

Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta

Control Social en Salud Indígena: límites y posibilidades de la democracia directa

Social Control in Indigenous Health: limits and possibilities of direct democracy

Carla Costa Teixeira*

Diego da Hora Simas**

Nilton Miguel Aguilar de Costa***

realidade cotidiana da atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Palavras-chave: saúde de populações indígenas; controle social; participação social; conselhos de saúde.

RESUMO

Este artigo visa refletir sobre as conquistas alcançadas nas duas últimas décadas no campo da saúde indígena, a partir da análise das resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde e da observação das atividades da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena que o assessora. Buscamos contribuir para a compreensão da relação dos representantes dessa população com as instituições de Estado, a partir da participação nas instâncias de governo garantidas pelo dito controle social. Pensamos, portanto, os limites da democracia direta via controle social, a possibilidade de ação política que contemple o diálogo interétnico e a tradução das conquistas institucionais em melhorias significativas na

RESUMEN

Este artículo visa reflexionar sobre las conquistas alcanzadas en las últimas décadas del campo de la salud indígena, a partir del análisis de las resoluciones y recomendaciones del Consejo Nacional de Salud brasileño y de la observación de las actividades de la Comisión Intersectorial de la Salud Indígena que lo asesora. Buscamos contribuir para la comprensión de la relación de los representantes de esta población con las instituciones del Estado, a partir de la participación en las instancias de gobierno garantidas por el dicho control social. Pensamos, por lo tanto, los límites de la democracia directa vía control social, la posibilidad de acción política que contemple el diálogo interétnico y la traducción de las conquistas institucionales en mejoras significativas en la realidad cotidiana de la atención diferenciada en los Distritos

1 * Doutora em Antropologia. Professora Associada 2 no Departamento de Antropologia (DAN) da Universidade de Brasília. E-mail: carla@unb.br

2 ** Graduando em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília.

3 *** Licenciado em Ciências Sociais e graduando em Antropologia pela Universidade de Brasília.

Palabras clave: *salud de poblaciones indígenas; control social; participación social; consejos de salud.*

ABSTRACT

This article is a consideration about the goals attained in the field of indigenous health in the last decades, supported by the analysis of resolutions and recommendations published by the Brazilian Health National Council and by the observation of the Indigenous Health Intersectorial Commission, which assists the former. We intend to contribute to the comprehension of the relationship between the indigenous populations and State institutions through their participation in the government apparatus ensured by the so-called social control. Therefore, we examine the limits of direct democracy through social control, the possibility of political action that grants inter-ethnic dialogue, and the translation of achievements in substantial improvements in the everyday reality of the differentiated healthcare in the Special Indigenous Sanitary Districts.

Keywords: *health of indigenous peoples; social control; social participation; health councils.*

1 APRESENTAÇÃO

A atual política brasileira de saúde indígena, embora recente, tem marcos legais que já completaram mais de 10 anos. A lei que estabeleceu o Subsistema de Saúde Indígena (doravante subsistema) foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1999 e a Política

Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi emitida pelo Ministério da Saúde em 2002. Muitos são os trabalhos* que buscam refletir sobre os avanços e fracassos obtidos ao longo do processo de redefinição de diferentes políticas voltadas para os povos indígenas no Brasil (educação, saúde, direitos humanos etc.), políticas estas que se inserem na redemocratização que o país vivenciou desde o final dos anos 1980.

No que concerne especificamente às políticas de saúde, neste momento houve uma articulação profícua entre o movimento indígena e o movimento pela universalização do sistema de saúde. Tal articulação buscou traduzir a bandeira abrangente, que afirmava a saúde como dever do Estado, para uma agenda voltada para a população indígena, respeitadas suas singularidades. Assim, tratou-se de assegurar condições políticas para a construção de um sistema de saúde vinculado ao Ministério da Saúde (MS), e não mais ao órgão indigenista (Fundação Nacional do Índio – FUNAI), e no qual estivesse assegurada a participação indígena efetiva, através do dito controle social. Este é um termo de governo e representa o instrumento pelo qual a sociedade deve participar do processo de planejamento, operacionalização, fiscalização da execução e avaliação das políticas públicas. Seu objetivo é compartilhar entre sociedade e governo o compromisso com as ações de governo em todas as suas etapas, visando sua eficácia, não só no que diz respeito a questões técnicas e orçamentárias, mas também no que tange à pertinência e à adequação dessas políticas à

4* Dentre os quais: Lima ACS e Barroso-Hoffmann M^{1 2 3}, 2002a, 2002b, 2002c; Araújo AV et al.⁴, 2006; Luciano GS⁵, 2006; Sousa CNI et al.⁶, 2010; De Paula LR e Vianna FLB⁷, 2011; Garnelo L e Pontes AL⁸, 2012.

realidade de seus usuários.*

Desta perspectiva, tomamos como recorte etnográfico a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), tendo em vista seu processo de construção e atuação junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para refletir sobre as conquistas alcançadas nas duas últimas décadas no campo da saúde indígena. Acompanhamos as atividades da CISI desde o ano de 2006⁶, a fim de observarmos a relação dos representantes indígenas com os demais membros da comissão, com as outras entidades governamentais relacionadas à política indigenista e vemos como se organizam os discursos em torno das temáticas debatidas. Ademais, analisamos todas as recomendações e resoluções publicadas pelo CNS entre 1991 e 2012.

A escolha por focalizar o controle social, um processo de participação legalmente previsto,^{***} toma como referência tanto a relevância que lhe atribuem os movimentos

5 * Para uma abordagem da dimensão do controle social sobre a saúde exercido por meio dos conselhos de saúde, consultar Correa MVC⁹, 2000.

6 ** Carla Teixeira ocupou de 2006 a 2010 a cadeira de representante da Associação Brasileira de Antropologia na CISI e desde então membro convidada permanente da comissão. Parte das observações se devem também à pesquisa etnográfica das reuniões da comissão para projeto de iniciação científica submetido ao edital ProIC/CNPq/UnB do período 2012/2013, realizada por Diego da Hora Simas, Nilton Miguel Aguilar de Costa, Sara Godoy Brito e Marcos Júnior dos Santos Alvarenga.

