vulnerável. Argumentamos que tanto os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), as Conferências e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs) sejam bons exemplos de esferas públicas de debates, mas deve haver uma análise aprofundada para se atestar a qualidade da participação, bem como seus conceitos para os próprios indígenas, já que muitas das demandas são constantemente reafirmadas. O objetivo é compreender, a partir da Antropologia e do Direito, o que se entende por participação popular na política de saúde indígena brasileira, e relacionar esse conceito com a definição de democracia. A pesquisa utilizará do método etnográfico, a partir da técnica de entrevista semiestruturada para coletar dados sobre o objeto de estudo, além de permitir uma análise não pautada exclusivamente em retóricas etnocêntricas."

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.355.153

para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2023.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1894732.pdf	18/04/2022 13:18:02		Aceito
Outros	CONDISI_ALTO_RIO_NEGRO_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:17:35	DEBORAH CRYSTINA	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.355.153

Outros	CONDISI_ALTO_RIO_NEGRO_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:17:35	DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_YANOMAMI_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:16:45	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	CONDISI_MATO_GROSSO_DO_SUL_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:15:09	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva.docx	28/03/2022 14:55:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_CONDISI.docx	15/03/2022 08:55:12	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Deborah_Silva.docx	15/03/2022 08:50:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Deborah_Silva_Assinada_Corrigida.pdf	14/03/2022 15:17:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.docx	16/02/2022 10:09:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Equipe_de_Pesquisa_Cristina_Dias_da_Silva.pdf	16/02/2022 10:07:52	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

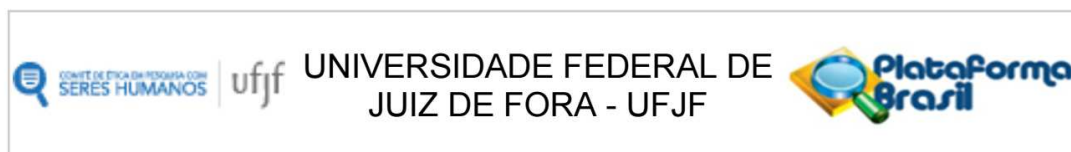
Sim

JUIZ DE FORA, 18 de Abril de 2022

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

## Anexo 3 - Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Participação popular indígena e a construção da saúde pública: o Direito Fundamental nos Conselhos Distritais

**Pesquisador:** DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 6

**CAAE:** 55899422.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências Sociais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.041.493

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de emenda a projeto aprovado devidamente fundamentada com a seguinte justificativa: "A emenda apresentada altera os seguintes campos da pesquisa: 1) Metodologia proposta; 2) Critérios de inclusão; 3) Tamanho da amostra/Grupos de entrevista; 4) Cronograma. Inicialmente, foi possível solicitar entrevistas a conselheiros distritais de três dos Distritos Sanitários mais impactados pela pandemia e que, além disso, também contavam com abordagens de participação popular assertivas e peculiares. Após a qualificação, pude perceber, em conjunto com minha orientadora, que o trabalho se beneficiaria muito de novas entrevistas, dessa vez com conselheiros (seguindo os mesmo parâmetros de serem indígenas, maiores de 18 anos e que falassem português) de Distritos que foram menos afetados pela pandemia ou que, de alguma forma, pudessem contrastar as alegações e dados anteriormente obtidos. Desse modo, entrei em contato com três conselhos distritais de outras regiões do Brasil. Essas novas entrevistas não só ampliarão os resultados, mas poderão expandir a diversidade étnica e geográfica da pesquisa. Ao conversar com conselheiros das 5 regiões do Brasil, o trabalho será mais plural e poderemos comparar os espectros de participação popular existentes no Brasil. Em razão dessa nova etapa do trabalho de campo, o cronograma também foi alterado com datas estimadas para a realização das entrevistas e consequente envio do relatório final ao CEP/CONEP".

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SÃO PEDRO

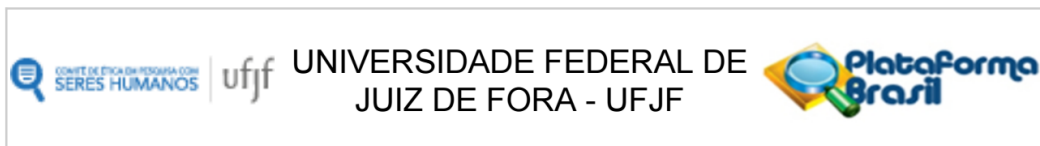
**UF:** MG

**Telefone:** (32)2102-3788

**Município:** JUIZ DE FORA

**CEP:** 36.036-900

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.041.493

uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que a emenda não introduz mudanças estruturais no projeto aprovado e propõe modificações que visam aprimorar a pesquisa, o presente parecer conclui pela sua aprovação. Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2023.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

