

O olhar das representações indígenas sobre a sua saúde e a interface com o subsistema de saúde indígena

Indigenous representatives' views on health and their interface with the indigenous health subsystem

La visión de las representaciones indígenas sobre su salud y la interface con el subsistema de salud indígena

Maria Elvira Toledo¹

Maria Ferreira Bittencourt²

Alexander Shankland³

Hélio Barbin Jr.⁴

RESUMO

O movimento indígena acreano tem uma trajetória de mais de 20 anos, atuando em debates locais, regionais e nacionais sobre a política de saúde indígena; em mobilizações políticas para reivindicar direitos; participando das instâncias de controle social na saúde e atuando também na gestão de projetos com financiamento não governamental ou em parceria com o governo federal, através da administração terceirizada dos Distritos Sanitários Especiais Indígena

1 Odontóloga, Mestre em Saúde Coletiva, consultora da Associação Saúde Sem Limites.

2 Médica, Mestre em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz, Bahia. Consultora da Associação Saúde Sem Limites.

3 Cientista Social, Professor Doutor no Institute of Development Studies (IDS), Universidade de Sussex, Reino Unido. Pesquisa de Doutorado em Ciências Sociais pelo IDS, Universidade de Sussex, Reino Unido, apoiado pela instituição financiadora Economic and Social Research Council.

4 Médico, Mestre em Antropologia. Consultor da Associação Saúde Sem Limites.

(DSEIs). Apesar disso, na primeira década da implantação do Subsistema de Saúde Indígena, muitos obstáculos tiveram que ser enfrentados pelas associações indígenas para se apropriar dos meandros da política de participação e controle social e esforços foram investidos para melhorar sua participação neste setor. Este trabalho apresenta as conclusões do Projeto “Saúde Indígena e Controle Social: Uma Investigação Participativa no Acre”, desenvolvido pela Associação Saúde Sem Limites em parceria com organizações indígenas acreanas e com o apoio das redes internacionais *Red RAICES* e *Citizenship DRC*. O projeto facilitou um processo de análise crítica da trajetória do movimento indígena, segundo o olhar dos seus próprios integrantes, atuando com metodologia intercultural, unindo a pesquisa qualitativa com pesquisa-ação participativa; os resultados alcançados foram a contribuição para o processo de apropriação pelos representantes indígenas de saberes e ferramentas das políticas e planos de governo na saúde indígena; assim como uma série de contribuições para a definição de novos rumos

pelas organizações indígenas e a identificação de lições para outros movimentos que buscam a realização do direito a uma atenção à saúde diferenciada culturalmente capaz de unir resolubilidade e sensibilidade às especificidades sociais e culturais das populações indígenas e de outras minorias.

Palavras-chave: Saúde Indígena, Participação, Representação

ABSTRACT:

The indigenous movement in Acre has a history going back more than two decades, and it has played a role in local, regional and national debates on indigenous health policy, promoting political mobilizations to claim rights as well as participating in social oversight bodies, and managing projects supported by non-governmental funding or in partnership with the federal government, through the outsourced administration of *Distritos Sanitários Especiais Indígenas* (DSEIs – Special Indigenous Health Districts). Nevertheless, in the first decade of implementation of the *SubSistema de Saúde Indígena* (Indigenous Health Sub-System) the indigenous associations faced many obstacles in understanding the intricacies of participation and social oversight policies, and efforts were made to overcome these in order to strengthen their participation in this sector. This paper presents the findings of a project entitled *Saúde Indígena e Controle Social: uma Investigação Participativa no Acre* (Indigenous Health and Social Oversight: a Participatory Investigation in Acre) which was developed by the NGO *Associação Saúde sem Limites* in partnership with indigenous organizations from Acre and the support of the international

networks Red RAICES and Citizenship DRC. The project facilitated critical analysis of the indigenous movement's trajectory, as seen by its own members, working with an intercultural methodology that combined qualitative and participatory action research. The results contributed to (1) developing the understanding and incorporation, by indigenous representatives, of knowledge and tools relating to government plans and policies on indigenous health, (2) the definition of new directions to be taken by indigenous organizations, and (3) the identification of various issues of relevance to other groups that are seeking to claim the right to a culturally differentiated health care model capable of bringing together clinical effectiveness with sensitivity to the social and cultural specificities of indigenous people and other minorities.