7 *** No âmbito do SUS, o controle social é sugerido em diversos artigos (como o 7º 12º e 15º) da Lei 8.080/1990, mas foi de fato institucionalizado pela lei 8.142/1990, que estabelece os conselhos de saúde (órgãos colegiados permanentes com poder deliberativo) dos municípios, estados e distritos sanitários.

indígenas quanto seus desdobramentos políticos que não se esgotam naquelas instâncias. Considerando esse cenário, nosso objetivo é contribuir para a compreensão da inclusão política dos representantes indígenas nas instâncias formais de deliberação e fiscalização das ações de governo na saúde. Para tal, apresentamos a CISI, espaço de fomento de ações para a saúde indígena no assessoramento do órgão máximo do controle social em saúde, o CNS. Em seguida, fazemos uma apresentação dos principais marcos institucionais que representaram conquistas para o movimento indígena pelo direito à saúde, através do controle social e/ou demais vias de ação política acessadas pelas representações indígenas. E, finalmente, procuramos refletir sobre quais os limites da democracia direta via controle social, a possibilidade de ação política que contemple o diálogo interétnico e, principalmente, a tradução das conquistas institucionais em melhorias significativas na realidade cotidiana dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

2 CONTROLE SOCIAL INDÍGENA NO CNS

Dentre as instâncias de controle social inseridas no subsistema – as quais incluem os conselhos locais indígenas, os conselhos distritais de saúde indígena (CONDISI) e o fórum de seus presidentes (FPCONDISI), além das conferências nacionais de saúde indígena (CNSI)* – a CISI é a que tem a prerrogativa de assessorar o pleno do Conselho Nacional de Saúde, o mais alto colegiado deliberativo do SUS. Como as demais comissões intersetoriais (doravante CI), ela deve subsidiar discussões

8 * Um estudo mais detalhado das Conferências Nacionais de Saúde como instâncias de controle social podem ser encontradas em Escorel S e Bloch RA¹⁰, 2005.

e submeter recomendações que tornam-se insumos para as deliberações do Conselho no que concerne o planejamento estratégico e a fiscalização da execução de políticas, normas e programas de instituições e setores relacionados ao SUS.** Segundo texto de apresentação disponível no website institucional do CNS, a realização de estudos e debates e produção de conhecimento que contribuam para o benefício da qualidade de vida das populações indígenas são algumas de suas atribuições.

Não obstante o fato de que a saúde indígena não tenha sido abordada pela Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080 de 1990), a qual prescreve a criação de comissões intersetoriais para o Conselho e sugere seis temas a serem contemplados, a CISI foi criada, em 1991, pela mesma resolução que de fato instituiu as primeiras CI.* Ainda desconhecemos os pormenores do processo político que se deu entre a publicação da lei 8.080/90 e da resolução CNS 11/91 e que culminou com a criação da CISI juntamente com outras seis primeiras comissões. Sabemos, por conversas com representante do Conselho Missionário Indigenista (entidade que integra a CISI desde sua criação), que, a partir da articulação entre o

9 ** Informações extraídas do website institucional do Conselho Nacional de Saúde, cujo endereço é <http://conselho.saude.gov.br>

10 * Em seu 12º artigo, o texto da lei 8.080/90 diz “Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde” e, posteriormente, no artigo 13º “articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador”. Ou seja, tal lei não cria as CI, mas prevê seu estabelecimento em ato normativo posterior e resolve que esses temas devem ser contemplados. De fato, é a resolução 11/91 do próprio Conselho que estatui as sete primeiras CI, seis das quais compreendem os temas prescritos pela Lei Orgânica da Saúde. A sétima delas é a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.

movimento indígena e o movimento sanitário, a grave crise na saúde dos povos Yanomami que se acentuava desde o fim dos anos 1980 repercutiu no Conselho, sendo decisiva para o alçamento da pauta da saúde indígena já nos primeiros anos da atual formatação do CNS. Tal crise, decorrente da corrida do ouro na reserva Yanomami e que dizimou cerca de 14% de sua população somente no estado de Roraima (cf. Ramos¹¹, 1993, p. 50 apud Castellani¹² 2012 p. 44), atraiu até mesmo a atenção internacional, forçando o governo brasileiro a elaborar às pressas um programa emergencial de saúde, o qual redundou na criação, em janeiro de 1991 (portanto nove meses antes da publicação da resolução CNS 11), do primeiro DSEI (cf. Castellani¹², 2012, p. 44).

A composição atual da CISI** tem como titulares cinco representantes indígenas das diferentes regiões do Brasil,*** além de um representante de cada uma das seguintes organizações: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Antropologia (ABA), Conselho Indigenista Missionária (CIMI), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Pastoral da Criança/CNBB, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e FUNAI. Como suplentes, há um representante de cada uma das seguintes entidades: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho

11 ** Definida pela resolução CNS 380/07 e modificada pela resolução CNS nº 241/11, a qual aprova a entrada da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na Comissão.

12 *** Sendo as regiões Norte e Centro-Oeste representadas pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), as regiões Nordeste e Sudeste representadas pela Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) e a região Sul representada pela Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (ARPINSUL).

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e dos ministérios da Educação, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e Desenvolvimento Agrário. Completando o quadro de suplentes, há um representante dos prestadores de serviço de saúde e um da Força Sindical. A coordenação e a coordenação-adjunta, a cargo de integrantes do pleno do Conselho Nacional, são assumidas, respectivamente, por representante da COIAB e da CNBB.*

Objetivando construir um instrumento** que nos auxiliasse na compreensão da natureza, alcance e possibilidades do controle social das lideranças indígenas na instância máxima deliberativa do SUS, examinamos todas as 326 recomendações e 422 resoluções publicadas

13 * Muito embora a resolução CNS 380/07 determina que coordenação e coordenação-adjunta da CISI sejam assumidas por, respectivamente, APOINME e COIAB. Entretanto, desde a publicação da resolução CNS 407/08, a qual estabelece o atual regimento interno do Conselho, a APOINME deixou de se caracterizar como uma entidade ou movimento social *nacional*, uma vez que o referido documento define (em seu parágrafo 3º) como nacional apenas as representações que atuam em ao menos um terço das unidades federativas e ao menos em três regiões do país. Por atuar somente nas regiões nordeste e sudeste, a APOINME não mais integra o pleno do Conselho Nacional, nem coordena comissões intersetoriais, uma vez que somente entidades nacionais podem compor o pleno do Conselho e somente conselheiros nacionais podem assumir a coordenação das CI. Anteriormente à atualização do regimento interno, representantes da APOINME coordenavam três CI, quais sejam, Saúde Bucal, Eliminação da Hanseníase, além da própria CISI.

14 ** Uma análise mais detalhada foi feita em relatório de iniciação científica “Um estudo sobre o controle social indígena no Conselho Nacional de Saúde, a partir de suas recomendações e resoluções” de Nilton Miguel Aguilar de Costa, que encontra-se no prelo.

no website do CNS*** entre os anos de 1991 e 2012.**** Dentre esses 748 documentos, encontramos 83 (ou seja, cerca de 11%) em que questões concernentes à saúde indígena são abordadas de maneira central ou secundária.