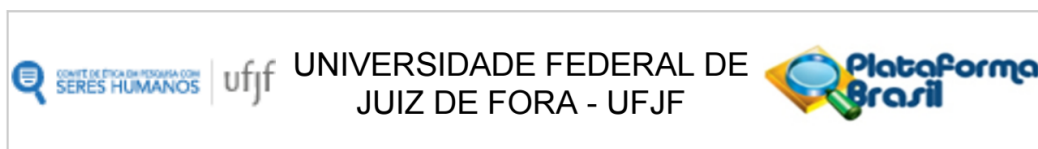
**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2116280_E1.pdf	03/04/2023 21:39:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva_COM_DESTAQUE.docx	03/04/2023 21:26:33	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br





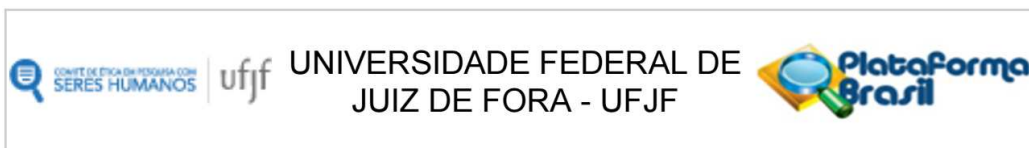
Continuação do Parecer: 6.041.493

Outros	Anuencia_Pernambuco.pdf	03/04/2023 21:25:31	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_MG_ES.pdf	03/04/2023 21:25:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_Interior_Sul.pdf	03/04/2023 21:24:40	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	03/04/2023 21:23:48	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCLE_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	06/07/2022 17:32:58	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:29:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:27:36	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_ALTO_RIO_NEGRO_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:17:35	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_YANOMAMI_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:16:45	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	CONDISI_MATO_GROSSO_DO_SUL_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:15:09	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_CONDISI.docx	15/03/2022 08:55:12	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Deborah_Silva_Assinada_Corrigida.pdf	14/03/2022 15:17:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.docx	16/02/2022 10:09:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Equipe_de_Pesquisa_Cristina_Dias_da_Silva.pdf	16/02/2022 10:07:52	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.041.493

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

JUIZ DE FORA, 05 de Maio de 2023

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

## Anexo 4 - Aprovação da Emenda ao projeto inicial pelo CEP – UFJF

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Participação popular indígena e a construção da saúde pública: o Direito Fundamental nos Conselhos Distritais

**Pesquisador:** DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 5

**CAAE:** 55899422.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências Sociais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.571.253

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas das Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1894732.pdf, gerado em 18/04/2022 na Plataforma Brasil).

**INTRODUÇÃO**

Ao tratarmos dos direitos indigenistas, a Constituição de 1988 foi inicialmente vista como a renovação da esperança, assegurando aos povos indígenas o direito a suas tradições, organizações próprias, e, em resumo, um modelo não mais pautado na ótica integracionista e meramente assistencialista, como previa o Estatuto do Índio de 1973 (SILVA, 2021). De fato, toda a legislação indigenista no Brasil desde o "descobrimento" é voltada para a integração, retratando os períodos em que foram escritos estes diplomas normativos. Sempre houve uma forte dose de intervencionismo, de "proteger para integrar", e só com a Constituição de 1988 pôde-se vislumbrar um novo tipo de relação do Estado com os povos originários (MARÉS, 2013). Junto com as questões territoriais, talvez a saúde seja a área em que mais se visualiza uma tensão com as políticas estatais. O caso da saúde indígena é emblemático pelo fato de que suas peculiaridades tradicionais precisam ser observadas, ou seja, trata-se de um direito que deve ser prestado em atenção às especificidades socioculturais das etnias. A partir da análise de alguns institutos

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.571.253

- Análise das argumentações e resultado dos dados obtidos nos relatórios e entrevistas, contraposição junto às hipóteses iniciais e realização das inferências: 01/10/2022 - 30/11/2022
  - Discussão e incremento ao texto-base para redação definitiva da pesquisa para posterior defesa da dissertação perante a banca avaliadora: 01/12/2022 - 31/01/2023
  - Envio do relatório final ao CEP: 01/02/2023 - 28/02/2023
- ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, arquivo "TCLE\_Deborah\_Silva.docx", submetido em 15/03/2022, solicita-se, para melhor informar o participante de pesquisa, que seja incluída no TCLE uma breve descrição do que é o CEP, qual sua função no estudo, e seu horário de funcionamento para atendimento ao público, conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, inciso IX.