Keywords: Health of Indigenous People; Participation; Representation

RESUMEN

El movimiento indígena acreano tiene una trayectoria de más de veinte años, actuando en debates locales, regionales y nacionales sobre la política de salud indígena; en movilizaciones políticas para reivindicar derechos; participando de las instancias de control social en la salud y actuando también en la gestión de proyectos con financiamiento no gubernamental o en sociedad con el gobierno federal, a través de la administración tercerizada de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIs). A pesar de eso, en la primera década de implantación del Sub Sistema de Salud Indígena, muchos obstáculos tuvieron que ser enfrentados por las asociaciones

indígenas para apoderarse de los meandros de la política de participación y control social y esfuerzos fueron invertidos para mejorar su participación en este sector. Este trabajo presenta las conclusiones del proyecto Salud Indígena y Control Social: “Una investigación Participativa en el Acre”, desarrollado por la Asociación Salud Sin Límites en sociedad con organizaciones indígenas acreanas y con el apoyo de las redes internacionales *Red RAÍCES* y *Citizenship DRC*. El proyecto facilitó un proceso de análisis crítico de la trayectoria del movimiento indígena, según la visión Control Social de sus propios integrantes, actuando con metodología intercultural, uniendo la investigación cualitativa con investigación-acción participativa; los resultados alcanzados fueron la contribución para el proceso de apropiación por los representantes indígenas de conocimientos y herramientas de las políticas y planes del gobierno en la salud indígena; así como una serie de contribuciones para la definición de nuevos rumbos por las organizaciones indígenas y la identificación de las lecciones para otros movimientos que buscan la realización del derecho a una atención a la salud diferenciada culturalmente capaz de unir resolutividad y sensibilidad a las especificaciones sociales y culturales de las poblaciones indígenas y de otras minorías.

Palabras-claves: Salud de los Pueblos Indígenas, Participación, Representación

INTRODUÇÃO

Nos regimes democráticos, o Estado tem a responsabilidade de garantir os direitos das minorias, como também executar a vontade da maioria. As minorias marginalizadas enfrentam

grandes desvantagens num espaço de política dominada pelas maiorias, e têm que lidar com alguns dilemas ao se relacionarem com os estados democráticos.¹

No Brasil, a população indígena, minoria etnicamente diferenciada, não ultrapassa 0,5 por cento do total da população nacional. Não obstante, representam uma enorme sócio diversidade: são 210 povos indígenas falantes de cerca de 180 línguas, vivendo em milhares de aldeias espalhadas de norte a sul do país, presentes em todos os estados, com exceção do Rio Grande do Norte e Piauí.²

Em 2010, o recenseamento populacional nacional registra uma população indígena de 734 mil.³ Esta população está distribuída em 579 terras indígenas, que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e ocupam cerca de 12% do território nacional.⁴ Do total da população indígena brasileira, 60 por cento, vive na região da Amazônia Legal. Outro aspecto relevante é que a maior parte dos povos indígenas no Brasil, sob o ponto de vista demográfico, é formada por micro sociedades, ou seja, são sociedades constituídas por contingentes relativamente pequenos de indivíduos, em geral não ultrapassando alguns milhares.⁵

Ao longo dos séculos, no Brasil, e até os tempos atuais os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidades. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, projetos de desenvolvimento e outros) e o convívio muitas vezes conflituoso com a sociedade regional, ainda são fatores que ameaçam a integridade dos ambientes nos territórios indígenas e comprometem a organização socioeconômica,

política e cultural desses povos.

Nesse processo a que os índios foram submetidos, o desenvolvimento das diversas formas de relação que mantiveram e mantêm com os Estados nacionais sempre possibilitou posturas antagônicas entre o Estado e os povos indígenas. Hoje, o grande desafio para estes tem sido buscar novas estratégias de negociação com os governos dominantes e criar modelos de resistência étnica a partir dos processos de contato com os governos ainda coloniais.⁶

A diferenciação cultural é uma variável que tem caracterizado iniquidades sociais com marcas profundas de um legado histórico de exclusão. Estas iniquidades no tratamento dado a essas populações, têm demonstrado influenciar os seus indicadores de condições de saúde e qualidade de vida, quando comparados aos de populações não indígenas.²

A saúde como bem público e direito social no Estado brasileiro tem como marco jurídico-legal a Constituição Federal de 1988, que declara “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Art.196)” e estabelece a criação de um sistema público nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição, também se constitui um marco jurídico legal importante para os povos indígenas do Brasil, reconhecendo aos índios suas especificidades étnico-culturais, seus direitos territoriais; assegurando-lhes a capacidade civil plena; tornando obsoleta

a instituição da tutela – e estabelecendo a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.⁷