Salientamos que não foi possível averiguarmos em que CI se originou cada uma das discussões que tratam de questões de saúde indígena resolvidas e recomendadas pelo Conselho, uma vez que poucos desses atos normativos explicitam essa informação. As representações indígenas no CNS não se concentram apenas na CISI, pois, entre 2007 e 2009, inseriram-se também em outras onze das 15 *** Acessamos apenas as resoluções e recomendações disponíveis no website institucional do CNS. As resoluções são enumeradas ininterruptamente entre os anos, ou seja, a primeira resolução de cada ano é de número subsequente à última resolução do ano anterior. Constatamos que 43 resoluções não foram publicadas no site do CNS. Já as recomendações são contadas a partir do número 01 a cada ano. Desta forma não nos foi possível verificar se após a última recomendação de cada ano há alguma outra que deixou de ser publicada no site. Assim sendo, estimamos que 24 recomendações não foram disponibilizadas, podendo esse número ser maior. A lista com recomendações e resoluções não disponibilizadas no site do CNS e, portanto, não analisadas encontra-se em apêndice.

16 **** De fato, a primeira resolução do CNS disponível em seu website foi publicada no Diário Oficial da União no dia 14 de junho de 1988. Todavia, essa resolução é de período anterior à atual formação do Conselho, baseada em ampla participação de representantes da sociedade civil e na existência de comissões intersetoriais temáticas. Os marcos legais da atual formação são o decreto 99.438 (que dispõe sobre a organização e atribuições do CNS) e a lei 8.080 (que, entre outras providências, prescreve a criação das comissões intersetoriais), ambas do ano de 1990. Ademais, nenhuma outra resolução foi publicada entre os anos de 1988 e 1990 e aquela única a ter sido publicada foi revogada em 1996. Assim sendo, para fins de análise, consideraremos apenas o período que compreende os anos de 1991 a 2012.

vinte e seis CI do CNS.* No entanto, em que pese o fato de que a CISI não seja mencionada em todas essas resoluções e recomendações, cerca de 43% dos documentos examinados que dispõem sobre saúde indígena fazem menção a essa comissão. E o mais importante, não há dúvidas de que a existência de uma CI com a finalidade específica de atuar na política de saúde indígena, tendo a participação de representantes indígenas, foi fundamental na consolidação de uma agenda indígena no CNS.

2.1 RECOMENDAÇÕES DO CNS

Cerca de 10% das recomendações examinadas dispõem, de maneira central ou secundária, sobre questões atinentes à saúde dos povos indígenas, fazendo desse o segundo tema mais recorrente entre as recomendações, superado apenas pela saúde do trabalhador.** Observamos que em períodos de grandes mudanças na estrutura do subsistema tais questões se destacaram entre as recomendações feitas pelo CNS a órgãos dos poderes executivo e legislativo. No ano de 1998, por exemplo, em que, com a revogação do decreto presidencial 1.141/94, a FUNASA assumiu a gestão das ações em saúde indígena

17 * São elas as comissões de: Alimentação, Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente e Jovens, Educação Permanente do Controle Social no SUS, Eliminação da Hanseníase no Brasil, Práticas Integrativas e Complementares do SUS, Saneamento e Meio Ambiente, Saúde Mental, Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, Saúde da Pessoa com Deficiência, Trauma e Violência.

18 ** A saúde do trabalhador ocorre com uma frequência muito maior que qualquer outro assunto entre as recomendações publicadas pelo CNS, totalizando um número aproximadamente três vezes maior que o da saúde indígena.

(as quais anteriormente dividiam-se entre ações curativas sob responsabilidade da FUNAI e ações preventivas sob responsabilidade da FUNASA), cerca de um quarto de todas as recomendações publicadas pelo CNS pautaram temas de saúde indígena. Essa proporção se repetiu no período que compreende os anos de 2009 e 2010, no qual se desenrolou a transferência da responsabilidade pelo subsistema da FUNASA para o Ministério da Saúde, culminando com o estabelecimento da SESAI. É visível, portanto, que as lideranças indígenas com representação nas comissões intersetoriais e no pleno do Conselho participaram ativamente do debate que precedeu as grandes mudanças nos marcos legais que definiram a responsabilidade pela gestão da estrutura no subsistema de atenção à saúde indígena das duas últimas décadas.

Além de debater sobre os atos normativos que regulam o subsistema (assunto pautado por 25% de todas as recomendações que abordam a saúde indígena), o Conselho também recomendou a diversos órgãos e setores ligados à gestão das políticas de saúde ações que: (i) transformassem a estrutura e gestão do subsistema (como definição de estratégias para o estabelecimento da SESAI e para o processo de gestão autônoma dos DSEI e a formulação de uma norma operacional básica para a saúde dos povos indígenas); (ii) e que adequassem políticas públicas em saúde para a realidade dessas populações (que abrangem temas que vão desde a distribuição de merenda escolar e programas de saúde bucal a formação de recursos humanos indígenas para atuação nos DSEI).

As recomendações do CNS também constituem instrumento a partir do qual as

representações indígenas lançam mão do controle social para monitorar o funcionamento do subsistema, por exemplo: (i) ao proporem o levantamento de ações realizadas por agências missionárias; (ii) a garantia do acompanhamento de lideranças na escolha do quadro de dirigentes da FUNASA; (iii) e a solução para problemas diversos concernentes às atividades de órgãos e setores responsáveis por políticas para a saúde indígena.

Completando os temas pautados por recomendações feitas pelo CNS, está a convocação, realização, divulgação, bem como a implementação de deliberações de encontros e conferências sobre saúde indígena. Isto posto, verificamos que cerca de 87,5% (28) das recomendações feitas pelo CNS, que discutem questões concernentes à saúde indígena, dispõem sobre a regulação, gestão e funcionamento de políticas públicas, enquanto 12,5% (4) delas abordam eventos que se constituem como relevantes espaços de debate dessas políticas. Ou seja, além de pautar a discussão sobre políticas públicas, o Conselho fomenta, por meio de recomendações, conferências que, por sua vez, orientam diversas recomendações e resoluções do próprio Conselho sobre as políticas públicas.*

2.2 RESOLUÇÕES DO CNS

Diferentemente das recomendações a partir das quais o pleno do CNS sugere a tomada de ações para diversos órgãos e setores dos três poderes, as resoluções são deliberações que se traduzem em portarias do ministério da

19 * Recomendações sobre temas como a revisão do decreto presidencial nº 1.141 de 1994, a instituição da SESAI e a modificações no projeto de lei nº 3.958 de 2008, por exemplo, basearam suas considerações em deliberações de eventos sobre saúde indígena.