RESPOSTA: Foi incluída na página 3 do TCLE um pequeno texto com informações sobre o CEP, sua função no estudo e seu horário de funcionamento, conforme solicitado no parecer. Segue cópia do parágrafo incluído:

“Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados que atuam em estudos envolvendo seres humanos no Brasil, com o propósito de resguardar os interesses, a integridade e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. O CEP – UFJF é responsável por analisar e emitir pareceres sobre este projeto, além de receber dos entrevistados quaisquer dúvidas, notificações de fatos importantes ou que possam alterar o curso normal do estudo, inclusive decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão do mesmo. Portanto, em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, em qualquer etapa, você poderá consultar e comunicar o Comitê de Ética, pelo telefone (32) 2102-3788, de 08h as 18h, ou pelo e-mail cep.propp@ufjf.edu.br (o endereço do Comitê consta no rodapé desse Termo).”

Na Plataforma Brasil foram inseridos, além dessa Carta-Resposta, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que o novo parágrafo aparece em destaque amarelo, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que o novo texto não aparece destacado.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA.

### Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, **manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa**

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.571.253

proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1894732.pdf	06/07/2022 17:36:43		Aceito
Outros	TCLE_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	06/07/2022 17:32:58	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	06/07/2022 17:31:27	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:29:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:27:36	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:27:14	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_ALTO_RIO_NEGRO_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:17:35	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_YANOMAMI_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:16:45	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	CONDISI_MATO_GROSSO_DO_SUL_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:15:09	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_CONDISI.docx	15/03/2022 08:55:12	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Deborah_Silva_Assinada_Corrigida.pdf	14/03/2022 15:17:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.docx	16/02/2022 10:09:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.571.253

Outros	Curriculo_Lattes_Equipe_de_Pesquisa_ Cristina_Dias_da_Silva.pdf	16/02/2022 10:07:52	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
--------	--	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

BRASILIA, 12 de Agosto de 2022

---

**Assinado por:**  
**Lais Alves de Souza Bonilha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## Anexo 5 - Aprovação da Emenda ao projeto inicial pela CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA

## PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Participação popular indígena e a construção da saúde pública: o Direito Fundamental nos Conselhos Distritais

**Pesquisador:** DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 6

**CAAE:** 55899422.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências Sociais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.069.396

## Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_2116280\_E1.pdf, de 03/04/2023).

## RESUMO

O paradigma participativo é uma constante a partir da internacionalização dos Direitos Humanos e da redemocratização, referendado pelas diretrizes do SUS. Apesar dos avanços normativos, há uma grande tensão entre as políticas estatais e os povos indígenas. Questiona-se se a participação popular indígena nas políticas públicas de saúde é compatível com o bem-estar das comunidades, em termos de eficácia e respeito intercultural, ou se é simbólica, e oculta relações de poder entre o Estado e uma população vulnerável. Argumentamos que tanto os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), as Conferências e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs) sejam bons exemplos de esferas públicas de debates, mas deve haver uma análise aprofundada para se atestar a qualidade da participação, bem como seus conceitos para os próprios indígenas, já que muitas das demandas são constantemente reafirmadas. O objetivo é compreender, a partir da Antropologia e do Direito, o que se entende por participação popular na política de saúde indígena brasileira, e relacionar esse conceito com a definição de democracia. A pesquisa utilizará do método etnográfico, a partir da técnica de entrevista semiestruturada para coletar dados sobre o

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.069.396

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram identificados óbices éticos nesta emenda.

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Não foram identificados óbices éticos. Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2116280_E1.pdf	03/04/2023 21:39:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva_COM_DESTAQUE.docx	03/04/2023 21:26:33	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_Pernambuco.pdf	03/04/2023 21:25:31	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_MG_ES.pdf	03/04/2023 21:25:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_Interior_Sul.pdf	03/04/2023 21:24:40	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_Pesquisa_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	03/04/2023 21:23:48	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCLE_Deborah_Silva_SEM_DESTAQUE.docx	06/07/2022 17:32:58	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:29:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:27:36	DEBORAH CRYSTTINA	Aceito

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br



COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.069.396

Justificativa de Ausência	TCLE_Deborah_Silva.docx	06/07/2022 17:27:36	DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_ALTO_RIO_NEGRO_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:17:35	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CONDISI_YANOMAMI_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:16:45	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	CONDISI_MATO_GROSSO_DO_SUL_Anuencia.pdf	18/04/2022 13:15:09	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia_CONDISI.docx	15/03/2022 08:55:12	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Deborah_Silva_Assinada_Corrigida.pdf	14/03/2022 15:17:24	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.docx	16/02/2022 10:09:08	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Equipe_de_Pesquisa_Cristina_Dias_da_Silva.pdf	16/02/2022 10:07:52	DEBORAH CRYSTTINA PEREIRA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

BRASILIA, 26 de Maio de 2023

---

**Assinado por:**  
**Lais Alves de Souza Bonilha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-040  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br