Em 1990, o SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde que definem a estrutura geral do sistema de saúde brasileiro. A Lei 8080, que trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Entretanto, a proposta de criação de um Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), apesar de aventada desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, não se faz repercutir na legislação do SUS nos primeiros anos de sua criação. Somente em 1999 o Estado Brasileiro decide estabelecer o arcabouço jurídico legal e político institucional para a prestação da atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Através do Decreto 3156/1999 e da Lei 9836/1999 (a “Lei Arouca”), o MS assume o comando das políticas e diretrizes para a promoção proteção e recuperação da saúde indígena, delegando a Fundação Nacional de Saúde/FUNASA a execução das ações e serviços de saúde; cria-se o Subsistema de Saúde Indígena (SASI), componente do SUS, tendo como base 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).⁸

Dados parciais gerados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e outras organizações que prestavam serviços de atenção a saúde a população indígena

anteriormente, apontam em diversas situações, taxas de mortalidade e morbidade três a quatro vezes maiores que as encontradas na população brasileira em geral. O grande número de óbitos sem registro ou indexados como “causa mal definida” confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Por vários anos, seriadas medidas legais e de organização da gestão vão sendo tomadas para a implementação do SASI no país, a partir do momento quando o MS assume a função de coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde; promover articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena; identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos DSEIs. A partir da aprovação da Política Nacional de Saúde Indígena, está também legalmente garantida a participação comunitária indígena nas instâncias de Controle Social, sendo atribuição do SASI a promoção, fortalecimento e apoio ao exercício pleno do controle social, por meio de suas unidades organizacionais.⁹

Na primeira década de implementação do SASI avanços foram observados. Houve uma ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, uma maior oferta de ações e serviços nas áreas indígenas e a implantação de um sistema de informações em saúde para viabilizar o monitoramento das condições de saúde da população, dentre outros. Dados globais mais fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena, passam a ser

disponibilizados partir do ano de 2000 com a criação do SASI e implantação do Sistema de Informação em Saúde indígena (SIASI).

Segundo as conclusões de um estudo recente sobre monitoramento da vulnerabilidade entre populações indígenas,¹⁰ o Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI) foi uma ferramenta importante para o direcionamento das estratégias de monitoramento e avaliação da informação na saúde indígena no MS. No entanto, se observa que esse processo ainda tem um longo caminho a percorrer, sendo necessárias adequações técnicas e operacionais visando a experimentação de um fluxo de informações em saúde em tempo real para a população indígena, em todo o território nacional, cujos produtos subsidiem com efetividade as deliberações das instâncias de Gestão e Controle Social, no cumprimento das atribuições do Subsistema de promover cuidados diferenciados e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações indígenas no país.

Em 2004, o MS elabora uma proposta para a consolidação de um Modelo de Atenção à Saúde Indígena que considere a interculturalidade na sua organização e gestão, cria o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e aprova as diretrizes de Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, tendo a Fundação Nacional de saúde (FUNASA) como instituição responsável pela gestão nesses primeiros anos. No entanto, a atuação da FUNASA à frente do Subsistema é objeto de severas críticas, enquanto a sua política de terceirização da atenção para outras organizações (prefeituras, universidades, ONGs e organizações indígenas), sem o devido apoio administrativo, leva a problemas

que acabam por chamar a atenção dos órgãos de controle. O coro crescente de insatisfação das comunidades e a mobilização política das lideranças indígenas impulsiona o governo a iniciar novo processo de mudança no Subsistema. Em 2010, uma Medida Provisória de nº 348, cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena – (SESAI), no MS, em substituição à FUNASA, visando o desenvolvimento institucional da gestão. A SESAI intensifica o esforço de ampliação da rede de serviços, que já vinha crescendo sob a gestão da FUNASA, até o ponto que em 2011, o SASI contava com 346 polos base atendendo 4.811 aldeias indígenas, distribuídas em 432 municípios e 24 estados no território nacional.

Apesar dos esforços envidados pelo governo brasileiro, para a concretização dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena, a luta por uma atenção à saúde diferenciada para os povos indígenas ainda não se concretizou, e as estatísticas nacionais apresentam sérios indícios de iniquidades de saúde. Muito ainda há de ser feito para que a situação de *saúde dos povos indígenas* alcance os indicadores estimados para a média geral da população brasileira. As representações indígenas reunidas nos espaços de controle social do SASI vêm demonstrando grande protagonismo, mas a forte participação não tem levado necessariamente a uma elevação significativa dos níveis de desempenho dos serviços, o que chama a atenção para a necessidade de se desenvolver estratégias mais eficazes de gestão participativa.