Saúde, uma vez homologadas pelo ministro de Estado,** seja por anuência do mesmo, ou através de negociação política, ação judicial ou acionamento do Ministério Público (cf. Néder¹³, 1994, 40). Cerca de 12% das 422 resoluções que examinamos ressaltam questões relacionadas à saúde dos povos indígenas. Apenas uma delas não foi homologada, qual seja a resolução 304/2000 que aprova normas para pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a questão dos povos indígenas uma entre diversas outras por ela consideradas.***

Destacam-se dentre esses atos normativos as deliberações sobre a estrutura organizacional do próprio CNS, as quais somam metade de todas as resoluções examinadas, e que abordam desde a criação e a estrutura organizacional das CI à aprovação de regimentos eleitorais e a periodicidade de reuniões. Nas sete resoluções publicadas entre 1992 e 2011 que alteram a composição da CISI, percebe-se uma progressiva ampliação da participação das representações indígenas na comissão. Na primeira composição da CISI, de 1991, haviam dois representantes de usuários, um da União dos Povos Indígenas (UNI) e um da União dos Povos da Floresta. Em 1992,**** a cadeira de dois representantes de gestores e a da União dos Povos da Floresta foram cedidas a representantes do Conselho de Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (CAPOIB), da Comissão de Articulação dos Povos 20 ** No caso dos CONDISI, cabe ao secretário especial de saúde indígena fazê-lo.

21 *** A questão da ética em pesquisa com povos indígenas é objeto de recorrente discussão e controvérsia nas associações científicas interessadas em pesquisas com seres humanos. Interessados na perspectiva antropológica sobre o tema consultar Victora C et al.¹⁴, 2004 e Fleischer e Schuch¹⁵, 2010.

22 **** A partir da resolução nº 34 de 1992, que baseia suas considerações no relatório final do Painel de Saúde do Índio, da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Indígenas do Nordeste e da UNI—Acre e Sul do Amazonas. Em 1996***** a composição da CISI é reestruturada e são garantidas quatro vagas de titular para representantes indígenas, as quais são empossadas por um representante da COIAB, um representante do Conselho Indígena de Roraima, um representante da UNI—Acre e Sul do Amazonas e um representante da APOINME. Em 2007* esse número saltou para sete. Cinco cadeiras de titulares são designadas para lideranças das regiões do país e os cargos de coordenação e coordenação adjunta são ocupados por organizações indígenas, muito embora, como observado acima, atualmente a coordenação-adjunta esteja a cargo de representante da CNBB.

Ademais, por meio das resoluções do CNS, a participação das lideranças indígenas também se expandiu para outras comissões, sendo que atualmente há ao menos um representante indígena em quase metade das CI. Considerados esses dados, nota-se que desde 1991 o número de representantes dos povos indígenas aumentou quase dez vezes nas comissões que assessoram a instância máxima de deliberação do SUS.** Talvez por isso, não obstante o

23 ***** Com a publicação da resolução nº 137 de 1996.

24 * Quando da publicação da resolução nº 380 de 2007, que define a atual composição da CISI.

25 ** Somando-se todas as vagas destinadas, por resolução, a representações indígenas em doze das vinte e seis CI, encontra-se um total de dezenove indígenas compondo as comissões que assessoram o Conselho (sendo treze atuando como titulares, dois como coordenadores, além de quatro suplentes). Representantes da COIAB ocupam onze dessas cadeiras, sendo três na CISI (coordenando a comissão e representando as regiões norte e centro-oeste) e nove em outras CI, sendo seis deles seis titulares, um suplente, além do coordenador-adjunto da CI de Saúde Bucal. Outras seis cadeiras ocupadas por organizações do movimento indígena são distribuídas entre: a ARPINSUL, representando a região sul na CISI, e a APOINME, representando as regiões nordeste e sudeste na CISI e contando também

fato de que o número de CI do Conselho tenha aumentado de sete para vinte e seis, a proporção de resoluções e recomendações que tratam de questões relacionadas à saúde indígena não tenha diminuído. Ao contrário, a proporção de resoluções que dispõem sobre questões de saúde indígena aumentou a partir de 2007, ano em que foram criadas diversas CI e que outras já existentes foram reestruturadas, integrando em sua composição representantes indígenas. Percebe-se, por conseguinte, que, deliberando sobre a estrutura do próprio controle social, a mais alta instância de controle social do SUS viabiliza a ampliação dos debates sobre a agenda da saúde indígena.

Cerca de 30% das resoluções do CNS também abordam questões semelhantes às aquelas tratadas pelas recomendações, quais sejam a regulação, gestão e funcionamento das políticas públicas em saúde, além de encontros e conferências em que tais políticas são discutidas. Destacam-se entre essas resoluções as que dispõem sobre o processo de estruturação dos DSEI, deliberando sobre questões que vão desde a elaboração de critérios para sua delimitação geográfica, cultural, populacional e administrativa até a reestruturação de toda rede dos Conselhos de Saúde. Por meio de resoluções, o CNS também aprova normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

Categorizados em assuntos-chave as

um membro titular na CI de Eliminação da Hanseníase. As quatro outras vagas são empossadas por presidentes dos CONDISI, representando os FPCONDISI. Junto à COIAB o FPCONDISI possui um membro titular (além de dois suplentes) no pleno do Conselho Nacional. Entre conselheiros nacionais, suplentes de conselheiros nacionais e membros titulares e suplentes das comissões intersetoriais, há um total de vinte e cinco cadeiras disponíveis para representações indígenas na estrutura do CNS, das quais oito são para suplentes.

questões sobre as quais dispõem as resoluções do CNS se distribuem da seguinte maneira:

Tabela 1: Resoluções do CNS que dispõem sobre questões de saúde indígena distribuídas por assuntos-chave agrupados.

Assuntos-chave agrupados	Qtd.	%
Pesquisa em saúde indígena	5	9,8
Eventos sobre saúde indígena	5	9,8
Políticas públicas para saúde indígena	15	29,4
Estrutura do CNS	25	49
Total	51	100

Observamos, ainda, que resoluções publicadas pelo Conselho são também instrumentos a partir dos quais a CISI reitera e salienta suas funções para as outras instâncias de poder, sobretudo ao resolver sobre os atos normativos do poder legislativo. A resolução 45/93, por exemplo, aprova propostas feitas pela CISI para modificar o substitutivo da deputada Tereza Jucá ao projeto de lei 2.057/91, conhecido como Estatuto do Índio. Dentre elas está a de alteração de um dos artigos do PL, para o seguinte texto:

O órgão federal de saúde atuará através de: I – Coordenação de Saúde do Índio, da [FUNASA], a qual caberá o controle das ações de saúde entre os povos indígenas. II – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, vinculada ao [CNS], a qual **caberá propor a Política Nacional de Saúde do Índio, através da formulação de princípios, diretrizes e estratégias de ação relativas à saúde dos povos indígenas** (grifo nosso).

Essa resolução também considera desnecessária a criação, proposta pelo substitutivo, de uma “Comissão de Saúde do Indígena”, sob a justificativa de que já havia,

além da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, a própria CISI, descrita como de “maior abrangência e representatividade institucional e indígena.” Posteriormente, outras propostas de alteração ao anteprojeto de lei do novo Estatuto do Índio foram feitas pela resolução CNS 121/1994. Esta recomenda, entre outros pontos, a substituição de dois artigos do anteprojeto pela seguinte redação:

A formulação dos princípios, diretrizes e estratégias da política nacional de saúde para as comunidades indígenas, bem como o controle da execução desta política cabe à Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, vinculada ao [CNS] (grifo nosso).

E, por fim, a resolução CNS 59/1993 pontuara, ao recomendar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde se adeque à especificidades das comunidades indígenas, que suas políticas deveriam acatar as orientações da CISI, “que tem, a nível federal, as mesmas atribuições dos Núcleos Regionais de Saúde Indígena.”

3 ALÉM DO CONTROLE SOCIAL

Quando falamos de controle social, estamos nos referindo aos diferentes mecanismos que nas últimas décadas o governo brasileiro, em suas variadas composições políticas, tem criado para gerar o que atualmente é denominado na política de saúde, nosso foco, “gestão estratégica e participativa” ou, numa denominação mais abrangente, “democracia direta”. Este tipo de concepção de gestão consiste basicamente de instâncias do tipo conselho, compostas por usuários (50%), gestores (25%) e trabalhadores da saúde (25%) e que são mais normatizadas em seu funcionamento conforme tenham ou não

poder de deliberação. Isto em que pese o fato de qualquer deliberação necessariamente ter de ser sancionada pelo representante do poder Executivo no qual o conselho se insere. Existem ainda as conferências nacionais de saúde e as conferências nacionais específicas para a saúde indígena que ocorrem periodicamente* com a função de fazer diagnósticos e propor orientações para as políticas de governo – cuja composição é similar à dos conselhos. Tal organização híbrida de regime de governo tem como meta inserir de forma subalterna algumas práticas de participação cívica direta permanente no bojo da democracia representativa eleitoral que qualifica o sistema político brasileiro. Contudo, como veremos, não o faz sem tensões e suas consequências têm gerado controvérsias.

Estudos realizados em conselhos nacionais localizados em diferentes ministérios têm destacado sua relevância para a ampliação da governança democrática e pontuado seus desafios e limitações.** A principal limitação apontada na atuação destes canais institucionais de participação é o seu baixo impacto nas políticas públicas tanto do ministério em que se inserem como em termos gerais (Congresso Nacional, outros ministérios, iniciativa privada etc.). Todavia, tal avaliação de impacto nem sempre é compartilhada pelos que participam dos conselhos. No caso específico do CNS, investigação realizada em 2012 revelou que 71% dos conselheiros reputavam como significativa e muito significativa a influência do Conselho nas políticas públicas do ministério da saúde (IPEA²¹, 2013b). Como nossas observações em

campo se limitaram à comissão que assessora o Conselho nos assuntos que envolvem a saúde indígena, não temos como avançar na compreensão dessa opinião dos conselheiros. Contudo, no que concerne à referida comissão (CISI) o desenvolvimento da política de saúde indígena é, como pontuamos acima, marcado por ações políticas bem sucedidas do movimento indígena e dos seus representantes políticos nesta.

Assim, como já dito, verificamos a articulação do movimento indígena com o movimento pela reforma do sistema de saúde já nos primeiros momentos de definição do novo sistema de saúde, que seria instaurado com a volta da democracia no Brasil. Tal articulação garantiu que a CISI compusesse o primeiro conjunto de comissões criadas para assessorar o Conselho Nacional de Saúde em 1991. Garantiram, neste momento, um fórum de participação institucional predominantemente formado por lideranças políticas indígenas, que viriam em 2006 a conquistar duas cadeiras no Conselho Nacional de Saúde e também assumir a coordenação da CISI.

Em termos de organização do serviço de saúde, observamos a conquista da instituição de um subsistema para a saúde indígena no final dos anos 90. O país tinha, desde a Constituição Federal de 1988, estabelecido o Sistema Único de Saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Neste quadro, os indígenas se mobilizaram para garantir que no caso específico da saúde indígena a descentralização das ações de saúde básica não se fizesse via municipalidade, mas que fossem criados distritos sanitários especiais vinculados diretamente ao governo federal – responsável

26 * As primeiras ocorrem de quatro em quatro anos e não há regularidade entre as segundas.

27 ** Entre eles, Carneiro CBL¹⁶, 2007; Teixeira ML¹⁷ et al., 2009; Souza CHL e Lima PPF¹⁸, 2012; Bispo Jr JP e Gerschman S¹⁹, 2013. IPEA²⁰, 2013a.

legal pelos assuntos relativos aos povos indígenas. Seu argumento era de que justamente no âmbito do poder municipal encontravam-se seus inimigos históricos: grandes produtores agrícolas, pecuaristas etc. Desta perspectiva, entregar a responsabilidade pela atenção primária à saúde indígena aos municípios era visto como contrário aos interesses indígenas e, principalmente, como sinônimo de desassistência. Além de permitir uma descentralização distinta, os DSEI previstos no subsistema compunham a proposta de que deveria ser construído um serviço de atenção diferenciada para os indígenas, ou seja, um serviço que considerasse as especificidades desses povos. Ainda, o subsistema previa que fossem criadas instâncias de participação formal no âmbito das aldeias e dos DSEI, respectivamente, Conselhos Locais de caráter consultivo e Conselhos Distritais de caráter deliberativo. Assim, as lideranças indígenas lograram, pela criação do subsistema, garantir a descentralização sem os municípios; o direito à diversidade em articulação com o princípio da universalidade, tendo sido o princípio da atenção diferenciada incorporada de forma central na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 2002; e a ampliação dos espaços de participação especificamente indígenas na gestão da saúde.

Por fim, gostaríamos de destacar a habilidade das lideranças indígenas (membros da CISI, presidentes de CONDISI, líderes tradicionais e articulações políticas indígenas regionais e nacional) na condução de seus interesses durante a crise política e administrativa que culminou com a criação da SESAI em 2010. Esta era a proposta predominante no movimento indígena e nos canais de participação indígena

na gestão governamental da saúde e tivemos a oportunidade de acompanhar de perto as negociações com o MS e com o Congresso Nacional que sancionou a proposta enviada pela Presidência da República. Nestas oportunidades, as lideranças indígenas foram incansáveis e competentes na busca por convencer seus interlocutores de que esta era a melhor solução para a situação precária das condições de saúde dos povos indígenas. No dia em que o plenário do Senado aprovou a criação da Secretaria o fez por unanimidade e com uma performance inusitada: os senadores aplaudiram o público que assistia a votação composto predominantemente por indígenas, muitos deles com ornamentos tradicionais.