Nesse contexto de enfrentamento das iniquidades de saúde das minorias indígenas no Brasil, e nos primórdios de implantação de um novo sistema de saúde indígena, o SASI, onde

os direitos de cidadania em saúde diferenciada estavam legalmente assegurados, mas o exercício pleno dos mesmos, com o respeito intercultural necessário, ainda não era uma realidade nas terras indígenas de todo território nacional, surge a proposta de desenvolver um estudo focalizando a participação da população indígena no contexto das políticas públicas de saúde, e sua atuação no monitoramento e avaliação da gestão do SASI. A pesquisa propunha também complementar, com metodologia intercultural, as informações necessárias que facilitassem a compreensão e trânsito dos representantes indígenas nas instâncias democráticas de participação, no controle social do sistema de saúde brasileiro.

No período de 2006 a 2008 a Associação Saúde Sem Limites – SSL, ONG brasileira que atuava desde 1994 no campo da saúde indígena, e cujo trabalho buscava unir formação, assessoria a movimentos, produção de conhecimentos e diálogo com as políticas públicas, desenvolveu o Projeto IPAC, “Saúde Indígena e Controle Social: Uma Investigação Participativa no Acre”.¹¹ Este projeto tinha o propósito de estimular um processo de reflexão sobre a participação indígena e o controle social nas políticas públicas de saúde indígena, contribuindo para a identificação de caminhos que fortalecessem sua atuação. Para viabilizar o desenvolvimento do projeto, um consórcio institucional se formou entre Associação Saúde Sem Limites (SSL), a Organização dos Povos Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (OPIN); a Rede das Américas Indígenas que Contribuem para o Empoderamento em Saúde (RedRaices)⁵ e finalmente o Consórcio

⁵ RedRaices - rede de organizações não governamentais e movimentos indígenas de 5 países latino americanos (Brasil, Peru, Nicarágua, Guatemala e El Salvador) que buscavam cooperar para o empoderamento das popula-

Internacional de Pesquisa sobre Cidadania, Participação e Controle Social (*Citizenship DRC*), sediada no Institute of Development Studies (IDS), da Universidade de Sussex, Reino Unido.

O objetivo maior do Projeto IPAC foi facilitar o processo de reflexão e análise participativa dos fatores condicionantes, que influenciam a efetivação das políticas públicas de saúde e o exercício do controle social dos povos indígenas, no estado do Acre – Brasil, tendo como objetivos específicos: analisar, sob o olhar da representação indígena: a) como as instituições públicas atuam no desenho, implementação e acompanhamento das ações e serviços do subsistema de atenção à saúde indígena; b) como as organizações indígenas atuam no desenho, implementação e acompanhamento das ações e serviços do subsistema de atenção à saúde indígena; c) como as organizações não-governamentais participam com relação ao subsistema de saúde e na defesa dos direitos indígenas; d) como são construídas as estratégias de mobilização comunitária e de representação indígena para influenciar as políticas públicas de saúde.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

O estudo foi realizado no estado do Acre, Brasil, enfocando em sua primeira fase a região do Vale do Juruá, região ocidental do estado, com populações indígenas que habitam os vales do rio Juruá e de seus afluentes Tarauacá e Envira, nos municípios de Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Porto Walter, Marechal Taumaturgo, Jordão, Tarauacá e Feijó, com uma população de aproximadamente 9.000

ções indígenas, na efetivação dos seus direitos à saúde e cidadania.

indígenas, de 12 diferentes etnias pertencentes aos troncos linguísticos Pano, Aruá e Aruak.

METODOLOGIA

O trabalho, um processo de pesquisa-ação participativa, se constituiu em estudo de caso, de caráter exploratório, que focalizou a participação indígena no contexto das políticas públicas de saúde. Este processo privilegiou a perspectiva qualitativa, ressaltando o papel ativo do pesquisador e dos atores que se colocam como sujeitos da pesquisa.

A região foi escolhida por vários motivos. A população indígena local, na década de 1990, havia sido alvo de um projeto de Atenção Primária a Saúde e Formação de Agentes Indígenas de Saúde, uma parceria de SSL e a União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (UNI-AC)¹², com financiamento da agência de cooperação britânica Health Unlimited (HU). Pelo fato dos facilitadores do Projeto IPAC terem atuado neste primeiro projeto, haviam acumulado conhecimentos sobre essas comunidades, regiões e municípios, e construído relações que facilitaram a inserção no contexto local.

Mais importante, no entanto, foi o fato das organizações indígenas da região apresentarem um histórico de mais de 20 anos de participação política ativa nas questões de saúde de suas comunidades. Esta participação havia passado também pela atuação na prestação de serviços terceirizados pela FUNASA, e pouco antes do início do estudo uma série de problemas na gestão nos convênios que a UNI-AC havia celebrado com a FUNASA levaram esta importante organização indígena regional a entrar em colapso, sendo substituída

pela OPIN após um processo político que foi avaliado como sendo bastante traumático pelas associações e lideranças indígenas que antes compunham a base da UNI-AC.