Assim, gostaríamos de argumentar que a compreensão da relevância do exercício do controle social indígena, ou seja, da participação indígena nas instâncias dentro das estruturas estatais da gestão da saúde deve considerar sua eficácia num duplo registro, intrinsecamente articulado: na atuação bem sucedida na definição das políticas de saúde indígena (observadas nas recomendações e resoluções acima expostas) e no que concerne ao desenvolvimento da competência discursiva indígena nas negociações políticas com representantes de governo. Uma competência que tem se expressado na atuação das lideranças indígenas pela combinação: (i) do manejo das estatísticas, das normas legais e da experiência de vida nas aldeias com (ii) o conhecimento das possibilidades institucionais ao alcance do controle social; ambos confluindo para (ii) a construção de uma retórica sofisticada em que cidadania diferenciada, direitos humanos e biolegitimidade (Fassin²³ 2001; 2005) se apresentam hierarquizadas conforme o

contexto.

Com isto queremos destacar que a participação indígena no controle social é um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde, mas também, e não menos importante, um valor em si, na medida em que se constitui em um processo de aprendizado dos meandros da luta política na sociedade nacional, bem como de progressivo reconhecimento dos povos indígenas como sujeitos políticos legítimos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na dimensão instrumental do controle social, até agora argumentamos no sentido de destacar a capacidade das representações indígenas construírem políticas de governo de seu interesse. A questão que gostaríamos de propor para finalizar este artigo é relativa à tradução do sucesso político normativo (políticas de governo) na melhoria das condições de vida de homens e mulheres indígenas nas aldeias.

Os resultados são reduzidos. Segundo depoimento de diferentes representantes indígenas na CISI nos últimos anos (2006-2013), os problemas de saneamento e de água potável permanecem e por vezes se agravaram, como entre os Guarani-Kaiowá e os Xavante. Se considerarmos os indicadores de saúde produzidos pela FUNASA, embora alguns tenham melhorado, continuam muito piores do que os da população nacional. O coeficiente de mortalidade infantil em indígenas caiu entre os anos 2000 e 2006 de 74,6 para 48,6 (por mil vivos), permanecendo contudo quase duas vezes maior do que o coeficiente nacional que foi estimado em 25,1 para 2006 (Basta, Orellana e Arantes²⁴, 2012). Tudo parece

indicar, portanto, que haveria uma inclusão política sem consequências consistentes para a melhoria das condições materiais de existência dos indígenas.* Nas palavras de Kleber Karipuna, então coordenador-tesoureiro da COIAB e atual presidente do CONDISI Amapá e Norte do Pará: “A população indígena exerce um controle social. Participa, reclama, apoia quando é necessário, expõe quais são os problemas que devem ser atacados para melhorar a atenção à saúde indígena, mas, infelizmente, na prática, isso não funciona; não conseguimos ver a melhora de fato” (Baniwa e Karipuna²⁵, 2012). Nessa disjunção entre reconhecimento político e desconsideração cívica na efetivação dos direitos, surge a indagação sobre se a eficácia política das lideranças indígenas nas instâncias estatais irá manter-se sem impactar positivamente na vida cotidiana daqueles a quem representam.

O que temos observado é preocupante. Tem sido frequente o deslocamento de indígenas (homens e mulheres) de suas aldeias para a capital federal a fim de falar diretamente com o Secretário Especial de Saúde Indígena, por vezes adentrando em reuniões e desconsiderando seus representantes que lá estão. Sem pretendermos tirar conclusões precipitadas, contudo, é preciso destacar que a descontinuidade entre eficácia simbólica e material, os estudos antropológicos já demonstraram, dificilmente se mantém por muito tempo. Esse parece ser o desafio atual do protagonismo indígena no Brasil. Um desafio que, é importante destacar, vem a ser compartilhado por todos os que apostam na

28 * Estudos recentes em outras instâncias participativas em órgãos de governo indicam que esta não é uma realidade exclusiva do controle social indígena na saúde.

estratégia de ocupação dos espaços internos às estruturas estatais: não apenas influenciar as políticas de governo, mas garantir que suas determinações saiam do papel.

Cientes disso, as articulações políticas indígenas tem intensificado outros tipos de ação política além das previstas na governança democrática a fim de garantir que o sucesso do protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde, e em outras, torne-se uma realidade imediata e duradoura na jovem democracia brasileira. São as estratégias políticas combinadas que pudemos ver, com expressão espetacular, este ano no Abril Indígena com a ocupação da Câmara dos Deputados em Brasília e várias Câmaras Municipais em todo país; e na Semana de Mobilização Nacional Indígena com audiência pública no Senado, agenda com os ministros do Supremo Tribunal Federal, manifestação que, em sua caminhada pelos Três Poderes, incluiu um único ministério: o da Saúde. Se estes exemplos tiveram como temática central os direitos territoriais indígenas - sua manutenção e expansão, esse tipo de atuação tem se mostrado central também nas políticas de governo setoriais.

Assim, na política de saúde indígena verificamos somente no último mês de setembro a ocupação da sede do DSEI do Médio Purus (AM) em Lábrea – na busca por melhorar o atendimento, mudar o coordenador do DSEI e barrar as interferências partidárias no DSEI* – e também da sede do DSEI Mato Grosso do Sul, em Campo Grande, com objetivos

29 * Rosha D. Povos indígenas ocupam sede do DSEI de Lábrea, Amazonas [Internet]. Conselho Indígena Missionário. 2013 set. 13 [acesso em 2013 nov. 19]. Disponível em: <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7145>

similares.** Longe de ser novidade, estas ocupações de sedes de DSEI vêm ocorrendo com frequência há muitos anos, por vezes, com detenção de funcionários, tendo sido o próprio secretário Antonio Alves (SESAI) detido em Barra do Corda (MA) quando fazia a entrega de viaturas ao DSEI em julho deste ano.***

A adequada compreensão das possibilidades de tais estratégias, requer que se amplie a lente de enquadramento e se considere a situação dos povos indígenas no Brasil, e sua agência política, no horizonte abrangente de profunda assimetria de poder e de exclusão que tem caracterizado suas relações com a sociedade nacional. Como disse recentemente o antropólogo e liderança indígena Gersen Luciano Baniwa: “Quando observamos a difícil situação de vida dos povos indígenas, pelas permanentes violações de seus direitos básicos, como o direito ao território e à saúde, podemos acreditar que ou o país ainda não definiu seu projeto de nação; ou já definiu e neste projeto não há lugar para os povos indígenas.”****

Mas também urge considerar a eficácia dessas ações políticas não institucionalizadas na especificidade do conjunto do controle social,