A proposta da pesquisa-ação participativa previa o desenvolvimento de duas oficinas de trabalho com participantes indígenas, entre mulheres e homens (garantindo 25% de participação feminina); associações indígenas, lideranças comunitárias, trabalhadores indígenas de saúde (Agentes Indígenas de Saúde, parteiras, pajés), conselheiros locais e distritais de saúde e coordenadores indígenas das instituições oficiais de apoio ao índio, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Secretaria Especial dos Povos Indígenas do Governo do Acre (SEPI). As oficinas foram planejadas com um período de seis meses entre elas, reservando um espaço de tempo para que os temas e conclusões retirados do primeiro encontro fossem levados para discussão para todas as aldeias indígenas ali representadas e retornassem para pauta na segunda oficina com um posicionamento das comunidades organizadas. Assim, a primeira oficina ocorreu nos dias 9 a 11 de agosto de 2006 na aldeia Morada Nova, município de Feijó/AC, e a segunda oficina em maio de 2007 na capital do Acre, Rio Branco.

A primeira oficina, intitulada “Oficina de Investigação Participativa: os Índios e a Política de Saúde Indígena na Região do Vale do Juruá”, contou com a participação de 50 pessoas. Foi realizado o processo de discussão e assinatura de Termo de Consentimento pelos participantes, permitindo assim a gravação em vídeo e áudio do evento. A oficina propiciou

o diálogo entre representantes indígenas, que buscaram refletir sobre a experiência de trabalho no campo da saúde e do controle social, em uma perspectiva histórica e no contexto da implantação do subsistema de saúde indígena na região.

No decorrer da oficina foi realizado um Diagnóstico Participativo com: a) análise da situação dos serviços de saúde nas áreas indígenas desta região; b) elaboração de um histórico da prestação de serviços de saúde e da participação indígena no Vale do Juruá; e c) reconhecimento dos mecanismos de gestão e controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na região. Em seguida, passou-se à discussão de estratégias para o fortalecimento do controle social, identificada como estratégia prioritária para se garantir a participação indígena num contexto marcado pelo esforço de reconstrução do movimento indígena após o colapso da UNI-AC.

A metodologia da I Oficina privilegiou a expressão das perspectivas indígenas sob uma diversidade de formas, desde o desenho até o canto tradicional. Ao lado da utilização de ferramentas de visualização participativa para os trabalhos em grupo, a oficina propiciou espaços para as falas de uma diversidade de atores: não somente as lideranças de organizações indígenas, acostumados a se expressarem em português e a dominarem os conteúdos técnicos dos debates sobre políticas de saúde, mas também as mulheres, que muitas vezes preferiram se expressar nas línguas indígenas, e os conhecedores da medicina tradicional. Estas falas situavam o debate sobre participação no SASI num contexto maior, que passava por memórias traumáticas

do contato com as sociedades não-indígenas, pela chegada de aliados indigenistas, pela recuperação da identidade cultural e pela construção de solidariedade interétnica na luta por outros direitos, tais como os direitos à terra e à preservação da floresta, determinantes fundamentais da saúde dos povos indígenas. A título de ilustração, reproduzimos a transcrição de parte da fala do pajé Agostinho, da Terra Indígena Kaxinawá do Rio Jordão:

A gente começou a entender, principalmente eu pessoalmente, que o índio tinha direito de requerer sua terra, seus direitos (...) quando chegou o primeiro antropólogo, antes a gente não sabia que o índio tinha direito da sua terra e das suas culturas, das suas obrigações, como o nosso povo vivia (...) Os parentes falaram, hoje a vida mudou aqui, antigamente nós não tinha conhecimento dos nossos direitos, nós vivia escravos, do patrão, dos seringalistas...

Agora aqui tá presente meus parentes, eu me sinto muito feliz de encontrar com todos do meu povo aqui sabendo as lutas de cada região, que primeiramente a gente não sabia da luta de cada região, hoje estamos vendo essa coisa diferente de cada região, e vendo muitas coisas importantes, que eu não sabia, agora eu vi (...) como foi que começaram a organizar os seus direitos, os seus conhecimentos, parceria com o nosso povo, que criaram uma equipe que começaram a dar apoio para o nosso povo, povo indígena...

Hoje temos nossa terra, estamos lutando pra organizar, mostrar como era essa cultura do nosso povo que vivia sem o contato com os brancos, como toda sua riqueza que existia na nossa terra, mas o pouco que nós temos aqui nós estamos preservando, a nossa proteção, a

nossa força, o nosso conhecimento, o poder que tem as nossas florestas, a nossa vida na floresta...

A segunda oficina aconteceu em 2007, em Rio Branco, capital do Acre, intitulada “Cidadania em Saúde Indígena: O Fortalecimento do Controle Social”. Além dos participantes indígenas do Vale do Juruá, eleitos na oficina anterior, esta oficina contou com a presença de lideranças indígenas de outras regiões do estado (atendidas por outro DSEI, o do Alto Rio Purus), e da instância nacional do controle social do SASI, o Fórum de Presidentes de CONDISI. Também estiverem presentes representantes das instituições governamentais envolvidas com a questão indígena no estado no período: a FUNAI (Administração Regional de Rio Branco e Posto Indígena de Feijó; a FUNASA (Coordenação Regional/Rio Branco, Polos-Base Feijó e Tarauacá, DSEI-Alto Juruá); e a Secretaria Especial dos Povos Indígenas (SEPI/Governo do Acre). Trazendo uma dimensão internacional para os debates, também participaram duas representantes de comunidades indígenas peruanas (uma delas do povo Ashaninka, também presente no Acre), através de um processo de intercâmbio patrocinado pela RedRAICES.

A meta desta segunda oficina foi promover a aproximação de povos indígenas de diferentes regiões do estado e aprofundar as discussões sobre participação social e ações efetivas de engajamento com as políticas públicas, através das quais as organizações e comunidades indígenas pudessem contribuir no desenvolvimento de políticas e práticas de saúde mais interculturais e também mais resolutivas. O processo incluiu a socialização das conclusões da primeira oficina e o debate

sobre sua aplicabilidade às outras regiões do estado, a apresentação de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação e de seu uso no apoio ao controle social, e a definição de uma pauta comum de temas a serem levantadas com os representantes dos órgãos governamentais. Culminou com a apresentação destes temas e a resposta dos representantes governamentais, com destaque para o compromisso de se garantir uma forte participação indígena na Conferência Estadual de Saúde que aconteceria alguns meses depois da segunda oficina.

Uma terceira fase implementada pelo projeto foi o aprofundamento das estratégias de apoio para o engajamento das representações indígenas nos debates sobre políticas públicas a nível estadual e nacional, dando visibilidade ao tema da exclusão social na relação das minorias indígenas com a sociedade. A equipe do projeto acompanhou a participação dos representantes indígenas na Conferência Estadual de Saúde, e articulou a realização de um seminário no Senado Federal com a presença de várias lideranças indígenas acreanas. Neste seminário foi apresentado um vídeo elaborado pelo projeto, intitulado “*Fala Txai*” (“txai” em idioma Kaxinawá significa “cunhado”, mas é usado no movimento indígena acreano com o sentido de “companheiro”). Este vídeo, que trazia registros das falas dos indígenas nas oficinas e na Conferência Estadual da Saúde, apresentando suas argumentações quanto à justiça social, à cidadania e ao direito a saúde, foi apresentado na TV Senado no decorrer das comemorações da Semana do Índio em Brasília, em abril de 2008, e também divulgado no site público *YouTube*.

Processamento e Análise de Dados

Os dados obtidos nas oficinas foram analisados sob duas perspectivas: análise participativa-coletiva, realizada durante a I Oficina de Feijó, sistematizando os encaminhamentos e conclusões preliminares e a análise dos dados primários e secundários, realizada pela equipe de facilitadores, tendo como referência os descritores escolhidos. Os dados e documentos oficiais da FUNASA disponibilizados para uso público, sobretudo os Planos Distritais, foram analisados, comparados aos dados obtidos nas oficinas e sistematizados no relatório diagnóstico e analítico da situação da atenção à saúde indígena na região elaborado ao final do projeto.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Tendo como foco a participação e o controle social, tema central deste artigo, agrupamos os resultados obtidos no desenvolvimento do projeto em um quadro, apresentado a seguir, sistematizando os avanços e as dificuldades apontadas “sob o olhar” dos participantes das oficinas.

As oficinas incluíram também outros temas de análise e discussão como a gestão operacional, planejamento estratégico do SASI sob o olhar das representações indígenas, e o desenvolvimento político das organizações comunitárias e de mulheres, não abordados aqui.

Do exposto, pode-se considerar que no nível local onde se iniciaram as oficinas, já está criada a cultura entre os vários segmentos analisados no estudo, da importância da atuação nas instâncias do Controle Social da Saúde

1. Quadro: Sistematização das discussões das I e II Oficinas desenvolvidas no Projeto “saúde Indígena e Controle Social: Uma Investigação Participativa no Acre”, segundo Avanços e Dificuldades, no período de 2006 a 2008.