30 ** Sposati R. MS: indígenas ocupam sede do distrito de saúde; leia carta [Internet]. Blog da Articulação dos Povos Indígenas Brasileiros. 2013 set. 18 [acesso em 2013 nov. 19]. Disponível em: <http://mobilizacaoacionalindigena.wordpress.com/2013/09/18/ms-indigenas-ocupam-sede-do-distrito-de-saude-leia-carta>

31 *** Autores do blog Questão Indígena. Índios sequestram comitiva do Ministério da Saúde no Maranhão [Internet]. Blog Questão Indígena. 2013 jul. 20 [acesso em 2013 nov. 19]. Disponível em: <http://www.questaoindigena.org/2013/07/indios-sequestram-comitiva-do.html>

32 **** Pimenta T. Atual projeto de nação não tem lugar para povos indígenas, diz indígena e doutor em antropologia. EBC. 2013 abr. 12 [acesso em 2013 nov. 19]. Disponível: <http://www.ebc.com.br/cidadania/2013/04/indigena-e-doutor-em-antropologia-social-fala-sobre-projeto-indigenista-para-o>

ou seja, não apenas na proposição de políticas públicas, mas, sobretudo, na gestão cotidiana dos serviços prestados a partir das políticas de governo conquistadas. Afinal, tais serviços são fundamentais justamente na alteração das condições de saúde nas comunidades indígenas, uma realidade que, como destacamos, tem se modificado muito lentamente em um processo marcado por avanços e retrocessos.

Como atuar no cotidiano da saúde indígena? Este parece ser o desafio sobre o qual várias lideranças com experiência nos CONDISI, espaço por excelência do exercício do controle social nas comunidades indígenas, têm refletido. A complexidade da indagação tem suscitado uma abordagem que considera múltiplas causalidades. As reflexões apontam desde a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da “burocracia” estatal até o reconhecimento de que é preciso que o movimento indígena promova a reprodução de lideranças que detêm mais experiência nesta atuação, passando pela crítica às normas legais do controle social que controlariam mais a representação indígena do que permitiriam que este controlasse as ações de governo. Tais análises revelam densidade política quando as lideranças indígenas as inserem na compreensão de que o controle social é um campo de forças, no qual têm de fazer valer a perspectiva indígena.

Mas como privilegiar a perspectiva indígena em um modelo de controle social que foi instituído sem considerar as especificidades de sua organização política? São notáveis as dificuldades encontradas pelas organizações indígenas para se enquadrarem nas definições de representação legítima definidas

oficialmente. Teixeira²⁶ (2009, pp. 113-114) já havia chamado atenção para o fato de que o reconhecimento político das autoridades indígenas e de suas formas próprias de organização, historicamente ignoradas, ainda é incipiente. Ainda hoje, as relações entre Estado e povos indígenas fundamentam-se no reconhecimento da capacidade processual de seus indivíduos e organizações (ou seja, sua capacidade de acionar o Estado para pleitear interesses) em detrimento do reconhecimento propriamente político dessas organizações, muitas das quais são deslegitimadas por agências do governo que não reconhecem em seus arranjos a representação da totalidade dos povos indígenas. Tais dificuldades podem ser observadas até mesmo no Conselho Nacional de Saúde, cujo regimento restringe a participação de entidades e articulações que não atuam em pelo menos um terço dos estados e três das regiões do país. Ora, é sabido que a distribuição demográfica dos grupos e reservas indígenas não se harmoniza com essa divisão oficial, assim como o próprio subsistema de saúde indígena, organizado em DSEI, os quais nem sempre respeitaram as afinidades étnicas.

Como observado por Ferreira²⁷ (2012, pp. 118), a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social – para os quais autonomia das organizações indígenas é uma ideia valor consensual entre todos os atores envolvidos (Teixeira CC²⁶, 2009) – dissona de sua realização prática. Tal descompasso redundava na dificuldade de se concretizar um diálogo efetivamente intercultural entre organizações políticas indígenas e as instâncias estatais. Ainda que desde as primeiras discussões sobre a implementação de um subsistema diferenciado, as políticas públicas para a saúde

indígena no Brasil tenham sido norteadas pelo princípio do respeito às especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas (Langdon EJ²⁸, 2004, p. 33), esse valor tem sido minimizado na instrumentação do controle social, que não favorece os modos tradicionais de organização e atuação política desses povos. Em outras palavras, embora haja um subsistema de saúde diferenciado, não há um, de fato, um modelo de controle social diferenciado.

Em que pese algumas inovações – como a organização dos Conselhos Locais em aldeias, conjuntos de aldeias e calhas de rios (Ferreira LB²⁶, 2012, p. 55) ao invés de municípios, dos Conselhos Distritais em lugar dos Conselhos Municipais e a própria criação de um Fórum de Presidentes do CONDISI, que não encontra paralelo no sistema universal –, a instrumentação não diferenciada desse recurso de participação e, certamente, de disputa política passa ao largo de duas questões fundamentais: a de que as relações entre Estado e povos indígenas têm uma história muito distinta daquelas entre Estado e sociedade envolvente; e a de que diferentes sociedades indígenas não compartilham entre si e com o Estado as mesmas categorias de representação e expressão do mundo.

Ao pesquisarem as atividades políticas de quatro DSEI do norte do Brasil, Garnelo e Sampaio²⁹ (2003) observaram, por exemplo, que o ideário de democracia representativa consolidada nos modelos políticos ocidentais, em que espera-se que a figura de autoridade do mandatário decida por seus mandantes, não é partilhada por organizações políticas nativas da região. A logística de distribuição de insumos

de bens e serviços providos pelas agências de saúde e a própria estruturação das aldeias em ordem de complexidade crescente nas áreas abrangidas pelo subsistema também vão de encontro aos modos de vida tradicionais, o que potencializa novos ou antigos conflitos entre as populações usuárias. Ademais, a metodologia das reuniões dos Conselhos estabelece um modelo de debate e resolução de questões do qual a definição de pautas, tempo e ordem de fala muitas vezes não é construída junto com as representações indígenas participantes.

Por mais que esse instrumento “democracia direta,” baseado em definições restritivas de “representação,” tenha se apresentado muitas vezes como um empecilho para uma verdadeiramente ampla participação das lideranças indígenas, estas têm tido êxito não só na construção de políticas públicas a partir do controle social, mas também na garantia e ampliação de sua atuação e protagonismo. E, como pontuado por Teixeira²⁶ (2009), esse êxito explica-se, ao mesmo tempo, pela subversão e pelo domínio desse conjunto de regras estabelecidas à sua revelia. Por uma leitura e manejo peculiares das instâncias de participação estatais.