AVANÇOS	DIFICULDADES
1. Arcabouço político-institucional favorável ao controle social indígena;	1. Lacunas no arcabouço político-institucional do controle social indígena;
2. Consolidação das estruturas institucionais de Controle Social: Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Conselhos Locais;	2. Conselhos Locais não são deliberativos, e inexistem Conselhos no nível das Coordenações Regionais, importantes instâncias de tomada de decisão da SASI sob a gestão da FUNASA;
3. Interesse do Fórum de Presidentes de CONDISI na articulação entre instâncias de controle social indígena;	3. Fórum de Presidentes não deliberativo, com finalidade formal de “assessoria”;
4. Apoio do Ministério Público para tentativa de Conselho Local de garantir transparência no uso dos recursos do SUS ;	4. Conselhos Locais organizados com referência territorial de município e não território indígena, levando a dificuldade de articulação dos conselheiros;
5. Iniciativas do Órgão Oficial do SASI para melhorar a articulação com as prefeituras;	5. Problemas no fluxo das informações, devido à falta de recursos para viagens de conselheiros às bases;
6. Atuação de um Assessor Indígena no governo estadual, na reflexão estratégica sobre fortalecimento do controle social e melhoria do modelo de gestão;	6. Pouca frequência das reuniões de Conselhos Locais e CONDISI;
7. Realização de cursos de capacitação de conselheiros;	7. Falta de articulação entre conselheiros locais e Distritais;
8. Crescente consciência sobre direitos, deveres e funcionamento do SASI entre conselheiros;	8. CONDISI muito dependente do SASI em termos materiais e políticos;
9. Identificação de controle social como tema estratégico pelas organizações indígenas regionais e por algumas associações locais;	9. Representantes de usuários exercendo funções (chefe de Polo-Base, etc.) remuneradas pelo DSEI: risco de comprometimento da autonomia;

Fonte: Projeto IPAC, 2008.

Indígena, de forma que possam contribuir gradualmente para a promoção das mudanças necessárias para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das pessoas indígenas. Este sentimento é resumido na fala de um Agente Indígena de Saúde, Roberto Kaxinawá do município de Feijó, durante a I Oficina:

Hoje nós como índios, a gente tem que se desenvolver mais, estando junto com as pessoas técnicas, a gente vai tentar contribuir com qual a gente poderia crescer mais, porque a gente ainda precisa mais estar organizada, porque a gente sofreu muito pra chegar nesse nível, então hoje a gente está sabendo que estamos

chegando num nível médio, pra começar a trabalhar com as próprias mãos.

Em relação ao cumprimento às determinações legais da Participação e Controle Social da Saúde Indígena, é reconhecido pelos participantes que já foi implantado um arcabouço político-institucional favorável a esta participação; no entanto, os saberes mínimos sobre sua estrutura e possibilidades de atuação, somente pode-se perceber entre os representantes indígenas eleitos para atuarem nas instâncias locais, regionais e nacionais e alguns coordenadores de associações comunitárias, que adquirem um domínio relativo da política de saúde indígena. A

sensibilização dos demais segmentos presentes que ocorreu durante as oficinas do projeto IPAC indica que estes representantes ainda têm dificuldades para assegurarem o repasse para as suas bases deste mesmo domínio.

Nos níveis regional e nacional, nesse período, já se notava alguns avanços na luta pela melhoria das estratégias de atuação no controle social. A estrutura política de gestão do governo estadual incluía uma assessoria indígena diretamente ligada ao seu núcleo central, reflexo do legado histórico vanguardista da luta do movimento indígena no Acre. No setor da Saúde, no nível federal, foi acreano o primeiro representante indígena a ocupar uma cadeira na Comissão Intersetorial da Saúde Indígena, órgão de assessoria do Conselho Nacional de Saúde, na década anterior. O movimento indígena acreano também participava do Fórum de Presidentes de CONDISI, através da representação neste espaço dos CONDISIs do Alto Rio Juruá e do Alto Rio Purus, embora com restrições atribuídas ao risco de cooptação política das lideranças que aceitavam esta função.

Apesar da ênfase dada pelos participantes à participação comunitária no controle social da saúde indígena na região, ficou evidente a existência de fragilidades na implementação dessa participação, onde podemos citar:

a) Casos em que os conselhos atuam somente como uma simples extensão do Estado para a implementação de programas e políticas, ou de conselhos que convivem com tendências clientelistas, assistencialistas e paternalistas do Estado, correndo o risco da cooptação, citado nas oficinas no caso de situações em que representantes de usuários exercem funções