Por fim, se o domínio do funcionamento burocrático é importante, é porque sem este não se consegue transformar o princípio geral do direito adquirido em prática específica administrativa. Assim, trata-se de um instrumento e não de um fim em si mesmo, pois como declarou André Fernando Baniwa, ex-presidente do CONDISI Rio Negro (AM): “Então, eu acho que o controle social é, primeiramente, o que você faz quando está bem definido em seu espaço, em sua identidade.

Aí você vai forte” e mais adiante, ao refletir sobre os riscos do controle social, explica melhor essa colocação afirmando que “... há um grande risco de se passar para o outro lado e não manter o posicionamento que o levou até ali. Há um grande risco de passar a ouvir só o Estado e não mais ouvir a população” (Baniwa e Karipuna²⁵ 2012).

REFERÊNCIAS

1. Lima ACS, Barroso-Hoffmann M (orgs.). Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional 2002a.
2. Lima ACS, Barroso-Hoffmann M (orgs.). Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional 2002b.
3. Lima ACS, Barroso-Hoffmann M (orgs.). Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional 2002c.
4. Araújo AV et al. Povos indígenas e a lei dos “brancos”: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional 2006.
5. Luciana GS. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas do Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional 2006.
6. Sousa CNI, Almeida FVR, Lima ACS, Matos MHO (orgs). Povos indígenas: projetos e desenvolvimento II. Brasília: Paralelo 15, Rio de Janeiro: LACED/Museu Nacional, 2010.
7. De Paula LR, Vianna FLB. Mapeando políticas públicas para povos indígenas: guia de pesquisa de ações federais. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional 2011.
8. Garnelo L, Pontes AL. Saúde indígena: uma introdução ao tema (orgs). Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Unesco, 2012.
9. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
10. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima NT et al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
11. Ramos AR. O papel político das epidemias: o caso Yanomami. In: Simpósio “Povos Indígenas em Risco de Extinção” do Congresso Internacional de Ciências Antropológicas e Etnológicas, 13. 1993; Cidade do México. México: Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, 1993.
12. Castellani MR. Subsistema de saúde indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças. Brasília. Dissertação [Mestrado em Bioética] – Universidade de Brasília, 2012.
13. Néder C. Atribuições dos Conselhos de

Saúde e de seus conselheiros. In: Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS (textos técnicos para conselheiros de saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

14. Victora C, Oliven RG, Maciel ME, Oro AP (orgs). Antropologia e ética: o debate atual no Brasil. Niterói: EdUFF, 2004.

15. Fleischer S, Schuch P (orgs). Ética e regulamento na pesquisa antropológica. Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2010.

16. Carneiro CBL. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. Políticas Públicas 2007;2:149-166.

17. Teixeira ML, Vianna W, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias 2009;11(21):218-251.

18. Souza CHL, Lima PPF. Da inclusão ao insulamento: uma análise sobre o potencial inclusivo de conselhos nacionais. In: Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades. 2012; Brasília.

19. Bispo Jr JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2013;18(1):7-16.

20. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Conselhos nacionais: perfil de atuação dos conselheiros. Relatório de pesquisa. Brasília, 2013.

21. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Conselho Nacional de Saúde

na visão de seus Conselheiros. Relatório de pesquisa. Brasília, 2013.

22. Fassin D. The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. Anthropology Today feb 2001;17(1):3-7.

23. Fassin D. Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Educação* 2004;28(2):201-226.

24. Basta, P.C.; Orellana, J.D.Y.; Arantes, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: L. Garnelo e A.L. Pontes (orgs.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, Secadi ; UNESCO, 2012.

25. Baniwa A, Karipuna K (depoimentos coletados por Sampaio S). Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: Garnelo L, Pontes AL (orgs). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, Secadi; UNESCO, 2012.

26. Teixeira CC. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico* 2009;1(2010):99-128.

27. Ferreira LB. O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética. Tese [Doutorado em Bioética] – Universidade de Brasília, 2012.

28. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L (orgs). *Saúde dos povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra-Capa

Livraria.

29. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2003;19(1):311-317.

Artigo apresentado em: 05/09/2013

Artigo aprovado em: 23/19/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013

APÊNDICES

Quantitativo de recomendações feitas pelo CNS (1995-2012)

Ano	Geral	Sobre saúde indígena	Sobre saúde indígena (%)
1995	12	0	-
1996	22	3	13,63
1997	7	0	-
1998	16	4	25
1999	16	1	6,25
2000	8	0	-
2001	26	0	-
2002	29	1	3,45
2003	15	2	6,66
2004	10	2	20
2005	16	2	12,5
2006	3	1	33,3
2007	8	1	12,5
2008	50	1	2
2009	34	6	17,6
2010	11	5	45,45
2011	14	0	-
2012	29	3	10,3
<i>Total do período pesquisado</i>	326	32	9,8%

Quantitativo de resoluções feitas pelo CNS (1991-2012)

Ano	Geral	Sobre saúde indígena	Sobre saúde indígena (%)
1991	20	1	5
1992	15	1	6,6
1993	61	10	16,4
1994	50	4	8
1995	26	0	-
1996	32	3	9,3
1997	55	0	-
1998	22	0	-
1999	10	1	10
2000	8	3	37,5
2001	6	0	-
2002	4	0	-
2003	13	2	15,4
2004	8	1	12,5
2005	12	0	-
2006	5	1	20
2007	25	9	45
2008	10	1	10
2009	15	5	33,3
2010	3	1	33,3
2011	13	4	30,7
2012	9	4	44,4
<i>Total do período pesquisado</i>	422	51	12,08

Relação de resoluções indisponíveis no site do CNS (n°)

036 (1992 ou 1993); 103 (1994); 149 (1994 ou 1995); 150 (1994 ou 1995); 151 (1994 ou 1995); 152 (1994 ou 1995); 233 (1997); 319 (2002 ou 2003); 327 (2003); 328 (2003); 336 (2004); 339 (2004); 259 (2006); 360 (2006); 362 (2006); 365 (2006 ou 2007); 366 (2006

ou 2007); 391 (2007); 392 (2007); 393 (2007); 396 (2008); 398 (2008); 401 (2008); 405 (2008); 416 (2009); 417 (2009); 418 (2009); 420 (2009); 422 (2009); 425 (2009); 427 (2009); 428 (2009); 432 (2009 ou 2010); 436 (2010 ou 2011); 449 (2011); 455 (2012); 456 (2012); 458 (2012); 462 (2012); 463 (2012); 464 (2012); 465 (2012).

Relação de recomendações indisponíveis no site do CNS (n°)

001/1998; 002/1998; 003/1998; 004/1998; 005/1998; 006/1998; 007/1998; 008/1998; 010/1998; 011/1998; 012/1998; 016/1998; 017/1998; 018/1998; 019/1998; 020/1998; 021/1998; 022/1998; 023/1998; 024/1998; 025/1998; 026/1998; 027/1998; 004/2002.