(de Chefe de Polo-Base, etc.) remuneradas;

b) Casos onde os conselheiros limitam-se a legitimar a orientação das políticas de governo, sem influência no processo de tomada de decisão, alegando que são carentes de formação específica para otimizar sua participação, e/ou que sofrem preconceito racial que é agravado por não acumularem a cultura e o domínio das questões da burocracia, fenômeno este que vem levando à solicitação da formação de indígenas em nível superior nas áreas de administração, gerenciamento, enfermagem;

c) Casos de falta de repasse de informação para conselheiros locais e distritais, e destes para as suas bases, atribuídos por alguns relatos do grupo de discussão dos conselheiros indígenas e coordenadores de associações comunitárias à falta de apoio para deslocamento dos conselheiros para as reuniões, fator que também resulta num enfraquecimento, num fracionamento das plataformas de luta e reivindicação como minoria étnica, por desconhecimento da problemática social de outras áreas indígenas mais distantes, como foi o caso entre os habitantes dos três diferentes vales de rios da região estudada.

Ao cruzar estas constatações com relação ao presente com as informações sobre a trajetória histórica do movimento indígena do estado, o Projeto IPAC sistematizou as estratégias e táticas complexas e às vezes contraditórias que os representantes indígenas acreanos vêm colocando em prática ao longo de 20 anos de luta pela democratização dos serviços de saúde. Nesta sistematização, percebe-se que diferenciam a democratização como inclusão (ou seja, a busca do acesso aos serviços que são ofertadas para as majorias), reivindicada nos

primeiros tempos de luta, da democratização como transformação (ou seja, a busca de mudanças nos serviços ofertados, no sentido do respeito à interculturalidade), plataforma de luta agregada.¹³

Consideramos que essas oficinas planejadas com metodologia intercultural alcançaram os objetivos propostos: discutiu-se o passado, analisou-se o presente e planejou-se o futuro durante o período dos trabalhos. Para os participantes, as oficinas possibilitaram refletir sobre a situação naquele momento da saúde indígena na região, marcado pela crise que havia levado ao colapso da UNI-AC. Ao analisarem os problemas e desafios pelos quais passaram as organizações indígenas, comunidades e profissionais indígenas de saúde, optaram por centrar os esforços no aprimoramento do exercício do controle social, aspecto que havia sido relegado ao segundo plano enquanto o movimento centralizava seus esforços no engajamento direto na gestão dos serviços de saúde indígena. Identificaram, assim, o controle social como campo estratégico para a busca de fortalecimento dos processos de representação dos povos indígenas, para que possam efetivamente influenciar nas políticas e práticas de saúde e alcançar seus direitos de saúde e cidadania diferenciada.

REFERÊNCIAS

1. Shankland A. Representation of Minorities and Universal Social Policies: the Indigenous Peoples' Movement and the Health System in Acre, Brazil. Seminário de Políticas Públicas e Minorias, Núcleo Cidadania e Desenvolvimento / Cebrap, São Paulo, 17 de setembro de 2007.
2. Santos RV, Flowers N, Coimbra Jr CEA. Demografia, Epidemias e Organização Social: os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso. In Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. P.59-78
3. IBGE. Censo Populacional 2010. Vale registrar que estes dados variam em diferentes fontes institucionais.
4. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
5. Guimarães LS. *Demografia e saúde dos índios Xavante do Brasil Central* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
6. Athias RM. A Luta dos Povos Indígenas: 500 anos de uma outra História. In: Romano JO; Athias RM; Antunes M (Org.). *Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania: trajetórias de Organização e luta pela redemocratização da Governança no Brasil*. 1ª ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2008, v. 1, p. 113-132.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Gráfica do Senado, 1988. Reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social).
8. Lei nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

Dispõe sobre as condições de prestação de assistência à saúde das populações indígenas no âmbito do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 27 de agosto de 1999 e Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.

9. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

10. Shankland A, Toledo ME, Bittencourt MF, Barbosa AM. Real Time Monitoring with Indigenous Peoples: Technical, Social and Political Challenges and Lessons from Brazil, *IDS Bulletin* vol. 44 nº 2, p. 82-96, 2013.

11. Barbin HJ, Bittencourt MF, Shankland AJ, Toledo ME. Saúde Indígena e Controle Social: Uma Investigação Participativa no Acre. Associação Saúde Sem Limites, RED RAICES, Institute of Development Studies, São Paulo, 2006.

12. Bittencourt M et al. *Acre, Rio Negro, Xingu: A formação indígena para o trabalho na Saúde*. Associação Saúde Sem Limites, São Paulo, 2005.

13. Shankland, A. 'The Indigenous Peoples' Movement, 'forest citizenship' and struggles over health services in Acre, Brazil' in *Mobilising for Democracy: Citizen Action and the Politics of Public Participation*, org. V. S. P. Coelho e B. Von Lieres. Londres: Zed, 2010.

Artigo apresentado em: 14/09/2013

Artigo aprovado em: 12/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013